

ESPAÑOL

# HealthSun

HEALTH PLANS



# 2022

## RESUMEN DE BENEFICIOS

MediSun Plus (HMO D-SNP) | 016  
Condado de Palm Beach



# HealthSun MediSun Plus (HMO D-SNP)

## 2022 Resumen de Beneficios

En este folleto, le brinda un resumen de los beneficios médicos y los beneficios para medicamentos recetados cubiertos por **HealthSun MediSun Plus (HMO D-SNP) en los Condados de Palm Beach** desde el 1 de enero del 2022 hasta el 31 de diciembre del 2022. Este plan cubre todos los servicios que cubre Medicare Original y más. Consulte la Evidencia de Cobertura (EOC, por sus siglas en inglés) para ver una lista completa con descripciones de los servicios que cubre el plan. Puede encontrar la EOC de su plan en nuestro sitio web [www.HealthSun.com](http://www.HealthSun.com). Si desea que le enviemos una copia del EOC o si tiene otras preguntas sobre los beneficios de nuestro plan, por favor llámenos al **1-877-336-2069 (TTY: 1-877-206-0500)**. Nuestro horario de operaciones es de 8am a 8pm. Desde el 1 de octubre hasta el 31 de marzo, atendemos los siete días de la semana (estamos cerrado el día de Navidad y el día de Acción de Gracias) A partir del 1 de abril hasta el 30 de septiembre estamos disponible de lunes a viernes (estamos cerrado los días feriados federales).

### ¿Quién puede inscribirse?

Usted puede inscribirse en este plan siempre y cuando tenga derecho a recibir Medicare Parte A, esté inscrito en Medicare Parte B, reciba asistencia médica del programa de Medicaid de Florida, y viva **en el Condado de Palm Beach**.

Este plan es un HMO de necesidades especiales con doble elegibilidad (D-SNP) para beneficiarios de Medicare que reciben asistencia médica del programa de Medicaid del estado para cubrir costos compartidos de Medicare. Hay distintos niveles de cobertura de Medicaid. Algunas personas reciben los beneficios totales de Medicaid además de la ayuda que reciben para cubrir los costos de Medicare. Los costos compartidos y los beneficios varían dependiendo del nivel de elegibilidad de Medicaid. **A continuación se muestra información sobre los diversos Programas de Ahorro de Medicare.**

- **Beneficiario de Medicare Calificado Plus (QMB+, por sus siglas en inglés):** beneficios totales de Medicaid y Medicaid paga los montos de sus primas, deducibles y coaseguro/copago de Medicare Parte A y Medicare Parte B
- **Beneficiario de Medicare con Ingresos Bajos Especificados Plus (SLMB +, por sus siglas en inglés):** beneficios totales de Medicaid y Medicaid paga su prima de Medicare Parte B.
- **Beneficio completo de doble elegibilidad:** beneficios totales de Medicaid y Medicaid paga parte de su distribución de costos de Medicare.
- **Beneficiario de Medicare Calificado (QMB, por sus siglas en inglés):** no recibe los beneficios totales de Medicaid. Medicaid paga los montos de sus primas, deducibles y coaseguro/copago de Medicare Parte A y Medicare Parte B.
- **Beneficiario de Medicare con Ingresos Bajos Especificados (SLMB, por sus siglas en inglés):** no recibe los beneficios totales de Medicaid. Medicaid paga su prima de Medicare Parte B.
- **Individuo Calificado (QI o QI-1, por sus siglas en inglés):** no recibe los beneficios totales de Medicaid. Medicaid paga su prima de Medicare Parte B.
- **Individuos Trabajadores Discapacitados Calificados (QDWI, por sus siglas en inglés):** no recibe los beneficios totales de Medicaid. Medicaid paga su prima de Medicare Parte A.

## HealthSun MediSun Plus (HMO D-SNP) – Palm Beach Plan 016

### ¿Qué médicos, hospitales y farmacias puede usar?

HealthSun tiene una red de médicos, hospitales, farmacias y otros proveedores. Debe acceder todos los servicios cubiertos por el plan a través de nuestros proveedores de la red. Si usa proveedores que no se encuentran dentro de la red del plan, es posible que el plan no pague por esos servicios. También es posible que se requiera una autorización previa o un referido de su proveedor médico de cabecera (PCP, por sus siglas en inglés) para recibir servicios médicos. En general, debe usar farmacias de la red para sus medicamentos recetados cubiertos por la Parte D de Medicare. Para encontrar farmacias y proveedores de la red cerca de usted, visite nuestro sitio web [www.HealthSun.com](http://www.HealthSun.com) o llame a Servicios para Afiliados de HealthSun para obtener más información.

### Conozca su plan de medicamentos

Puede consultar el Formulario completo del plan (una lista de los medicamentos recetados de la Parte D), así como cualquier restricción existente, en nuestro sitio web. Consulte la sección “Medicamentos recetados de la Parte D” de este Folleto para obtener más información sobre lo que usted paga por los medicamentos cubiertos.

**Lo que usted paga por los servicios cubiertos depende de su nivel de elegibilidad de Medicaid** Si usted es elegible para la protección de costo compartido a través del programa estatal de Medicaid, Medicaid paga su parte del costo de todos los servicios cubiertos por el plan excepto los medicamentos recetados. Su costo por cualquier servicio médico cubierto por nuestro plan nunca superará los montos que pagaría por esos mismos servicios a través del plan tradicional de Medicaid de Florida. La ayuda financiera para los medicamentos recetados se proporciona a través del programa de “Ayuda Extra” de Medicare. Usted será responsable del pago de los deducibles, copagos y coaseguro de los medicamentos recetados de Medicare Parte D según el nivel de “Ayuda Extra”/Subsidio por bajos ingresos (**LIS, por sus siglas en inglés**) que reciba de Medicare.

**Si desea obtener más información sobre la cobertura y el costo de Medicare Original**, consulte su manual “Medicare y Usted” del 2022. Puede encontrarlo en línea, ingresando a [www.medicare.gov](http://www.medicare.gov) o puede solicitar una copia llamando al **1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)**, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. **Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.**

HealthSun Health Plans es un plan **HMO** con un contrato de Medicare y un contrato de Medicaid con la Agencia Administradora de la Atención de la Salud del estado de la Florida (AHCA, por sus siglas en inglés) del estado de Florida. La inscripción en HealthSun Health Plans depende de la renovación del contrato.

<b>HealthSun MediSun Plus (HMO D-SNP) – Condado de Palm Beach</b>	
<b>Prima mensual</b>	<b>\$0 - \$34.30 según el nivel de asistencia que reciba.</b> Debe continuar pagando su prima de Medicare Parte B. Es posible que la prima de la Parte B esté cubierta por su programa estatal de Medicaid.
<b>Deducible</b>	Nuestro plan no tiene un deducible para los servicios médicos.
<b>Gasto máximo de bolsillo (no incluye la Parte D)</b>	<b>\$3,450</b> por año para la mayoría de los servicios médicos que reciba de proveedores de la red. Una vez que alcance esta cantidad, el plan pagará por sus servicios cubiertos de la Parte A y B por el resto del año.
Los servicios marcados con <sup>1</sup> pueden requerir autorización y <sup>2</sup> pueden requerir referido.	

Servicios médicos	Este plan cubre lo siguiente:
<b>Atención para pacientes Hospitalizados</b> <sup>1,2</sup>	<p><b>\$0 copago por estadía</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Atención aguda para pacientes hospitalizados</li> </ul> <p><b><i>Días adicionales ilimitados para estadías cubiertas por Medicare.</i></b></p>
<b>Atención en el hospital para paciente ambulatorio</b> <sup>1,2</sup>	<p><b>\$0 copago</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Cirugía ambulatoria</li> <li>Otros servicios ambulatorios facturados por el hospital</li> <li>Servicios de observación (no requiere referido)</li> </ul>
<b>Centro quirúrgico ambulatorio</b> <sup>1,2</sup>	<p><b>\$0 copago</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Servicios quirúrgico en un centro quirúrgico ambulatorio</li> </ul>
<b>Consultas médicas: médico de cabecera y especialistas</b> <sup>1,2</sup>	<p><b>\$0 copago</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Médico de cabecera (PCP, por sus siglas en inglés)</li> <li>Consultas con médicos especialistas</li> <li>Otros servicios profesionales de atención médica cubiertos por Medicare</li> </ul>
<b>Atención preventiva</b> <sup>1,2</sup>	<p><b>\$0 copago para todos los servicios preventivos cubiertos por Medicare:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Prueba de detección de aneurisma aórtico abdominal</li> <li>Asesoramiento por abuso del alcohol</li> <li>Examen de densitometría ósea</li> <li>Prueba de detección de cáncer del seno</li> <li>Consulta por riesgo y pruebas de enfermedad cardiovascular</li> <li>Prueba de detección de cáncer cervical/vaginal</li> <li>Pruebas de detección de cáncer colorrectal (enema de bario)</li> <li>Prueba de detección de depresión</li> <li>Prueba de detección de diabetes</li> <li>Entrenamiento de autoadministración para diabetes</li> <li>EKG después de la visita de Bienvenido</li> <li>Prueba de detección de glaucoma</li> <li>Educación sobre salud y bienestar</li> <li>Prueba de detección del VIH</li> <li>Prueba de detección de cáncer de pulmón</li> <li>Terapia de nutrición médica</li> <li>Programa de prevención de la diabetes de Medicare</li> <li>Prueba de detección y asesoramiento de obesidad</li> <li>Pruebas de detección de cáncer de próstata y examen rectal digital</li> <li>Chequeo y asesoramiento de infecciones de transmisión sexual</li> <li>Asesoramiento para dejar de fumar/tabaquismo</li> <li>Vacunas y otras inmunizaciones</li> <li>Consulta “Bienvenido a Medicare”</li> </ul>
<b>Atención de emergencia y servicios de urgencia</b>	<p><b>\$0 copago</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Servicios de atención de emergencia en los EE. UU.</li> <li>Atención de emergencia en todo el mundo, atención urgente en todo el mundo y el transporte emergencia en todo el mundo</li> </ul> <p><b>\$0 copago</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Servicios de urgencia en los EE. UU.</li> </ul> <p><b><i>\$100,000 beneficio máximo de cobertura para atención de emergencia/urgente en todo el mundo.</i></b></p>

Servicios médicos	Este plan cubre lo siguiente:
<b>Servicios diagnósticos para paciente ambulatorio<sup>1,2</sup></b> <b>Laboratorios<sup>1,2</sup></b> <b>e imágenes<sup>1</sup></b>	<p><b>\$0 copago</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Servicios de laboratorio y servicios de sangre</li> <li>• Pruebas y procedimientos diagnósticos (electrocardiograma, evaluación cardíaca, prueba de función respiratoria, prueba de alergias, prueba psicológica)</li> <li>• Radiografías y servicios radiológicos diagnósticos (MRI, CT scan, etc.)</li> <li>• Servicios radiológicos terapéuticos (radioterapia para cáncer)</li> </ul>
<b>Servicios de audición<sup>1,2</sup></b>	<p><b>\$0 copago</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Exámenes básicos de audición y equilibrio cubiertos por Medicare</li> <li>• Un examen de audición de rutina cada año</li> <li>• Un ajuste y evaluación para la audición cada año</li> <li>• Audífonos (todos los tipos)</li> </ul> <p><b>\$1,500 de beneficio cada dos años para audífonos (ambos oídos combinados).</b></p>
<b>Servicios dentales</b>	<p><b>\$0 copago</b></p> <p><b>Servicios dentales preventivos:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Dos exámenes bucales cada año</li> <li>• Dos limpiezas cada año</li> <li>• Dos tratamientos con fluoruro cada año</li> <li>• Dos radiografías de aleta de mordida cada año</li> <li>• Una radiografía de boca completa cada tres años</li> </ul> <p><b>Servicios dentales integrales (no rutinarios)<sup>1</sup>:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Dos implantes dentales cada año</li> <li>• Dos coronas cada año</li> <li>• Dos endodoncias cada año</li> <li>• Cuatro servicios de restauración (hasta cuatro dientes) cada año</li> <li>• Cuatro extracciones cada año</li> <li>• Un raspado y alisado radicular por cuadrante cada año</li> <li>• Un desbridamiento de boca completa cada 24 meses consecutivos</li> <li>• Una prótesis dental superior completa cada tres años</li> <li>• Una prótesis dental inferior completa cada tres años</li> <li>• Una prótesis dental parcial cada tres años</li> <li>• Cirugía oral/maxilofacial y otros servicios dentales</li> </ul> <p><b>\$5,000 de beneficio cada año para todos los servicios dentales.</b></p>
<b>Servicios de visión</b>	<p><b>\$0 copago</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Atención de la visión cubierta por Medicare</li> <li>• Un examen de la vista de rutina cada año</li> <li>• Lentes de contacto, anteojos, lentes de anteojos y marco de anteojos</li> </ul> <p><b>\$400 de beneficio cada año para todos los artículos de la visión.</b></p>

Servicios médicos	Este plan cubre lo siguiente:
<p><b>Atención de la salud mental<sup>1,2</sup></b></p>	<p><b>\$0 copago</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Servicios especializados de salud mental para paciente ambulatorio en sesiones individuales y grupales</li> </ul> <p><b>\$0 copago</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Servicios psiquiátricos para paciente ambulatorio en sesiones individuales y grupales</li> </ul> <p><b>\$0 copago</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Hospitalización parcial</li> </ul> <p><b>\$0 copago por estadía</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Servicios psiquiátricos para paciente hospitalizado</li> </ul> <p>Nuestro plan tiene un límite de 190 días de por vida para la atención de salud mental para pacientes hospitalizados en un hospital psiquiátrico. Este límite no se aplica a los servicios de salud mental en un hospital general.</p>
<p><b>Centro de enfermería especializada (SNF, por sus siglas en inglés)<sup>1,2</sup></b></p>	<p><b>\$0 copago por cada estadía</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Nuestro plan cubre hasta 100 días en un centro de enfermería especializada (SNF)</li> </ul> <p><b>No se requiere hospitalización previa</b></p>
<p><b>Terapia física<sup>1,2</sup></b></p>	<p><b>\$0 copago</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Terapia física</li> <li>• Servicios de terapia para patología del habla y del lenguaje</li> <li>• Terapia ocupacional</li> </ul>
<p><b>Ambulancia<sup>1</sup></b></p>	<p><b>\$0 copago</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Servicios de ambulancia terrestre</li> <li>• Servicios de ambulancia aérea</li> </ul>
<p><b>Transporte<sup>1,2</sup></b></p>	<p><b>\$0 copago</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ilimitado si el transporte se hace a ubicaciones aprobadas por el plan</li> <li>• Se incluyen los siguientes medios de transporte: van, autobús, taxi, o servicios de viajes compartidos</li> </ul>
<p><b>Medicamentos de la Parte B de Medicare<sup>1</sup></b></p>	<p><b>\$0 copago</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Medicamentos para quimioterapia/radiación de Medicare Parte B y otros medicamentos de Medicare Parte B <b>administrados en un centro médico.</b></li> </ul> <p><b>\$0 - 20% del costo total</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Medicamentos para quimioterapia/radiación de Medicare Parte B y otros medicamentos de Medicare Parte B <i>administrados en el consultorio de un médico, en una farmacia o en un hospital como servicio ambulatorio.</i></li> </ul> <p>Algunos medicamentos de la Parte B son elegibles para terapia escalonada, un proceso que requiere probar otro medicamento antes del medicamento inicialmente prescrito.</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-top: 10px;"> <p><b>Nota: Para los afiliados con doble elegibilidad con protección de distribución de costos del programa estatal de Medicaid, Medicaid paga su costo compartido por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B de Medicare.</b></p> </div>



<b>Beneficios de la Parte D</b>	<b>Este plan cubre lo siguiente:</b>																												
<b>Etapa del deducible</b>	<b>Debido a que recibe “Ayuda Adicional” de Medicare</b> , el deducible no se aplicará a usted.																												
<b>Etapa de cobertura inicial</b>	<p><b>\$4,430 es el límite de cobertura inicial (ICL, por sus siglas en inglés).</b></p> <p>Usted se queda en esta etapa hasta que sus costos totales de medicamentos pagados por el plan alcancen el límite de cobertura inicial (ICL).</p> <p><b>Debido a que recibe “Ayuda Adicional”, usted no paga nada (\$0) por sus medicamentos cubiertos de la Parte D durante todo el año.</b></p> <table border="1"> <thead> <tr> <th><b>Nivel de Medicamento</b></th> <th><b>Farmacia minorista estándar o pedido por correo (30 días)</b></th> <th><b>Farmacia de atención a largo plazo (*LTC, por sus siglas en inglés) (34 días)</b></th> <th><b>Farmacia minorista estándar o pedido por correo (hasta 90 días)</b></th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Nivel 1 (genérico preferido)</td> <td>\$0</td> <td>\$0</td> <td>\$0</td> </tr> <tr> <td>Nivel 2 (genérico)</td> <td>\$0</td> <td>\$0</td> <td>\$0</td> </tr> <tr> <td>Nivel 3 (marca preferido)</td> <td>\$0</td> <td>\$0</td> <td>N/A para 90 días</td> </tr> <tr> <td>Nivel 4 (no es preferido)</td> <td>\$0</td> <td>\$0</td> <td>N/A para 90 días</td> </tr> <tr> <td>Nivel 5 (especializado)</td> <td>\$0</td> <td>\$0</td> <td>N/A para 90 días</td> </tr> <tr> <td>Nivel 6 (suplementario)</td> <td>\$0</td> <td>\$0</td> <td>N/A para 90 días</td> </tr> </tbody> </table>	<b>Nivel de Medicamento</b>	<b>Farmacia minorista estándar o pedido por correo (30 días)</b>	<b>Farmacia de atención a largo plazo (*LTC, por sus siglas en inglés) (34 días)</b>	<b>Farmacia minorista estándar o pedido por correo (hasta 90 días)</b>	Nivel 1 (genérico preferido)	\$0	\$0	\$0	Nivel 2 (genérico)	\$0	\$0	\$0	Nivel 3 (marca preferido)	\$0	\$0	N/A para 90 días	Nivel 4 (no es preferido)	\$0	\$0	N/A para 90 días	Nivel 5 (especializado)	\$0	\$0	N/A para 90 días	Nivel 6 (suplementario)	\$0	\$0	N/A para 90 días
<b>Nivel de Medicamento</b>	<b>Farmacia minorista estándar o pedido por correo (30 días)</b>	<b>Farmacia de atención a largo plazo (*LTC, por sus siglas en inglés) (34 días)</b>	<b>Farmacia minorista estándar o pedido por correo (hasta 90 días)</b>																										
Nivel 1 (genérico preferido)	\$0	\$0	\$0																										
Nivel 2 (genérico)	\$0	\$0	\$0																										
Nivel 3 (marca preferido)	\$0	\$0	N/A para 90 días																										
Nivel 4 (no es preferido)	\$0	\$0	N/A para 90 días																										
Nivel 5 (especializado)	\$0	\$0	N/A para 90 días																										
Nivel 6 (suplementario)	\$0	\$0	N/A para 90 días																										
<b>Etapa de período sin cobertura</b>	Si usted alcanza la Etapa de período sin cobertura, permanecerá en esta etapa hasta el final del año calendario y continuará sin pagar nada (\$0) por sus medicamentos cubiertos de la Parte D.																												
<b>Etapa de Cobertura Catastrófica</b>	<p><b>\$7,050 es el límite de gastos de bolsillo (TrOOP) de este plan.</b></p> <p><b>Debido a que recibe “Ayuda adicional”, no alcanzará el monto máximo anual de gastos de bolsillo porque no paga nada por los medicamentos cubiertos de la Parte D.</b></p>																												


En general, los medicamentos que se suministran a través del pedido por correo son aquellos que se toman de manera regular, para una afección médica crónica o de largo plazo. Los medicamentos que no sean disponibles a través de los servicios de pedido por correo de nuestro plan están marcados como “NM” en nuestra Lista de medicamentos.

Cubrimos los medicamentos de la Parte D que se abastecen en una farmacia fuera de la red durante todas las etapas solo si usted no puede usar una farmacia de la red en las circunstancias aprobadas por el plan. Si se le aprueba esto, su parte del costo es lo que usted paga por el medicamento en una farmacia minorista estándar dentro de la red. En estas situaciones, averigüe primero si hay una farmacia de la red cerca de usted.



<b>Beneficios Médicos Adicionales</b>	<b>Este plan cubre lo siguiente:</b>
<b>Acupuntura<sup>1,2</sup></b>	<b>\$0 copago</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 12 tratamientos cada año</li> </ul>
<b>Atención quiropráctica</b>	<b>\$0 copago</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 12 consultas de atención de rutina cada año</li> </ul>
<b>Cuidado de los pies (podología)<sup>1</sup></b>	<b>\$0 copago</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Una consulta de atención de rutina cada tres meses</li> <li>• Medicare también cubre otros cuidados rutinarios para ciertas condiciones médicas que afectan a los pies</li> </ul>
<b>Cuidado de salud en el domicilio<sup>1,2</sup></b>	<b>\$0 copago</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Servicios de atención médica a domicilio cubiertos por Medicare</li> </ul>
<b>Servicios de diálisis<sup>1,2</sup> y educación sobre enfermedades renales</b>	<b>\$0 copago</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Tratamiento de diálisis y capacitación para auto diálisis</li> <li>• Servicios de educación sobre enfermedad renal</li> </ul>
<b>Servicios de rehabilitación para pacientes ambulatorios<sup>1,2</sup></b>	<b>\$0 copago</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Rehabilitación cardíaca y cardíaca intensiva</li> <li>• Rehabilitación pulmonar</li> <li>• Terapia de ejercicios supervisada para servicios relacionados con la enfermedad arterial periférica sintomática.</li> <li>• Terapia de patología del habla y del lenguaje y terapia ocupacional</li> </ul>
<b>Servicios para el abuso de sustancias y opioides<sup>1,2</sup></b>	<b>\$0 copago</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Servicios ambulatorios para terapia individual o grupal para el tratamiento del abuso de sustancias y la dependencia de opioides</li> </ul>
<b>Equipos médicos durables (DME) y suministros médicos/ de diabetes<sup>1</sup></b>	<b>\$0 copago</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Dispositivos prostéticos y otros suministros médicos</li> <li>• Zapatos o plantillas terapéuticos</li> <li>• Equipo médico duradero, que incluye ácidos hialurónicos <i>DUROLANE, EUFLEXXA, SUPARTZ, y Gel-SYN-3 son las marcas cubiertas para los ácidos hialurónicos. Otras marcas cubiertas solo si el proveedor las considera médicamente necesarias.</i></li> </ul> <b>\$0 copago</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Medidor continuo de glucosa (CGMs, por sus siglas en inglés)</li> <li>• Suministros y servicios para personas diabéticas <i>Freestyle Libre es el proveedor preferido de este plan para CGMs. Precision, TrueMatrix, TrueTest, Contour, Ascensia, y Freestyle son los fabricantes cubiertos para glucómetros, tiras reactivas de sangre y lancetas.</i></li> </ul>

Otros beneficios médicos y de bienestar	Este plan ofrece:
Medicina alternativa: masaje terapéutico <sup>1,2</sup>	<p><b>\$0 copago</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 24 sesiones de masaje terapéutico cada año</li> </ul>
Terapia alternativa: Plasma rico en plaquetas (PRP) para el control del dolor por osteoartritis <sup>1,2</sup>	<p><b>\$0 copago</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Inyecciones de plasma rico en plaquetas para el tratamiento de una lesión o enfermedad aplicadas a cualquier parte del cuerpo durante no más de tres meses consecutivos hasta dos veces al año.</li> </ul>
Beneficio de acondicionamiento físico SilverSneakers®	<p><b>\$0 copago</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Acceso a todas las instalaciones básicas de los centros participantes</li> <li>• Apoyo de instructores certificados y acceso a clases grupales</li> <li>• Videos con ejercicios a través del sitio web de SilverSneakers®</li> </ul>
Beneficio de nutrición/dieta y educación sobre la salud <sup>1,2</sup>	<p><b>\$0 copago</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Asesoramiento sobre nutrición ilimitado en un entorno individual o grupal por parte de un profesional de la nutrición si se considera médicamente necesario</li> <li>• Otros servicios de educación sobre la salud en relación con una enfermedad o afección específica</li> </ul>
Tarjeta de Comidas Saludables	<p><b>\$0 copago</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Una asignación mensual en forma de tarjeta de débito para comprar una amplia gama de comestibles aprobados para alimentos y productos saludables, incluidas bebidas suplementarias.</li> </ul> <p><b>\$60 monto máximo de beneficio mensual para sus comestibles.</b></p> <p>Los afiliados son elegibles en función de las calificaciones del estado de bajos ingresos para el plan de necesidades especiales de doble elegibilidad (niveles LIS 1, 2, 3 o 4). Las cantidades no utilizadas no se transfieren al mes o año siguiente.</p>
Comidas saludables: enfermedades crónicas (SSBCI, por sus siglas en inglés) <sup>1,2</sup>	<p><b>\$0 copago</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Una comida al día para hasta 20 comidas cada mes.</b></li> </ul> <p>Usted es elegible según los criterios clínicos de calificación de una condición crónica según lo determine su médico. Las comidas se entregan o proporcionan en los lugares participantes. El método de entrega está sujeto a autorización previa.</p>
Comidas saludables: después del alta médica <sup>1,2</sup>	<p><b>\$0 copago</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Se entregan tres comidas al día durante dos semanas</b> después de pasar la noche en el hospital o centro de enfermería, o después de una cirugía con una estadía en el hospital como paciente interno. Dos ingresos hospitalarios por año.</li> </ul>
Artículos de venta libre (OTC, por sus siglas en inglés)	<p><b>\$0 copago</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Medicamentos de venta libre (OTC) y otros productos aprobados por el plan</li> </ul> <p><b>\$125 máximo de beneficio mensual para sus artículos OTC.</b></p>

Otros beneficios médicos y de bienestar	Este plan ofrece:
<b>Servicios de apoyo a domicilio</b>	<p><b>\$0 copago</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Hasta 30 horas por año calendario. Asistencia para servicios tales como apoyo con las actividades de la vida diaria, tareas domésticas y asistencia para citas u obtener artículos fuera del hogar, como comestibles o medicamentos.</li> </ul>
<b>Línea de ayuda de enfermería</b>	<p><b>\$0 copago</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Hable directamente con un enfermero registrado para inquietudes relacionadas con la salud</li> <li>Acceso las 24 horas 7 días de la semana a través de nuestro número de teléfono gratuito de Servicios para Afiliados</li> </ul>
<b>Sistema de respuesta de emergencia personal (PERS, por sus siglas en inglés)<sup>1,2</sup></b>	<p><b>\$0 copago</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>La Unidad de Respuesta a Emergencias Personales (PERS) está cubierta una por cada afiliado e incluye el dispositivo de monitoreo y el servicio de monitoreo. Debe comunicarse con Servicios para afiliados del plan para iniciar el servicio y la instalación.</li> </ul>
<b>Cuidado Personal recuperación en casa: prevención de readmisión<sup>1,2</sup></b>	<p><b>\$0 copago</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Dentro de un plazo de 10 días desde el alta de un paciente hospitalizado, usted es elegible para una evaluación de seguridad en el hogar, conciliación de medicamentos y cuidado de custodia para las actividades de la vida diaria adicionales y las actividades instrumentales de la vida diaria. Una vez recibida la aprobación, usted recibirá hasta 16 horas de apoyo en el hogar y asistencia de relevo para el cuidador. Las horas de apoyo se deben usar en intervalos de dos horas y hasta 4 horas por día. Máximo de dos admisiones por año.</li> </ul>
 <b>Programa de directivas avanzadas</b>	<p><b>\$0 copago</b></p> <p>Como afiliado de nuestro plan, tendrá acceso a un recurso de planificación de atención en línea para crear una directiva anticipada donde puede combinar los elementos de:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Testamento vital</li> <li>Poder legal médico</li> <li>Formulario de orden de no reanimar</li> <li>Formulario de donación de órganos</li> </ul> <p>Puede crear su propio plan de atención digital e incluso incluir archivos de video y audio. Si ya tiene estos documentos preparados, puede almacenarlos y asegurarse de que se compartan con sus médicos y proveedores de atención las 24 horas del día, los siete días de la semana. Puede agregar nueva información en cualquier momento según su estado de salud o según lo desee.</p>

## **Beneficios cubiertos por Florida Medicaid**

**Además de los servicios cubiertos por Medicare descritos en este Resumen de beneficios, HealthSun MediSun Plus (HMO D-SNP) proporciona los siguientes beneficios de Medicaid según el nivel de su cobertura de Medicaid.**

- Servicios para las alergias
- Servicios en un centro de cirugía ambulatoria
- Servicios de anestesia
- Servicios de atención asistencial
- Servicios de satisfacción de necesidades de salud conductual
- Servicios de evaluación de salud conductual
- Servicios de apoyo en la comunidad para la salud conductual
- Servicios de intervención para la salud conductual
- Administración de medicamentos para la salud conductual
- Servicios de terapia de salud conductual
- Servicios cardiovasculares
- Administración de casos enfocada en servicios de salud pediátrica
- Servicios de quiropráctica
- Servicios comunitarios de salud conductual
- Servicios del Departamento Salud del Condado
- Servicios dentales
- Servicios de diálisis
- Equipos médicos duraderos y suministros médicos
- Servicios de intervención temprana
- Servicios de transporte en casos de emergencia
- Servicios de evaluación y administración
- Servicios de centros salud con calificación federal
- Servicios gastrointestinales
- Servicios genitourinarios
- Servicios de audición
- Servicios de salud a domicilio
- Servicios hospitalarios para paciente hospitalizado
- Servicios integumentarios
- Servicios de laboratorio
- Servicios de atención médica en cuidado de guarda
- Administración de casos enfocada en la salud mental
- Servicios de neurología
- Servicios de transporte en casos que no son emergencias
- Servicios prestados en un centro de enfermería
- Servicios de terapia ocupacional
- Servicios de cirugía oral y maxilofacial
- Servicios ortopédicos
- Servicios hospitalarios para paciente ambulatorio
- Servicios de manejo del dolor
- Servicios de atención personal
- Servicios de terapia física
- Servicios de podología
- Servicios de medicamentos recetados
- Servicios de enfermería privados
- Servicios de radiología y medicina nuclear
- Centro regional de atención perinatal intensiva
- Servicios reproductivos
- Servicios relacionados con el sistema respiratorio
- Servicios de terapia respiratoria
- Servicios en clínicas de salud rurales
- Servicios terapéuticos especializados
- Servicios de patología del habla y del lenguaje
- Programa psiquiátrico para pacientes hospitalizados en todo el estado
- Servicios de trasplante
- Servicios de recursos visuales
- Servicios de atención visual

Para conocer las normas de elegibilidad y obtener más información sobre estos servicios, visite <http://ahca.myflorida.com/Medicaid/flmedicaid.shtml>. Puede haber ocasiones en las que el límite de Medicaid sea más elevado que el límite de Medicare. En las ocasiones en las que se haya alcanzado el límite de Medicare, el plan cubrirá la diferencia para los receptores elegibles.

### **¿Tiene preguntas?**

Lo que usted paga por los servicios cubiertos depende de su nivel de elegibilidad de Medicaid. Si tiene preguntas sobre su elegibilidad de Medicaid y sobre los beneficios que le corresponden llame al **1-888-419-3456**.

## Lista de verificación de preinscripción

Antes de tomar una decisión de inscripción, es importante que comprenda completamente nuestros beneficios y reglas. Si tiene alguna pregunta, puede llamar y hablar con un representante de atención al cliente al 1-877-336-2069 (los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-206-0500). Nuestro horario de operaciones desde el 1 de abril hasta el 30 de septiembre es de lunes a viernes de 8am a 8pm (nuestra oficina permanecerá cerrada los días feriados federales). Durante el 1 de octubre hasta el 31 de marzo, estamos disponibles de lunes a viernes de 8am a 8pm (nuestra oficina permanecerá cerrada los días feriados federales).

### Comprendiendo los beneficios

- Revise la lista completa de beneficios que se encuentra en la Evidencia de Cobertura (EOC, por sus siglas en inglés), especialmente para aquellos servicios para los cuales consulta habitualmente a un médico. Visite [www.HealthSun.com](http://www.HealthSun.com) o llame al 1-877-336-2069 (los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-206-0500) para ver una copia del EOC.
- Re vise el Directorio de Proveedores (o consulte a su médico) para asegurarse de que los doctores que ve ahora están en la red. Si no están en la lista, significa que es probable que deba seleccionar un nuevo médico.
- Revise el Directorio de la Farmacia para asegurarse de que la farmacia que utiliza para cualquier medicamento recetado se encuentre en la red. Si la farmacia no está en la lista, es probable que deba seleccionar una nueva farmacia para sus recetas.

### Comprendiendo las reglas importantes

- Además de la prima mensual de su plan, debe de continuar pagando su prima de la Parte B de Medicare. Esta prima normalmente se saca de su cheque de Seguridad Social cada mes.
- Los beneficios, las primas y/o los copagos/coseguros pueden cambiar el 1 de enero del 2023.
- Excepto en situaciones de emergencia o urgencia, no cubrimos servicios de proveedores fuera de la red (médicos que no están incluidos en el directorio de proveedores).
- Este plan es un plan de necesidades especiales con doble elegibilidad (D-SNP). Su capacidad para inscribirse se basará en la verificación de que tiene derecho tanto a Medicare como a la asistencia médica de un plan estatal de Medicaid.

## Cómo Encontrar Información Importante del Plan

### Directorio de Proveedores y Farmacias • Formulario de la Parte D (Lista de Medicinas Cubiertas) • Formulario de Medicamentos sin Receta (OTC) • Evidencia de Cobertura (EOC)

Visite nuestro sitio web [www.HealthSun.com](http://www.HealthSun.com) para localizar el *Directorio de Farmacias y Proveedores* del plan, el *Formulario de la Parte D (lista de medicamentos cubiertos)*, el *Formulario de medicamentos sin receta* (OTC, por sus siglas en inglés) y la *Evidencia de Cobertura* de su plan. Puede descargar una copia del *Directorio de Proveedores y Farmacias* o puede utilizar el sistema de búsqueda en línea en nuestro sitio web para encontrar proveedores y farmacias de la red cerca de usted.

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](mailto:MemberServicesInbox@healthsun.com).

Nuestro horario de operaciones desde **el 1 de abril hasta el 30 de septiembre** es de lunes a viernes de 8am a 8pm (nuestra oficina permanecerá cerrada los días feriados federales). Durante **el 1 de octubre hasta el 31 de marzo**, estamos disponibles de lunes a viernes de 8am a 8pm (nuestra oficina permanecerá cerrada los días feriados federales).

HealthSun Health Plans es un plan HMO con un contrato de Medicare y un contrato de Medicaid con la Agencia Administradora de la Atención de la Salud del estado de la Florida (AHCA, por sus siglas en inglés) del estado de Florida. La inscripción en HealthSun Health Plans depende de 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](mailto: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](mailto: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).

# NOTAS

# NOTAS





1.877.336.2069 | 1.877.206.0500 / TTY:711

9250 West Flagler Street, Suite 600. Miami, FL 33174  
[www.HealthSun.com](http://www.HealthSun.com)

Cada año, Medicare evalúa los planes según un sistema de calificación de 5 estrellas. La calificación de estrellas es para los años de contrato 2018, 2019, 2020, 2021 y 2022.