

ESPAÑOL

HealthSun
HEALTH PLANS



2022

**RESUMEN DE
BENEFICIOS**

HealthAdvantage Plus (HMO) | 017
Condado de Miami-Dade

HealthSun HealthAdvantage Plus (HMO)

2022 Resumen de Beneficios

En este folleto, le brinda un resumen de los beneficios médicos y los beneficios para medicamentos recetados cubiertos por **HealthSun HealthAdvantage Plus (HMO) en el Condado de Miami-Dade** 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. 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 octubre hasta marzo, atendemos los siete días de la semana (cerramos el día de Navidad y Acción de Gracias) A partir del 1 de abril hasta el 30 de septiembre estamos disponible de lunes a viernes (cerramos 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, y viva en el **Condado de Miami-Dade**.

¿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. Algunas de las farmacias de nuestra red tienen costos compartidos preferidos. Puede pagar menos si usa estas farmacias. Para encontrar farmacias y proveedores de la red cerca de usted, visite nuestro sitio web 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) en nuestro sitio web. Consulte la sección "Beneficios de la Parte D" de este Folleto para obtener más información sobre lo que usted paga por los medicamentos cubiertos.

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 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. La inscripción en HealthSun Health Plans depende de la renovación del contrato.

| HealthSun HealthAdvantage Plus (HMO) - Condado de Miami-Dade | | |
|---|--|--|
| Prima mensual | \$0. Debe continuar pagando su prima de la Parte B de Medicare. | <u>Reducción de la prima de la Parte B:</u> \$131.00 por mes. |
| Deducible | Nuestro plan no tiene un deducible para los servicios médicos. | |
| Gasto máximo de bolsillo (no incluye la Parte D) | \$3,450 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 ¹ pueden requerir autorización y ² pueden requerir referido. | | |

HealthSun HealthAdvantage Plus (HMO) – Miami-Dade Plan 017

| Servicios médicos | Este plan cubre lo siguiente: |
|--|---|
| Atención para pacientes Hospitalizados ^{1,2} | <p>\$0 copago</p> <ul style="list-style-type: none"> • Atención aguda para pacientes hospitalizados <p>Días adicionales ilimitados para estadías cubiertas por Medicare.</p> |
| Atención en el hospital para paciente ambulatorio ^{1,2} | <p>\$75 copago</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cirugía ambulatoria y la mayoría de servicios ambulatorios facturados por el hospital <p>\$0 copago</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios de observación (no requiere referido) |
| Centro quirúrgico ambulatorio ^{1,2} | <p>\$0 copago</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios quirúrgico en un centro quirúrgico ambulatorio |
| Consultas médicas: médico de cabecera y especialistas ^{1,2} | <p>\$0 copago</p> <ul style="list-style-type: none"> • Médico de cabecera (PCP, por sus siglas en inglés) <p>\$0 copago</p> <ul style="list-style-type: none"> • Consultas con médicos especialistas <p>\$0 copago</p> <ul style="list-style-type: none"> • Otros servicios profesionales de atención médica cubiertos por Medicare |
| Atención preventiva ^{1,2} | <p>\$0 copago para todos los servicios preventivos cubiertos por Medicare:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Prueba de detección de aneurisma aórtico abdominal • Asesoramiento por abuso del alcohol • Examen de densitometría ósea • Prueba de detección de cáncer del seno • Consulta por riesgo y pruebas de enfermedad cardiovascular • Prueba de detección de cáncer cervical/vaginal • Pruebas de detección de cáncer colorrectal (enema de bario) • Prueba de detección de depresión • Prueba de detección de diabetes • Entrenamiento de autoadministración para diabetes • EKG después de la visita de Bienvenido • Prueba de detección de glaucoma • Educación sobre salud y bienestar • Prueba de detección del VIH • Prueba de detección de cáncer de pulmón • Terapia de nutrición médica • Programa de prevención de la diabetes de Medicare • Prueba de detección y asesoramiento de obesidad • Pruebas de detección de cáncer de próstata y examen rectal digital • Chequeo y asesoramiento de infecciones de transmisión sexual • Asesoramiento para dejar de fumar/tabaquismo • Vacunas y otras inmunizaciones • Consulta “Bienvenido a Medicare” |
| Atención de emergencia y servicios de urgencia | <p>\$120 copago</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios de atención de emergencia en los EE. UU. • Atención de emergencia en todo el mundo, atención urgente en todo el mundo y el transporte emergencia en todo el mundo <p>\$0 copago</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios de urgencia en los EE. UU. <p>El copago no se aplicará si lo admiten en el hospital dentro de 24 horas.</p> <p>\$100,000 beneficio máximo de cobertura para atención de emergencia/urgente en todo el mundo.</p> |

| Servicios médicos | Este plan cubre lo siguiente: |
|---|--|
| Servicios diagnósticos para paciente ambulatorio^{1,2} Laboratorios^{1,2} e imágenes¹ | <p>\$0 copago</p> <ul style="list-style-type: none"> Servicios de laboratorio y servicios de sangre <p>\$0 copago en el consultorio de un médico participante o en un centro ambulatorio / de diagnóstico independiente y un <i>\$75 copago en un hospital:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> Pruebas y procedimientos diagnósticos (electrocardiograma, evaluación cardíaca, prueba de función respiratoria, prueba de alergias, prueba psicológica) Radiografías y servicios radiológicos diagnósticos (MRI, CT scan, etc.) <p>\$0 copago en el consultorio de un médico participante o en un centro ambulatorio / de diagnóstico independiente y un <i>\$60 copago en un hospital:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> Servicios radiológicos terapéuticos (radioterapia para cáncer) |
| Servicios de audición^{1,2} | <p>\$0 copago</p> <ul style="list-style-type: none"> Exámenes básicos de audición y equilibrio cubiertos por Medicare Un examen de audición de rutina cada año Un ajuste y evaluación para la audición cada año Audífonos (todos los tipos) <p><i>\$1,500 de beneficio cada dos años para audífonos (ambos oídos combinados).</i></p> |
| Servicios dentales | <p>\$0 copago</p> <p>Servicios dentales preventivos:</p> <ul style="list-style-type: none"> Dos exámenes bucales cada año Dos limpiezas cada año Dos tratamientos con fluoruro cada año Dos radiografías de aleta de mordida cada año Una radiografía de boca completa cada tres años <p>Servicios dentales integrales (no rutinarios)¹:</p> <ul style="list-style-type: none"> Dos coronas cada año Dos endodoncias cada año Cuatro servicios de restauración (hasta cuatro dientes) cada año Cuatro extracciones cada año Un raspado y alisado radicular por cuadrante cada año Un desbridamiento de boca completa cada 24 meses consecutivos Una prótesis dental superior completa cada tres años Una prótesis dental inferior completa cada tres años Una prótesis dental parcial cada tres años Cirugía oral/maxilofacial y otros servicios dentales <p><i>\$2,000 de beneficio cada año para todos los servicios dentales.</i></p> |
| Servicios de visión | <p>\$0 copago</p> <ul style="list-style-type: none"> Atención de la visión cubierta por Medicare Un examen de la vista de rutina cada año Lentes de contacto, anteojos, lentes de anteojos y marco de anteojos <p><i>\$200 de beneficio cada año para todos los artículos de la visión.</i></p> |

| Servicios médicos | Este plan cubre lo siguiente: |
|---|---|
| Atención de la salud mental ^{1,2} | <p>\$0 copago</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios especializados de salud mental para paciente ambulatorio en sesiones individuales y grupales <p>\$0 copago</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios psiquiátricos para paciente ambulatorio en sesiones individuales y grupales <p>\$0 copago</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hospitalización parcial <p>\$0 copago por estadía</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios psiquiátricos para paciente hospitalizado <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> |
| Centro de enfermería especializada (SNF, por sus siglas en inglés) ^{1,2} | <p>\$0 copago</p> <ul style="list-style-type: none"> • Por cada estadía de 1 a 20 días <p>\$60 copago</p> <ul style="list-style-type: none"> • Por cada estadía de 21 a 100 días <p>No se requiere hospitalización previa</p> |
| Terapia física ^{1,2} | <p>\$0 copago</p> <ul style="list-style-type: none"> • Visitas de fisioterapia en un centro médico participante. <p>\$15 copago</p> <ul style="list-style-type: none"> • Visitas de fisioterapia <i>en el consultorio de un médico, centro de rehabilitación o en un hospital como servicio ambulatorio.</i> |
| Ambulancia ¹ | <p>\$150 copago</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios de ambulancia terrestre • Servicios de ambulancia aérea <p>El copago no se aplicará si lo admiten en el hospital, lo transfieren de una institución a otra o lo transfieren de un centro a su hogar aprobado por el plan después del alta hospitalaria.</p> |
| Transporte ^{1,2} | <p>\$0 copago</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ilimitado si el transporte se hace a ubicaciones aprobadas por el plan • Se incluyen los siguientes medios de transporte: van, autobús, taxi, o servicios de viajes compartidos |
| Medicamentos de la Parte B de Medicare ¹ | <p>\$0 copago</p> <ul style="list-style-type: none"> • Medicamentos para quimioterapia/radiación de Medicare Parte B y otros medicamentos de Medicare Parte B administrados en un centro médico. <p>20% del costo total</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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> <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> |

| Beneficios de la Parte D | Este plan cubre lo siguiente: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|------------------------------------|---|---|--------------------------------|---|------------------------------|-----|-----|--------------------|-----|-----|---------------------------|------|-----|---------------------------------|------|-----|-------------------------|-----|-----|-------------------------|-----|-----|-----------------------|--------------------------------|---|------------------------------|-----|-----|--------------------|-----|-----|---------------------------|------|-----|---------------------------------|-------|-----|-------------------------|-----|-----|-------------------------|-----|-----|-----------------------|--------------------------------|---|------------------------------|-----|-----|--------------------|-----|-----|---------------------------|------|-----|---------------------------------|-------|-----|-------------------------|-----|-----|-------------------------|-----|-----|
| Etapas del deducible | Nuestro plan no tiene un deducible de la Parte D. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Etapas de cobertura inicial | <p>\$4,430 es el límite de cobertura inicial (ICL, por sus siglas en inglés).</p> <p>Durante esta etapa, usted paga un costo compartido de sus medicamentos cubiertos.</p> <p>Usted se queda en esta etapa hasta que sus costos totales de medicamentos pagados tanto por usted y por el plan alcancen el ICL.</p> <p>Farmacia Minorista Preferida o de Pedido por Correo</p> <table border="1" data-bbox="370 680 1520 1003"> <thead> <tr> <th>Nivel del Medicamento</th> <th>Suministro de un mes (30 días)</th> <th>Suministro a largo plazo (60 o 90 días)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Nivel 1 (genérico preferido)</td> <td>\$0</td> <td>\$0</td> </tr> <tr> <td>Nivel 2 (genérico)</td> <td>\$0</td> <td>\$0</td> </tr> <tr> <td>Nivel 3 (marca preferido)</td> <td>\$42</td> <td>n/a</td> </tr> <tr> <td>Nivel 4 (marca no es preferido)</td> <td>\$95</td> <td>n/a</td> </tr> <tr> <td>Nivel 5 (especializado)</td> <td>33%</td> <td>n/a</td> </tr> <tr> <td>Nivel 6 (suplementario)</td> <td>\$0</td> <td>n/a</td> </tr> </tbody> </table> <p>Farmacia Minorista Estándar</p> <table border="1" data-bbox="370 1094 1520 1417"> <thead> <tr> <th>Nivel del Medicamento</th> <th>Suministro de un mes (30 días)</th> <th>Suministro a largo plazo (60 o 90 días)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Nivel 1 (genérico preferido)</td> <td>\$0</td> <td>\$0</td> </tr> <tr> <td>Nivel 2 (genérico)</td> <td>\$0</td> <td>\$0</td> </tr> <tr> <td>Nivel 3 (marca preferido)</td> <td>\$47</td> <td>n/a</td> </tr> <tr> <td>Nivel 4 (marca no es preferido)</td> <td>\$100</td> <td>n/a</td> </tr> <tr> <td>Nivel 5 (especializado)</td> <td>33%</td> <td>n/a</td> </tr> <tr> <td>Nivel 6 (suplementario)</td> <td>\$0</td> <td>n/a</td> </tr> </tbody> </table> <p>Farmacia de Atención a Largo Plazo (LTC, por sus siglas en inglés)</p> <table border="1" data-bbox="370 1501 1520 1824"> <thead> <tr> <th>Nivel del Medicamento</th> <th>Suministro de un mes (34 días)</th> <th>Suministro a largo plazo (60 o 90 días)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Nivel 1 (genérico preferido)</td> <td>\$0</td> <td>n/a</td> </tr> <tr> <td>Nivel 2 (genérico)</td> <td>\$0</td> <td>n/a</td> </tr> <tr> <td>Nivel 3 (marca preferido)</td> <td>\$47</td> <td>n/a</td> </tr> <tr> <td>Nivel 4 (marca no es preferido)</td> <td>\$100</td> <td>n/a</td> </tr> <tr> <td>Nivel 5 (especializado)</td> <td>33%</td> <td>n/a</td> </tr> <tr> <td>Nivel 6 (suplementario)</td> <td>\$0</td> <td>n/a</td> </tr> </tbody> </table> | Nivel del Medicamento | Suministro de un mes (30 días) | Suministro a largo plazo (60 o 90 días) | Nivel 1 (genérico preferido) | \$0 | \$0 | Nivel 2 (genérico) | \$0 | \$0 | Nivel 3 (marca preferido) | \$42 | n/a | Nivel 4 (marca no es preferido) | \$95 | n/a | Nivel 5 (especializado) | 33% | n/a | Nivel 6 (suplementario) | \$0 | n/a | Nivel del Medicamento | Suministro de un mes (30 días) | Suministro a largo plazo (60 o 90 días) | Nivel 1 (genérico preferido) | \$0 | \$0 | Nivel 2 (genérico) | \$0 | \$0 | Nivel 3 (marca preferido) | \$47 | n/a | Nivel 4 (marca no es preferido) | \$100 | n/a | Nivel 5 (especializado) | 33% | n/a | Nivel 6 (suplementario) | \$0 | n/a | Nivel del Medicamento | Suministro de un mes (34 días) | Suministro a largo plazo (60 o 90 días) | Nivel 1 (genérico preferido) | \$0 | n/a | Nivel 2 (genérico) | \$0 | n/a | Nivel 3 (marca preferido) | \$47 | n/a | Nivel 4 (marca no es preferido) | \$100 | n/a | Nivel 5 (especializado) | 33% | n/a | Nivel 6 (suplementario) | \$0 | n/a |
| Nivel del Medicamento | Suministro de un mes (30 días) | Suministro a largo plazo (60 o 90 días) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Nivel 1 (genérico preferido) | \$0 | \$0 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Nivel 2 (genérico) | \$0 | \$0 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Nivel 3 (marca preferido) | \$42 | n/a | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Nivel 4 (marca no es preferido) | \$95 | n/a | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Nivel 5 (especializado) | 33% | n/a | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Nivel 6 (suplementario) | \$0 | n/a | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Nivel del Medicamento | Suministro de un mes (30 días) | Suministro a largo plazo (60 o 90 días) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Nivel 1 (genérico preferido) | \$0 | \$0 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Nivel 2 (genérico) | \$0 | \$0 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Nivel 3 (marca preferido) | \$47 | n/a | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Nivel 4 (marca no es preferido) | \$100 | n/a | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Nivel 5 (especializado) | 33% | n/a | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Nivel 6 (suplementario) | \$0 | n/a | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Nivel del Medicamento | Suministro de un mes (34 días) | Suministro a largo plazo (60 o 90 días) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Nivel 1 (genérico preferido) | \$0 | n/a | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Nivel 2 (genérico) | \$0 | n/a | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Nivel 3 (marca preferido) | \$47 | n/a | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Nivel 4 (marca no es preferido) | \$100 | n/a | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Nivel 5 (especializado) | 33% | n/a | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Nivel 6 (suplementario) | \$0 | n/a | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

| Beneficios de la Parte D | Este plan cubre lo siguiente: |
|---|---|
| Etapa sin cobertura | <p>Durante esta etapa, usted continúa pagando \$0 por medicamentos genéricos preferidos en el Nivel 1 y medicamentos genéricos en el Nivel 2 por un suministro de 30 días y hasta un suministro de 90 días en una farmacia minorista preferida, farmacia de pedidos por correo y farmacia minorista estándar; y para un suministro de 34 días en una farmacia de cuidado a largo plazo (LTC). Usted paga hasta el 25% del precio negociado por los medicamentos en los niveles 3, 4 y 5.</p> <p>Usted se queda en esta etapa hasta que sus costos totales de medicamentos pagados por usted alcancen el límite de gastos de bolsillo (TrOOP).</p> |
| Etapa de Cobertura Catastrófica | <p>\$7,050 es el límite de gastos de bolsillo (TrOOP, por sus siglas en ingles).</p> <p>Usted ingresa a esta etapa cuando sus costos totales de medicamentos pagados por usted alcanzan el monto máximo anual de desembolso personal (TrOOP) durante la Etapa de período sin cobertura. Si alcanza la etapa de cobertura catastrófica, usted se queda en esta etapa hasta el final del año calendario.</p> <p>Durante esta etapa, usted paga el mayor del cualquier de los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • \$3.95 para un medicamento genérico/medicamento preferido de varios fabricantes y \$9.85 para los medicamentos de marca; o • 5% del costo (el monto que sea mayor entre estas opciones). <p>Nuestro plan paga el resto del costo.</p> |
| <p>Nota: Usted paga \$0 para los excluidos de la Parte D en el Nivel 6 (medicamentos genéricos y de marca suplementarios) durante las cuatro etapas.</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.

| Beneficios Médicos Adicionales | Este plan cubre lo siguiente: |
|--|--|
| Acupuntura^{1,2} | \$0 copago <ul style="list-style-type: none"> • 12 tratamientos cada año |
| Atención quiropráctica | \$0 copago <ul style="list-style-type: none"> • 12 consultas de atención de rutina cada año |
| Cuidado de los pies (podología)¹ | \$0 copago <ul style="list-style-type: none"> • Una consulta de atención de rutina cada tres meses • Medicare también cubre otros cuidados rutinarios para ciertas condiciones médicas que afectan a los pies |
| Cuidado de salud en el domicilio^{1,2} | \$0 copago <ul style="list-style-type: none"> • Servicios de atención médica a domicilio cubiertos por Medicare |
| Servicios de diálisis^{1,2} y educación sobre enfermedades renales | \$0 copago <ul style="list-style-type: none"> • Tratamiento de diálisis y capacitación para auto diálisis • Servicios de educación sobre enfermedad renal |
| Servicios de rehabilitación para pacientes ambulatorios^{1,2} | \$0 copago <ul style="list-style-type: none"> • Rehabilitación cardíaca y cardíaca intensiva • Rehabilitación pulmonar • Terapia de ejercicios supervisada para servicios relacionados con la enfermedad arterial periférica sintomática. <p>\$15 copago</p> <ul style="list-style-type: none"> • Terapia de patología del habla y del lenguaje y terapia ocupacional |
| Servicios para el abuso de sustancias y opioides^{1,2} | \$0 copago <ul style="list-style-type: none"> • Servicios ambulatorios para terapia individual o grupal para el tratamiento del abuso de sustancias y la dependencia de opioides |
| Equipos médicos durables (DME) y suministros médicos/ de diabetes¹ | \$0 copago <ul style="list-style-type: none"> • Dispositivos prostéticos y otros suministros médicos • Zapatos o plantillas terapéuticos • 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> \$0 copago <ul style="list-style-type: none"> • Medidor continuo de glucosa (CGMs, por sus siglas en inglés) • Suministros y servicios para personas diabéticas <p><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></p> |

| Otros beneficios médicos y de bienestar | Este plan ofrece: |
|--|---|
| Medicina alternativa: masaje terapéutico^{1,2} | \$0 copago <ul style="list-style-type: none"> • 24 sesiones de masaje terapéutico cada año |
| Terapia alternativa: Plasma rico en plaquetas (PRP) para el control del dolor por osteoartritis^{1,2} | \$0 copago <ul style="list-style-type: none"> • 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. |
| Beneficio de acondicionamiento físico SilverSneakers® | \$0 copago <ul style="list-style-type: none"> • Acceso a todas las instalaciones básicas de los centros participantes • Apoyo de instructores certificados y acceso a clases grupales • Videos con ejercicios a través del sitio web de SilverSneakers® |
| Beneficio de nutrición/dieta y educación sobre la salud^{1,2} | \$0 copago <ul style="list-style-type: none"> • Asesoramiento sobre nutrición ilimitado en un entorno individual o grupal por parte de un profesional de la nutrición si se considera médicamente necesario • Otros servicios de educación sobre la salud en relación con una enfermedad o afección específica |
| Comidas saludables: después del alta médica^{1,2} | \$0 copago <ul style="list-style-type: none"> • Se entregan tres comidas al día durante dos semanas 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. |
| Línea de ayuda de enfermería | \$0 copago <ul style="list-style-type: none"> • Hable directamente con un enfermero registrado para inquietudes relacionadas con la salud • Acceso las 24 horas 7 días de la semana a través de nuestro número de teléfono gratuito de Servicios para Afiliados |
| Artículos de venta libre (OTC, por sus siglas en inglés) | \$0 copago <ul style="list-style-type: none"> • Medicamentos de venta libre (OTC) y otros productos aprobados por el plan \$25 máximo de beneficio mensual para sus artículos OTC. |

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 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 revise 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

- 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).

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 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.

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

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).



1.877.336.2069 | 1.877.206.0500 / TTY:711

9250 West Flagler Street, Suite 600. Miami, FL 33174
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.