



2021

Resumen de Beneficios

MediMax (HMO) | 006

Condados de Miami-Dade y Broward



# HealthSun MediMax (HMO)

## 2021 Resumen de Beneficios

En este folleto, le brinda un resumen de los beneficios médicos y los beneficios para medicamentos recetados cubiertos por **HealthSun MediMax (HMO) en los Condados de Miami-Dade y Broward** desde el 1 de enero del 2021 hasta el 31 de diciembre del 2021. 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 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 y Medicare Parte B, y viva **en el Condado de Miami-Dade o en el Condado de Broward**.

### ¿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) 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 2021. 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 MediMax (HMO) - Condado de Miami-Dade y Broward</b>	
<b>Prima mensual</b>	<b>\$30.80.</b> Debe continuar pagando su prima de Medicare Parte B.
<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.
<b>Nota:</b> Los servicios marcados con <sup>1</sup> requieren autorización previa y <sup>2</sup> requieren referido.	

Servicios médicos	Este plan cubre lo siguiente:
<b>Atención para pacientes Hospitalizados<sup>1,2</sup></b>	<p><b>\$0 copago por estadia</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Atención aguda para pacientes hospitalizados</li> </ul> <p><b><i>Días adicionales ilimitados para estadias cubiertas por Medicare.</i></b></p>
<b>Atención en el hospital para paciente ambulatorio<sup>1,2</sup></b>	<p><b>\$0 copago</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Cirugía ambulatoria</li> <li>• Servicios de observación (no requiere referido)</li> <li>• Otros servicios ambulatorios facturados por el hospital</li> </ul>
<b>Centro quirúrgico ambulatorio<sup>1,2</sup></b>	<p><b>\$0 copago</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Servicios quirúrgicos en un centro quirúrgico ambulatorio</li> </ul>
<b>Consultas médicas: médico de cabecera y especialistas<sup>1,2</sup></b>	<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<sup>1,2</sup></b>	<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 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 y de urgencia 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><i>\$100,000 beneficio máximo de cobertura en todo el mundo para atención de emergencia/urgente y transporte de emergencia 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 (1) examen de audición de rutina por año</li> <li>• Un (1) ajuste y evaluación para la audición por año</li> <li>• Audífonos (todos los tipos)</li> </ul> <p><b><i>\$1,500 de beneficio cada dos años para audífonos (ambos oídos combinados).</i></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 (2) exámenes bucales por año</li> <li>• Dos (2) limpiezas por año</li> <li>• Dos (2) tratamientos con fluoruro por año</li> <li>• Dos (2) radiografías de aleta de mordida por año</li> <li>• Una (1) radiografía de boca completa cada (3) años</li> </ul> <p><b>Servicios dentales integrales (no rutinarios):</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Dos (2) coronas por año</li> <li>• Dos (2) endodoncias por año</li> <li>• Cuatro (4) servicios de restauración (hasta cuatro (4) dientes) por año</li> <li>• Cuatro (4) extracciones por año</li> <li>• Un (1) raspado y alisado radicular por cuadrante por año</li> <li>• Un (1) desbridamiento de boca completa cada 24 meses consecutivos</li> <li>• Una (1) prótesis dental superior completa cada (3) años</li> <li>• Una (1) prótesis dental inferior completa cada (3) años</li> <li>• Una (1) prótesis dental parcial cada (3) años</li> <li>• Cirugía oral/maxilofacial y otros servicios dentales</li> </ul> <p><b><i>\$4,000 de beneficio cada año para todos los servicios dentales.</i></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 (1) examen de la vista de rutina por año</li> <li>• Artículos para la visión: lentes de contacto, anteojos (marcos y lentes), lentes de anteojos y marco de anteojos</li> </ul> <p><b><i>\$400 de beneficio cada año para todos los artículos de la visión.</i></b></p>

Servicios médicos	Este plan cubre lo siguiente:
<b>Atención de la salud mental<sup>1,2</sup></b>	<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</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>
<b>Centro de enfermería especializada (SNF, por sus siglas en inglés)<sup>1,2</sup></b>	<p><b>\$0 copago por estadía</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Nuestro plan cubre hasta 100 días por cada período de beneficio</li> </ul> <p><b>No se requiere hospitalización previa</b></p>
<b>Terapia física<sup>1,2</sup></b>	<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>
<b>Ambulancia<sup>1</sup></b>	<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>
<b>Transporte<sup>1,2</sup></b>	<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>
<b>Medicamentos de la Parte B de Medicare<sup>1</sup></b>	<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>20% del costo total</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>

Beneficios de la Parte D	Este plan cubre lo siguiente:																																										
<p><b>Etapa del deducible</b></p>	<p><b>\$445 es el deducible de la Parte D de este plan.</b></p> <p>Durante esta etapa, usted paga el costo total de los medicamentos cubiertos. <b>Usted se queda en esta etapa hasta</b> que sus costos totales de medicamentos pagados por usted <b>alcancen el deducible.</b></p> <p><i>Si usted recibe “Ayuda Extra” de Medicare, su deducible de la Parte D se puede reducir según su nivel de categoría de “Ayuda adicional”.</i></p>																																										
<p><b>Etapa de cobertura inicial</b></p>	<p><b>\$4,130 es el límite de cobertura inicial (ICL, por sus siglas en inglés).</b></p> <p>Durante esta etapa, usted paga un costo compartido de sus medicamentos cubiertos.</p> <p><b>Usted se queda en esta etapa hasta</b> que sus costos totales de medicamentos pagados tanto por usted y por el plan <b>alcancen el ICL.</b></p> <p><i>Si usted recibe “Ayuda Extra” de Medicare, usted paga lo que sea menor entre su costo compartido del plan o el costo compartido del subsidio por bajos ingresos (LIS, por sus siglas en inglés), según el nivel de su categoría de “Ayuda adicional”.</i></p> <p><b>Farmacia Minorista Estándar o de Pedido por Correo</b></p> <table border="1" data-bbox="373 1024 1523 1346"> <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>25%</td> <td>25%</td> </tr> <tr> <td>Nivel 2 (genérico)</td> <td>25%</td> <td>25%</td> </tr> <tr> <td>Nivel 3 (marca preferido)</td> <td>25%</td> <td>n/a</td> </tr> <tr> <td>Nivel 4 (marca no es preferido)</td> <td>25%</td> <td>n/a</td> </tr> <tr> <td>Nivel 5 (especializado)</td> <td>25%</td> <td>n/a</td> </tr> <tr> <td>Nivel 6 (suplementario)</td> <td>\$0</td> <td>n/a</td> </tr> </tbody> </table> <p><b>Farmacia de Atención a Largo Plazo (LTC, por sus siglas en inglés)</b></p> <table border="1" data-bbox="373 1430 1523 1751"> <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>25%</td> <td>n/a</td> </tr> <tr> <td>Nivel 2 (genérico)</td> <td>25%</td> <td>n/a</td> </tr> <tr> <td>Nivel 3 (marca preferido)</td> <td>25%</td> <td>n/a</td> </tr> <tr> <td>Nivel 4 (marca no es preferido)</td> <td>25%</td> <td>n/a</td> </tr> <tr> <td>Nivel 5 (especializado)</td> <td>25%</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)	25%	25%	Nivel 2 (genérico)	25%	25%	Nivel 3 (marca preferido)	25%	n/a	Nivel 4 (marca no es preferido)	25%	n/a	Nivel 5 (especializado)	25%	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)	25%	n/a	Nivel 2 (genérico)	25%	n/a	Nivel 3 (marca preferido)	25%	n/a	Nivel 4 (marca no es preferido)	25%	n/a	Nivel 5 (especializado)	25%	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)	25%	25%																																									
Nivel 2 (genérico)	25%	25%																																									
Nivel 3 (marca preferido)	25%	n/a																																									
Nivel 4 (marca no es preferido)	25%	n/a																																									
Nivel 5 (especializado)	25%	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)	25%	n/a																																									
Nivel 2 (genérico)	25%	n/a																																									
Nivel 3 (marca preferido)	25%	n/a																																									
Nivel 4 (marca no es preferido)	25%	n/a																																									
Nivel 5 (especializado)	25%	n/a																																									
Nivel 6 (suplementario)	\$0	n/a																																									

Beneficios de la Parte D	Este plan cubre lo siguiente:
<p><b>Etapa sin cobertura</b></p>	<p><b>\$6,550 es el límite de gastos de bolsillo (TrOOP, por sus siglas en ingles).</b></p> <p>Durante esta etapa, usted paga el <b>25%</b> del precio negociado para los medicamentos de marca y no más del <b>25%</b> del costo de los medicamentos genéricos.</p> <p><b>Usted se queda en esta etapa hasta</b> que sus costos totales de medicamentos pagados por usted <b>alcancen el límite de gastos de bolsillo (TrOOP).</b></p> <p><i>Si usted recibe “Ayuda Extra” de Medicare, continuará pagando el costo compartido del Subsidio por bajos ingresos (LIS) por sus medicamentos cubiertos.</i></p>
<p><b>Etapa de Cobertura Catastrófica</b></p>	<p>Usted ingresa a esta etapa después de haber alcanzado el límite de gastos del bolsillo (TrOOP, por sus siglas en ingles).</p> <p>Durante esta etapa, usted <b>paga el mayor</b> del cualquier de los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>\$3.70</b> para un medicamento genérico/medicamento preferido de varios fabricantes y <b>\$9.20</b> para los medicamentos de marca; o</li> <li>• <b>5% del costo</b> (el monto que sea mayor entre estas opciones).</li> </ul> <p><b>Nuestro plan paga el resto del costo.</b></p> <p><b>Usted se queda en esta etapa hasta el final del año calendario.</b></p> <p><i>Si usted recibe “Ayuda Extra” de Medicare, sus costos para los medicamentos cubiertos dependerán de su nivel de “Ayuda Extra”.</i></p>
<p><b>Nota: Usted paga \$0 para los medicamentos genéricos y de marca excluidos de la Parte D en el Nivel 6 (medicamentos suplementaros) durante las cuatro etapas.</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 disponibles a través de los servicios de pedido por correo de nuestro plan están marcados como “venta por correo” 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 estándar dentro de la red. En estas situaciones, averigüe primero si hay una farmacia de la red cerca de usted.

<b>Beneficios 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 por año</li> </ul>
<b>Medicina alternativa: masaje terapéutico<sup>1,2</sup></b>	<b>\$0 copago</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 24 sesiones de masaje terapéutico al año</li> </ul>
<b>Terapia alternativa: Plasma rico en plaquetas (PRP) para el control del dolor por osteoartritis<sup>1,2</sup></b>	<b>\$0 copago</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Dos (2) tratamientos por año aplicados a una parte del cuerpo por no más de tres (3) meses consecutivos</li> </ul> <p>Las inyecciones de plasma rico en plaquetas para el control del dolor por osteoartritis están disponibles para tratar o aliviar el impacto de la enfermedad o lesión. Antes de iniciar el tratamiento, se debe realizar un examen físico y se debe obtener confirmación a través de estudios diagnóstico por imágenes.</p>
<b>Atención quiropráctica</b>	<b>\$0 copago</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 12 consultas de atención de rutina por año</li> <li>• Servicios de quiropráctica cubiertos por Medicare</li> </ul>
<b>Cuidado de los pies (podología)<sup>1,2</sup></b>	<b>\$0 copago</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Una (1) consulta de atención de rutina cada tres (3) meses</li> <li>• Servicios de podología cubiertos por Medicare</li> </ul>
<b>Servicios para enfermedad renal<sup>1,2</sup></b>	<b>\$0 copago</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Tratamiento de diálisis</li> <li>• Capacitación para auto diálisis</li> <li>• Servicios de educación sobre enfermedad renal</li> </ul>
<b>Equipos médicos (DME) y suministros médicos<sup>1</sup></b>	<b>\$0 copago</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Equipo médico duradero, que incluye ácidos hialurónicos</li> <li>• Dispositivos prostéticos y otros suministros médicos</li> <li>• Zapatos o plantillas terapéuticos y</li> <li>• Medidor continuo de glucosa (CGM's, por sus siglas en inglés)</li> <li>• Suministros para personas diabéticas</li> </ul> <p>Freestyle Libre son los Monitores continuos de glucosa (CGM's) preferidos por este plan. Los glucómetros, las tiras reactivas de sangre y las lancetas se limitan a los siguientes fabricantes: Precision, TrueMatrix, TrueTest, Contour, Ascensia, Freestyle.</p>
<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>• Fisioterapia, terapia de patología del habla y del lenguaje y terapia ocupacional</li> <li>• Servicios relacionados con el abuso de sustancias</li> <li>• Tratamiento contra la dependencia a opioides en terapia individual y grupal</li> </ul>



Beneficios Adicionales	Este plan cubre lo siguiente:
<b>Beneficio de acondicionamiento físico SilverSneakers®</b>	<b>\$0 copago</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Acceso a membresías a todas las instalaciones básicas de los centros participantes</li> <li>• Apoyo de instructores certificados, acceso a clases grupales para el nivel de ejercitación deseado y consejos sobre salud y nutrición</li> <li>• Videos con ejercicios a través del sitio web de SilverSneakers®</li> </ul>
<b>Comidas saludables: después del alta médica<sup>1,2</sup></b>	<b>\$0 copago</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Tres (3) comidas nutritivas congeladas, precocinadas y entregadas cada día sin costo durante dos (2) semanas (hasta 42 comidas) después de una noche de estadía en el hospital o centro de enfermería, o después de una cirugía con una estadía en el hospital como paciente interno.</li> </ul>
<b>Comidas saludables: Beneficio suplementario especial para personas con enfermedades crónicas<sup>1,2</sup></b>	<b>\$0 copago</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Hasta 15 comidas por mes por un total de 180 comidas por año calendario</li> <li>• Las comidas se pueden entregar o proporcionar en las ubicaciones aprobadas por el plan</li> </ul> <p>Programa de comidas proporcionado para personas con una enfermedad/afección crónica. Se requiere una evaluación nutricional realizada por personal con licencia o certificación. Se requiere la participación en un programa de administración de la atención. <b>El método de entrega de comidas requerirá autorización previa.</b></p>
<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>Línea de ayuda de enfermería</b>	<b>\$0 copago</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Hable directamente con un enfermero registrado para resolver 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>Beneficio de nutrición/dieta y educación sobre la salud</b>	<b>\$0 copago</b> <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>
<b>Artículos de venta libre (OTC, por sus siglas en inglés)</b>	<b>\$0 copago</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Medicamentos de venta libre (OTC) aprobados por el plan</li> <li>• Otros productos incluidos en el Formulario de OTC aprobado por el plan</li> </ul> <p><b>\$76 beneficio máximo para artículos OTC cada mes.</b></p>
<b>Atención a domicilio personal para prevención de readmisión<sup>1,2</sup></b>	<b>\$0 copago</b> <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 en el hogar realizado por un profesional de la salud calificado para verificar que no haya riesgos de lesiones, conciliar sus medicamentos e identificar los requisitos de apoyo para las actividades de la vida diaria adicionales y las actividades instrumentales de la vida diaria. <b>Una vez recibida la aprobación, usted es elegible para recibir hasta 16 horas de apoyo en el hogar y asistencia de relevo para el cuidador.</b> Las horas de apoyo se deben usar en intervalos de dos horas (hasta 4 horas por día). Máximo de dos admisiones por año</li> </ul>

## 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 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

- 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 2022.
- 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](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 **2021** está actualmente **disponible en nuestro sitio web desde el 1 de octubre de 2020 hasta el 31 de diciembre de 2021**.

Llame a nuestro Departamento de Servicios para Miembros 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. TTY 877-206-0500. If you believe that HealthSun has failed to provide these services or discriminated in another way on the basis of race, color, national origin, age, disability, or sex, you can file a grievance with:

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

## **Discriminación Es Contra La Ley**

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

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

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

Departamento de Quejas  
3250 Mary Street, Suite 400,  
Coconut Grove, FL 33133,  
T. 877-336-2069 (TTY: 877-206-0500) F. 305-234-9275  
E-mail: [HScivilrights@healthsun.com](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 Miembro está a su disposición para brindársela. También puede presentar un reclamo de derechos civiles ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios de EE. UU. de manera electrónica a través del Complaint Portal, disponible en <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, o bien, por correo postal a la siguiente dirección o por teléfono: U.S. Department of Health and Room 509F, HHH Building Washington, DC 20201 800-368-1019, (TDD: 800-537-7697). Puede obtener los formularios de reclamo en el sitio web <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.

## Multi-language Interpreter Services / Servicios de Intérprete Multilingüe

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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





3250 Mary Street, Suite 400  
Coconut Grove, FL 33133

1.877.336.2069 | 1.877.206.0500 / TTY: 711 | [HealthSun.com](https://www.healthsun.com)