

HealthSunHealthAdvantage Plan (HMO) ofrecido por HealthSun Health Plans

Aviso anual de cambios para 2023

Actualmente, está inscrito como miembro de HealthSun HealthAdvantage Plan (HMO). El próximo año, se aplicarán algunos cambios en los costos y beneficios del plan. **Consulte la página 4 para ver el Resumen de los costos importantes, incluida la Prima.**

Este documento incluye información sobre los cambios en su plan. Para obtener más información sobre costos, beneficios o normas, revise la *Evidencia de Cobertura* disponible en nuestro sitio web www.healthsun.com. También puede llamar a Servicios para Miembros para solicitarnos que le enviemos por correo postal una *Evidencia de Cobertura*.

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

Qué debe hacer ahora

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

- Verifique los cambios en nuestros beneficios y costos para saber si lo afectan.
 - Consulte los cambios a los costos de la atención médica (médico, hospital).
 - Consulte los cambios en nuestra cobertura de medicamentos, incluidos los requisitos de autorización y costos.
 - Reflexione sobre cuánto gastará en primas, deducibles y costos compartidos.
- Verifique los cambios en la lista de medicamentos de 2023 para asegurarse de que los medicamentos que toma actualmente siguen estando cubiertos.
- Verifique si sus médicos de atención primaria, especialistas, hospitales y otros proveedores, incluidas las farmacias, se encontrarán en nuestra red el próximo año.
- Piense si está satisfecho con nuestro plan.

2. COMPARE: Infórmese sobre otras opciones de planes.

- Verifique la cobertura y los costos de los planes en su área. Use el Localizador de planes de Medicare en el sitio web www.medicare.gov/plan-compare o revise la lista en el dorso de su manual *Medicare y Usted 2023*.
- Una vez que encuentre un plan de su preferencia, confirme los costos y la cobertura en el sitio web del plan.

3. **ELIJA:** Decida si desea cambiar su plan.

- Si no se inscribe en otro plan para el 7 de diciembre de 2022, será inscrito en HealthSun HealthAdvantage Plan (HMO).
- Para cambiarse a **otro plan**, puede hacerlo desde el 15 de octubre hasta el 7 de diciembre. Su nueva cobertura comenzará el **1 de enero de 2023**. Esto finalizará su inscripción con HealthSun HealthAdvantage Plan (HMO).
- Si se mudó a una residencia, vive actualmente o dejó de vivir allí recientemente (como un centro de enfermería especializada o un hospital para cuidado a largo plazo) puede cambiarse de plan o cambiarse a Medicare Original (con o sin un plan de medicamentos recetados por separado de Medicare) en cualquier momento.

Recursos adicionales

- Este documento está disponible de forma gratuita en inglés. ATTENTION: If you speak English, free language assistance services are available to you. Call 1-877-336-2069 (TTY: 1-877-206-0500).
- Comuníquese con Servicios para Miembros al 1-877-336-2069 para obtener información adicional. (Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-206-0500.) Nuestro horario de atención es de 8 a. m. a 8 p. m. Desde el 1 de octubre hasta el 31 de marzo, atendemos los siete días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m. El horario de atención desde el 1 de abril hasta el 30 de septiembre es de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m.
- Este documento está disponible en otros formatos, como Braille, letra grande u otros formatos alternativos.
- **La cobertura de este plan califica como cobertura de salud calificada (QHC)** y cumple con el requisito de responsabilidad individual compartida de la Ley de Protección al Paciente y de la Atención de Salud a Bajo Precio (ACA). Visite el sitio web del Servicio de Impuestos Internos (IRS) www.irs.gov/Affordable-Care-Act/Individuals-and-Families para obtener más información.

Acerca de HealthSun HealthAdvantage Plan (HMO)

- HealthSun Health Plans es un plan HMO con un contrato de Medicare. La inscripción en HealthSun Health Plans depende de la renovación del contrato.
- En este folleto, los términos “nosotros”, “nos” o “nuestro/a” hacen referencia a HealthSun Health Plans. Los términos “plan” o “nuestro plan”, hacen referencia a HealthSun HealthAdvantage Plan (HMO) (Patrocinador del Plan/la Parte D).

H5431_2023ANOC012_M

Aviso anual de cambios para 2023

Índice

Resumen de costos importantes para 2023	4
SECCIÓN 1 Cambios en los beneficios y costos para el próximo año	5
Sección 1.1 – Cambios en la prima mensual	5
Sección 1.2 – Cambios en el monto máximo de bolsillo	5
Sección 1.3 – Cambios en la Red de proveedores y Red de farmacias	5
Sección 1.4 – Cambios en los beneficios y costos de los servicios médicos.....	6
Sección 1.5 – Cambios en la cobertura de medicamentos recetados de la Parte D	7
SECCIÓN 2 Cambios administrativos	10
SECCIÓN 3 Cómo decidir qué plan elegir	10
Sección 3.1 – Si desea seguir inscrito en HealthSun HealthAdvantage Plan (HMO)	10
Sección 3.2 – Si desea cambiar de plan	10
SECCIÓN 4 Plazo para el cambio de plan	11
SECCIÓN 5 Programas que ofrecen consejería gratuita sobre Medicare	12
SECCIÓN 6 Programas que ayudan a pagar los medicamentos recetados	12
SECCIÓN 7 ¿Tiene preguntas?	13
Sección 7.1 – Cómo puede recibir ayuda de HealthSun HealthAdvantage Plan (HMO).....	13
Sección 7.2 – Cómo obtener ayuda de Medicare.....	14

Resumen de costos importantes para 2023

La tabla a continuación compara los costos en 2022 y 2023 para HealthSun HealthAdvantage Plan (HMO) en varias áreas importantes. **Tenga en cuenta que esto es solo un resumen de costos.**

Costo	2022 (este año)	2023 (próximo año)
Prima mensual del plan* * Su prima puede ser mas que este monto. Consulte la Sección 1.1 para obtener detalles.	\$0	\$0
Monto máximo de bolsillo Este es el monto <u>máximo</u> que pagará de su bolsillo por los servicios cubiertos de la Parte A y de la Parte B. (Consulte la Sección 1.2 para obtener más detalles).	\$2,500	\$2,500
Visitas al consultorio médico	Visitas de atención primaria: \$0 por visita Visitas a especialistas: \$0 por visita	Visitas de atención primaria: \$0 por visita Visitas a especialistas: \$0 por visita
Hospitalizaciones	Atención aguda: copago de \$0 Atención psiquiátrica: copago de \$0	Atención aguda: copago de \$0 Atención psiquiátrica: copago de \$0
Cobertura de medicamentos recetados de la Parte D (Consulte la Sección 1.5 para obtener más detalles).	Deducible: \$0 Copago/coseguro durante la etapa de cobertura inicial: Farmacia minorista preferida • Nivel de medicamentos 1: \$0 • Nivel de medicamentos 2: \$0 • Nivel de medicamentos 3: \$0 • Nivel de medicamentos 4: \$30 • Nivel de medicamentos 5: 33% • Nivel de medicamentos 6: \$0 Farmacia minorista estándar • Nivel de medicamentos 1: \$0 • Nivel de medicamentos 2: \$0 • Nivel de medicamentos 3: \$20 • Nivel de medicamentos 4: \$35 • Nivel de medicamentos 5: 33% • Nivel de medicamentos 6: \$0	Deducible: \$0 Copago/coseguro durante la etapa de cobertura inicial: Farmacia minorista preferida • Nivel de medicamentos 1: \$0 • Nivel de medicamentos 2: \$0 • Nivel de medicamentos 3: \$0 • Nivel de medicamentos 4: \$30 • Nivel de medicamentos 5: 33% • Nivel de medicamentos 6: \$0 Farmacia minorista estándar • Nivel de medicamentos 1: \$0 • Nivel de medicamentos 2: \$0 • Nivel de medicamentos 3: \$20 • Nivel de medicamentos 4: \$35 • Nivel de medicamentos 5: 33% • Nivel de medicamentos 6: \$0

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

Sección 1.1 – Cambios en la prima mensual

Costo	2022 (este año)	2023 (próximo año)
Prima mensual (también debe seguir pagando la prima de la Parte B de Medicare).	\$0	\$0

- Su prima mensual del plan será *más* si debe de pagar de por vida una multa por inscripción tardía a la Parte D si se queda sin otra cobertura de medicamentos que sea como mínimo tan buena como la cobertura de medicamentos de Medicare (conocida también como “cobertura acreditable”) durante 63 días o más.
- Si posee ingresos más elevados, es posible que deba pagar un monto adicional por mes directamente al gobierno por su cobertura de medicamentos recetados de Medicare.

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

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

Costo	2022 (este año)	2023 (próximo año)
Monto máximo que paga de su bolsillo Sus costos por los servicios médicos cubiertos (como los copagos) se consideran para el monto máximo de bolsillo. Los costos de los medicamentos recetados no se cuentan para su monto máximo de bolsillo.	\$2,500	\$2,500 Una vez que haya pagado \$2,500 de su bolsillo por los servicios cubiertos de la Parte A y de la Parte B, no pagará nada por los servicios cubiertos de la Parte A y de la Parte B durante el resto del año calendario.

Sección 1.3 – Cambios en la Red de proveedores y Red de farmacias

Encontrará los directorios actualizados también en nuestro sitio web en www.healthsun.com. También puede llamar a Servicios para Miembros para obtener información actualizada sobre los proveedores y/o las farmacias, o para solicitarnos que le enviemos por correo un *directorio*.

El próximo año, habrá cambios en nuestra red de proveedores. **Por favor, examine el Directorio de Proveedores para el año 2023, para ver si sus proveedores (proveedor de atención primaria, especialistas, hospitales, etc.) siguen en nuestra red.**

El próximo año habrá cambios en nuestra red de farmacias. **Por favor, examine el Directorio de Farmacias para el año 2023, para ver cuáles farmacias están en nuestra red.**

Es importante que sepa que podemos realizar cambios en los hospitales, médicos y especialistas (proveedores) y farmacias que forman parte de su plan durante el año. Si lo afecta un cambio de un proveedor a mitad del año, deberá comunicarse con Servicios para Miembros para que podamos asistirlo.

Sección 1.4 – Cambios en los beneficios y costos de los servicios médicos

Estamos cambiando los costos y beneficios para ciertos servicios médicos para el próximo año. La información a continuación describe estos cambios.

Costo	2022 (este año)	2023 (próximo año)
Audífonos	Cubrimos dos audífonos cada dos años . \$1,500 es el beneficio máximo que el plan cubre cada dos años para los audífonos.	Cubrimos dos audífonos cada año . \$2,000 es el beneficio máximo que el plan cubre cada año para los audífonos recetados.
Comidas: Después del alta	Se requiere autorización previa y referido.	No se requiere autorización previa autorización previa y referido. Consulte la <i>Evidencia de Cobertura</i> de 2023 para obtener más detalles.

Costo	2022 (este año)	2023 (próximo año)
Beneficios suplementarios especiales para enfermos crónicos (SSBCI)	<p>Cuidado de la higiene personal Los miembros elegibles tendrán una cobertura de hasta \$25 por mes para el mantenimiento de rutina del cabello y cuero cabelludo (lavado/corte), y de las manos y los pies (tratamiento de uñas).</p> <p>Comestibles saludables El beneficio de comestibles saludables <u>no está</u> cubierto.</p> <p>Se requiere cumplir con los criterios de los Beneficios suplementarios especiales para enfermos crónicos descritos en el Capítulo 4 de la Evidencia de Cobertura.</p>	<p>Cuidado de la higiene personal Los miembros elegibles tendrán una cobertura de hasta \$40 por mes para el mantenimiento de rutina del cabello y cuero cabelludo (lavado/corte), y de las manos y los pies (tratamiento de uñas).</p> <p>Comestibles saludables El beneficio de comestibles saludables está cubierto.</p> <p>Usted paga \$0 de copago.</p> <p>Los miembros elegibles recibirán una asignación mensual de \$50 que podrán utilizar para el pago de una gran variedad de alimentos y productos saludables. Los montos no utilizados no pasarán al próximo mes o año. <i>Se requiere autorización previa.</i></p> <p>Se requiere cumplir con los criterios de los Beneficios suplementarios especiales para enfermos crónicos descritos en el Capítulo 4 de la Evidencia de Cobertura.</p>

Sección 1.5 – Cambios en la cobertura de medicamentos recetados de la Parte D

Cambios en nuestra Lista de medicamentos

Nuestra lista de medicamentos cubiertos se llama Formulario o “Lista de medicamentos”. Se proporciona una copia digital de nuestra Lista de medicamentos. **Puede obtener la Lista de medicamentos completa** llamando a Servicios para Miembros (vea la contraportada) o visitando nuestro sitio web (www.healthsun.com).

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

La mayoría de los cambios en la Lista de medicamentos se realizan al comienzo de cada año. Sin embargo, durante el año, podríamos hacer cambios contemplados por las normas de Medicare. Por ejemplo, podemos quitar inmediatamente medicamentos que se consideren no seguros según la FDA o que un fabricante del producto haya retirado del mercado. Actualizamos nuestra Lista de medicamentos en línea para brindar la lista de medicamentos más actualizada.

Si lo afecta algún cambio en la cobertura de medicamentos al inicio del año o durante el año, revise el Capítulo 9 de su Evidencia de Cobertura y hable con su médico para conocer sus opciones, como solicitar un suministro temporal, solicitar una excepción y/o ver de buscar un nuevo medicamento. También puede comunicarse con Servicios para Miembros para obtener más información.

Cambios en los costos de los medicamentos recetados

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

Existen cuatro “etapas de pago de un medicamento”.

La información a continuación muestra los cambios en las primeras dos etapas: la Etapa de deducible anual y la Etapa de cobertura inicial. (La mayoría de los miembros no llegan a las otras dos etapas: la etapa de periodo sin cobertura o la etapa de cobertura catastrófica).

Cambios en la etapa del deducible

Etapa	2022 (este año)	2023 (próximo año)
Etapa 1: Etapa de deducible anual	Debido que no tenemos deducible, esta etapa de pago no se aplica a usted.	Debido que no tenemos deducible, esta etapa de pago no se aplica a usted.

Cambios en sus costos compartidos durante la etapa de cobertura inicial

	2022 (este año)	2023 (próximo año)
<p>Etapa 2: Etapa de cobertura inicial</p> <p>En esta etapa, el plan paga la parte del costo de sus medicamentos que le corresponde y usted paga su parte del costo.</p> <p>Los costos en esta columna corresponden a un suministro para un mes (30 días) cuando surte su receta en una farmacia de la red. Para obtener información sobre los costos correspondientes a un suministro a largo plazo o a medicamentos recetados de pedido por correo, consulte el Capítulo 6, Sección 5 de la <i>Evidencia de Cobertura.</i></p> <p>Hemos cambiado el nivel de algunos de los medicamentos de nuestra Lista de medicamentos. Para saber si sus medicamentos cambiaron de nivel, búsquelo en la Lista de medicamentos.</p>	<p>Su costo por el suministro de un mes adquirido en una farmacia de la red con costos compartidos estándar:</p> <p>Nivel 1, Medicamentos genéricos preferidos: <i>Costos compartidos estándar:</i> Usted paga \$0 por receta. <i>Costos compartidos preferidos:</i> Usted paga \$0 por receta.</p> <p>Nivel 2, Medicamentos genéricos: <i>Costos compartidos estándar:</i> Usted paga \$0 por receta. <i>Costos compartidos preferidos:</i> Usted paga \$0 por receta.</p> <p>Nivel 3, Medicamentos de marca preferidos: <i>Costos compartidos estándar:</i> Usted paga \$20 por receta. <i>Costos compartidos preferidos:</i> Usted paga \$0 por receta.</p> <p>Nivel 4, Medicamentos de marca no preferidos: <i>Costos compartidos estándar:</i> Usted paga \$35 por receta. <i>Costos compartidos preferidos:</i> Usted paga \$30 por receta.</p> <p>Nivel 5, Medicamentos especializados: <i>Costos compartidos estándar:</i> Usted paga el 33% del costo total. <i>Costos compartidos preferidos:</i> Usted paga el 33% del costo total.</p> <p>Nivel 6, Medicamentos complementarios: <i>Costos compartidos estándar:</i> Usted paga \$0 por receta. <i>Costos compartidos preferidos:</i></p>	<p>Su costo por el suministro de un mes adquirido en una farmacia de la red con costos compartidos estándar:</p> <p>Nivel 1, Medicamentos genéricos preferidos: <i>Costos compartidos estándar:</i> Usted paga \$0 por receta. <i>Costos compartidos preferidos:</i> Usted paga \$0 por receta.</p> <p>Nivel 2, Medicamentos genéricos: <i>Costos compartidos estándar:</i> Usted paga \$0 por receta. <i>Costos compartidos preferidos:</i> Usted paga \$0 por receta.</p> <p>Nivel 3, Medicamentos de marca preferidos: <i>Costos compartidos estándar:</i> Usted paga \$20 por receta. <i>Costos compartidos preferidos:</i> Usted paga \$0 por receta.</p> <p>Nivel 4, Medicamentos de marca no preferidos: <i>Costos compartidos estándar:</i> Usted paga \$35 por receta. <i>Costos compartidos preferidos:</i> Usted paga \$30 por receta.</p> <p>Nivel 5, Medicamentos especializados: <i>Costos compartidos estándar:</i> Usted paga el 33 % del costo total. <i>Costos compartidos preferidos:</i> Usted paga el 33% del costo total.</p> <p>Nivel 6, Medicamentos complementarios: <i>Costos compartidos estándar:</i> Usted paga \$0 por receta. <i>Costos compartidos preferidos:</i></p>

	2022 (este año)	2023 (próximo año)
	Usted paga \$0 por receta.	Usted paga \$0 por receta.
	Una vez que el total de costos de medicamentos alcance los \$4,430 , pasará a la próxima etapa (la etapa sin cobertura).	Una vez que el total de costos de medicamentos alcance los \$4,660 , pasará a la próxima etapa (la etapa sin cobertura).

Mensaje importante sobre lo que usted paga por las vacunas - nuestro plan cubre la mayoría de las vacunas de la Parte D sin costo alguno para usted. Llame a Servicios para miembros para obtener más información.

Mensaje importante sobre lo que usted paga por la insulina - no pagará más de \$35 por un suministro de un mes de cada producto de insulina cubierto por nuestro plan, sin importar en qué nivel de costo compartido se encuentre.

SECCIÓN 2 Cambios administrativos

Descripción	2022 (este año)	2023 (próximo año)
Administrador de beneficios de farmacia (PBM)	Su administrador de beneficios de farmacia es IngenioRx.	Su administrador de beneficios de farmacia es CarelonRx. Este cambio de nombre no afectará sus beneficios ni la forma de surtir su receta.

SECCIÓN 3 Cómo decidir qué plan elegir

Sección 3.1 – Si desea seguir inscrito en HealthSun HealthAdvantage Plan (HMO)

Para continuar inscrito en nuestro plan, no debe hacer nada. Si no se inscribe en otro plan diferente ni se cambia a Medicare Original antes del 7 de diciembre, será inscrito automáticamente en nuestro plan HealthSun HealthAdvantage (HMO).

Sección 3.2 – Si desea cambiar de plan

Esperamos que continúe siendo miembro de nuestro plan en 2023; pero si desea cambiar, siga estos pasos:

Paso 1: Conozca y compare sus opciones

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

Para obtener más información acerca de Medicare Original y los diferentes tipos de planes de Medicare, use el Localizador de planes de Medicare (www.medicare.gov/plan-compare), lea el manual *Medicare y Usted 2023*, llame al Programa Estatal de Asistencia con el Seguro de Salud (consulte la Sección 5) o llame a Medicare (consulte la Sección 7.2).

Paso 2: Cambie su cobertura

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

SECCIÓN 4 Plazo para el cambio de plan

Si desea cambiar a un plan diferente o a Medicare Original para el próximo año, puede hacerlo desde **el 15 de octubre hasta el 7 de diciembre**. El cambio entrará en vigencia el 1 de enero de 2023.

¿Puedo realizar un cambio en otro momento del año?

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

Si se inscribió en un plan Medicare Advantage para el 1 de enero de 2023 y no le gusta su opción de plan, puede cambiarse a otro plan médico de Medicare (con o sin cobertura de medicamentos recetados de Medicare) o a Medicare Original (con o sin cobertura de medicamentos recetados de Medicare) entre el 1 de enero y el 31 de marzo de 2023.

Si se mudó a una residencia, vive actualmente o dejó de vivir allí recientemente (como un centro de enfermería especializada o un hospital para cuidado a largo plazo) puede cambiar su cobertura de Medicare **en cualquier momento**. Puede cambiarse a cualquier otro plan de salud de Medicare (con o sin cobertura de medicamentos recetados de Medicare) o cambiarse a Medicare Original (con o sin un plan de medicamentos recetados por separado de Medicare) en cualquier momento.

SECCIÓN 5 Programas que ofrecen consejería gratuita sobre Medicare

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

Es un programa estatal que recibe fondos del gobierno federal con el propósito de brindar consejería sobre el seguro de salud, a nivel local y en forma **gratuita**, a quienes tienen Medicare. Los asesores del SHINE pueden atender las preguntas o los problemas que tenga respecto de Medicare. Podrán ayudarlo a entender las opciones de los planes de Medicare y a responder preguntas sobre cómo cambiar de plan. Puede llamar al 1-800-963-5337 (TTY: 1-800-955-8770). Obtenga más información sobre SHINE en su sitio web (www.floridashine.org).

SECCIÓN 6 Programas que ayudan a pagar los medicamentos recetados

Puede calificar para recibir ayuda para pagar los medicamentos recetados.

- **Ayuda Extra (“Extra Help”) de Medicare.** Las personas con ingresos bajos pueden calificar para recibir Ayuda Extra (“Extra Help”) para el pago de los costos de sus medicamentos recetados. Si reúne los requisitos, Medicare podría pagar hasta el 75 % o más de los costos de sus medicamentos, incluidas las primas mensuales para medicamentos recetados, los deducibles anuales y los coseguros. Además, las personas que reúnan los requisitos no tendrán una etapa sin cobertura ni una multa por inscripción tardía. Para saber si reúne los requisitos, llame:
 - Al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048, las 24 horas, los 7 días de la semana.
 - A la Oficina del Seguro Social, al 1-800-772-1213, de lunes a viernes de 8 a. m. a 7 p. m. para hablar con un representante. Los mensajes automáticos están disponibles las 24 horas del día. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-325-0778; o
 - A la Oficina de Medicaid del estado (solicitudes).

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

SECCIÓN 7 ¿Tiene preguntas?

Sección 7.1 – Cómo puede recibir ayuda de HealthSun HealthAdvantage Plan (HMO)

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

Lea la *Evidencia de Cobertura de 2023* (contiene información detallada sobre los beneficios y costos para el próximo año)

Este *Aviso anual de cambios* le ofrece un resumen de cambios en sus beneficios y costos para 2023. Para obtener más información, consulte la *Evidencia de Cobertura de 2023* para HealthSun HealthAdvantage Plan (HMO). La *Evidencia de Cobertura* es la descripción detallada legal de sus beneficios del plan. Explica sus derechos y las normas que debe seguir para recibir servicios cubiertos y medicamentos recetados. Hay una copia de la *Evidencia de Cobertura* disponible en nuestro sitio web www.healthsun.com. También puede llamar a Servicios para Miembros para solicitarnos que le enviemos por correo postal una *Evidencia de Cobertura*.

Visite nuestro sitio web

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

Sección 7.2 – Cómo obtener ayuda de Medicare

Para obtener información directamente de Medicare:

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

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

Visite el sitio web de Medicare

Visite el sitio web de Medicare (www.medicare.gov). Contiene información acerca de los costos, la cobertura y las calificaciones de la calidad para ayudarlo a comparar los planes médicos de Medicare en su área. (Para ver información sobre los planes, visite www.medicare.gov/plan-compare).

Lea *Medicare y Usted 2023*

Lea el manual *Medicare y Usted 2023*. Cada otoño, este folleto se envía por correo a las personas que tienen Medicare. Contiene un resumen de los beneficios, derechos y protecciones de Medicare, y las respuestas a las preguntas más frecuentes acerca de Medicare. Si no dispone de una copia de este documento, puede obtenerla visitando el sitio web de Medicare (<https://www.medicare.gov/Pubs/pdf/10050-medicare-and-you.pdf>) o 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.



Cómo encontrar información importante del plan

Directorio de proveedores y farmacias • Formulario de la Parte D (Lista de Medicamentos cubiertos) • Evidencia de Cobertura (EOC)

Visite nuestro sitio web www.HealthSun.com para encontrar la *Evidencia de Cobertura*, el *Formulario de la Parte D (Lista de medicamentos cubiertos)* y su *Formulario de artículos OTC*. También puede descargar una copia del *Directorio de proveedores y farmacias* o usar la herramienta de búsqueda del directorio en línea que se encuentra en nuestro sitio web para encontrar proveedores de la red y farmacias de la red cerca de usted.

La información de su plan para **2023** se encuentra **disponible en nuestro sitio web desde el 1 de octubre de 2022 hasta el 31 de diciembre de 2023**.

Llame al 1-877-336-2069 (TTY: 1-877-206-0500) para comunicarse con nuestro Departamento de Servicios para Miembros si desea que se le envíe por correo postal o de forma electrónica cualquiera de los documentos que se mencionan en este aviso. También puede enviar un mensaje de correo electrónico a MemberServicesInbox@healthsun.com.

El horario de atención desde el **1 de abril hasta el 30 de septiembre** es de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. (estamos cerrados durante los días feriados nacionales). Desde el **1 de octubre hasta el 31 de marzo**, atendemos los siete días de la semana, de 8 a. m. a 8 p. m. (estamos cerrados el Día de Acción de Gracias y el día de Navidad).

HealthSun Health Plans es un plan HMO con un contrato de Medicare y un contrato de Medicaid con la Agencia de Administración de la Atención de la Salud (Agency for Health Care Administration) del estado de Florida. La inscripción en HealthSun Health Plans depende de la renovación del contrato. El Formulario, la red de farmacias y/o la red de proveedores pueden cambiar en cualquier momento. De ser necesario, le enviaremos un aviso.