

1 de enero de 2023 – 31 de diciembre de 2023

H5431, Plan 017

Condado de Miami-Dade en Florida

La información sobre beneficios incluida en este Resumen de Beneficios no enumera todos los servicios que cubrimos ni todas las limitaciones o exclusiones. Para obtener una lista completa de los servicios que cubrimos, llame a Servicios para Miembros de HealthSun al **1-877-336-2069** (TTY: **1-877-206-0500**) y solicite la *Evidencia de Cobertura*, o consulte en línea en www.HealthSun.com.

Nuestros planes Medicare Advantage cubren todo lo que cubre Medicare Original: servicios de la Parte A y Parte B, incluidos los medicamentos de la Parte B (como los de quimioterapia y algunos medicamentos administrados por su proveedor), medicamentos de Medicare Parte D y más.

Algunos de los beneficios adicionales que cubrimos se describen en este Resumen de Beneficios. Para ver la lista completa de medicamentos cubiertos y restricciones, visite nuestro sitio web o llámenos para solicitar el *Formulario (lista de medicamentos cubiertos)*.

¿Quién puede inscribirse?

Para inscribirse en **HealthSun HealthAdvantage Plus (HMO)**, debe cumplir con los siguientes requisitos:

- Tener derecho a Medicare Parte A
- Estar inscrito en Medicare Parte B
- Vivir en el **condado de Miami-Dade, Florida**

Excepto en casos de emergencia, si usa proveedores que no se encuentran dentro de la red del plan, es posible que no paguemos por esos servicios.

Debe usar nuestros proveedores de la red para sus servicios médicos y, en general, usar las farmacias de la red para surtir sus recetas para los medicamentos recetados. Puede encontrar los proveedores y farmacias de la red en nuestro sitio web o bien, llámenos y solicite el *Directorio de proveedores y farmacias*.

Para obtener información sobre la cobertura y los costos de Medicare Original, consulte su manual "**Medicare y Usted**" actual. Puede encontrarlo en línea, en www.medicare.gov, o puede solicitar una copia llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), los 7 días de la semana, las 24 horas del día. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

HealthSun Health Plans es un plan Medicare Advantage 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 el plan depende de la renovación del contrato.

Este documento está disponible en otros formatos alternativos, como Braille, letras grandes o audio. **ATENCIÓN:** Si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística.

Llame al 1-877-336-2069 (TTY: 711).

Para obtener más información llámenos al **1-877-336-2069** (TTY: 1-877-206-0500) o visite nuestro sitio web **www.HealthSun.com**. 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 (estamos cerrados el Día de Acción de Gracias y el día de Navidad). A partir del 1 de abril hasta el 30 de septiembre, nuestro horario es de lunes a viernes (cerrado durante los días feriados nacionales).

H5431_2023SB017_M

¿Qué médicos, hospitales y farmacias puede usar?

HealthSun tiene una red de médicos, hospitales, farmacias y otros proveedores. Debe acceder a 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. Es posible que se requiera autorización previa y un referido de su médico de atención primaria (PCP) antes de que pueda recibir servicios médicos. En general, debe usar farmacias de la red para surtir sus recetas para los medicamentos recetados cubiertos. Algunas de nuestras farmacias de la red ofrecen costos compartidos preferidos. Es posible que pague menos si utiliza 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 Miembros de HealthSun para obtener más información.

Conozca su plan de medicamentos

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

En las siguientes páginas encontrará más información sobre nuestros beneficios del plan.

Los servicios marcados con ¹ pueden requerir autorización previa del plan.

Los servicios marcados con ² pueden requerir un referido de su médico de atención primaria (PCP).

Resumen de beneficios médicos

Prima mensual	\$0. Debe continuar pagando la prima de Medicare Parte B.
Reducción en Medicare Parte B	Nuestro plan cubre hasta \$145 de su prima de Medicare Parte B.
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 recibe de los proveedores de la red. Una vez que alcance este monto, el plan pagará sus servicios cubiertos de la Parte A y de la Parte B durante el resto del año.
Cuidado hospitalario para pacientes internados ^{1,2}	<p>Copago de \$0</p> <ul style="list-style-type: none"> Nuestro plan cubre una cantidad ilimitada de días para servicios de cuidado hospitalario agudos.
Cuidado hospitalario para pacientes ambulatorios ^{1,2}	<p>Copago de \$75</p> <ul style="list-style-type: none"> Cirugía ambulatoria y la mayoría de los demás servicios para pacientes ambulatorios facturados por el hospital <p>Copago de \$0</p> <ul style="list-style-type: none"> Servicios de observación (no se requiere un referido)
Centro quirúrgico ambulatorio ^{1,2}	<p>Copago de \$0</p> <ul style="list-style-type: none"> Servicios quirúrgicos ambulatorios en un centro de cirugía ambulatoria

Resumen de beneficios médicos

Visitas al médico^{1,2}	Copago de \$0 <ul style="list-style-type: none">• Servicios de médico de atención primaria (PCP)• Servicios médicos especializados^{1,2}
Atención preventiva^{1,2}	Copago de \$0 para todos los servicios preventivos cubiertos por Medicare: <ul style="list-style-type: none">• Prueba de detección de aneurisma aórtico abdominal• Prueba de detección del glaucoma• Consejería por abuso del alcohol• Educación sobre salud y bienestar• Examen de densitometría ósea• Prueba de detección del VIH• Prueba de detección de cáncer de mama• Prueba de detección de cáncer de pulmón• Consulta por riesgo de enfermedad cardiovascular• Terapia nutricional médica• Prueba para detectar enfermedades cardiovasculares• Prevención de la diabetes de Medicare• Prueba de detección de cáncer cervical/vaginal• Prueba y consejería de obesidad• Prueba de detección de cáncer colorrectal (o pruebas de detección de enema de bario)• Pruebas de detección de cáncer de próstata (PSA, por sus siglas en inglés)• Prueba de detección de depresión• Examen de tacto rectal• Prueba de detección de diabetes• Prueba de detección y consejería de infecciones de transmisión sexual (STI, por sus siglas en inglés)• Entrenamiento de autoadministración para la diabetes• Consejería para dejar de fumar/tabaquismo• Electrocardiogramas (EKG, por sus siglas en inglés) después de la Visita de bienvenida cubierto por Medicare• Vacunas / inyecciones / otras inmunizaciones• Consulta “Bienvenido a Medicare”

Resumen de beneficios médicos

Atención de emergencia y servicios de urgencia	Copago de \$120
	<ul style="list-style-type: none"> • Servicios de atención de emergencia en los EE. UU.
	Copago de \$0
	<ul style="list-style-type: none"> • Servicios de urgencia en los EE. UU.
	Copago de \$120
	<ul style="list-style-type: none"> • Atención de emergencia mundial, atención urgente mundial y transporte de emergencia mundial. Máximo de \$100,000 de cobertura del beneficio del plan.
	El copago no se aplicará si se lo admiten en el hospital para cuidado de pacientes hospitalizados en el plazo de las 24 horas siguientes.

Servicios de Diagnóstico^{1,2} Laboratorio^{1,2} y diagnóstico por imágenes¹ para paciente ambulatorio	Copago de \$0
	<ul style="list-style-type: none"> • Servicios de laboratorio^{1,2}
	Copago de \$0 el consultorio de un médico o centro de diagnóstico o ambulatorio independiente / un copago de \$75 en un hospital como servicio para pacientes ambulatorios.
	<ul style="list-style-type: none"> • Pruebas y procedimientos de diagnóstico (electrocardiograma, evaluación cardíaca, prueba de función respiratoria, prueba de alergias, prueba psicológica, etc.)^{1,2} • Radiografías y servicios radiológicos de diagnóstico (resonancia magnética [MRI], tomografía computarizada [TC], etc.)¹
	Copago de \$0 el consultorio de un médico o centro de diagnóstico o ambulatorio independiente / un copago de \$60 en un hospital como servicio para pacientes ambulatorios.
	<ul style="list-style-type: none"> • Servicios radiológicos terapéuticos (radioterapia para cáncer)¹

Servicios de audición^{1,2}	Copago de \$0
	<ul style="list-style-type: none"> • Hasta \$2,000 cada año por dos audífonos recetados • Un ajuste y evaluación de audífonos cada año • Un examen de audición de rutina cada año • Exámenes básicos de audición y equilibrio cubiertos por Medicare

Resumen de beneficios médicos

Servicios dentales¹

Copago de \$0

- Hasta \$2,000 cada año por servicios dentales

Servicios dentales preventivos:

- Dos exámenes orales cada año
- Dos limpiezas cada año
- Dos tratamientos de fluoruro cada año
- Una serie de radiografías de aleta de mordida cada seis meses cada año
- Una serie completa de radiografías de boca completa (panorámica) cada tres años

Servicios dentales integrales¹:

- Dos coronas cada año
- Dos tratamientos de conducto cada año
- Cuatro empastes 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 superior completa cada tres años
- Una prótesis inferior completa cada tres años
- Una dentadura postiza parcial cada tres años
- Cirugía oral/maxilofacial y otros servicios dentales cuando se considera médicamente necesario

Servicios de la visión

Copago de \$0

- El plan pagará hasta \$200 para anteojos de rutina (lentes de contacto, anteojos, lentes y marcos)
- Un examen de la vista de rutina cada año.
- Servicios de la visión cubiertos por Medicare

Resumen de beneficios médicos

Cuidado de salud mental^{1,2}

Copago de \$0

- Servicios de especialidad de salud mental para pacientes ambulatorios psiquiátricos o servicios psiquiátricos en sesiones individuales y grupales, incluida la atención en un programa de hospitalización parcial.

Copago de \$0

- Servicios de hospitalización psiquiátrica para pacientes internados
- Nuestro plan tiene un límite de por vida de 190 días para el cuidado de la salud mental para pacientes internados en un hospital psiquiátrico. Este límite no se aplica a los servicios de salud mental prestados a pacientes internados en un hospital general.

Centro de enfermería especializada (SNF)^{1,2}

Copago de \$0

- Días 1 hasta el 20

Copago de \$60 por día

- Días 21 hasta el 100

No se requiere una hospitalización en el hospital previa

Fisioterapia^{1,2}

Copago de \$0

- Servicios de fisioterapia en un centro médico participante

Copago de \$15 por visita

- Servicios de fisioterapia obtenidos en un consultorio médico, centro de rehabilitación u hospital como servicio para pacientes ambulatorios.

Resumen de beneficios médicos

Ambulancia¹

Copago de \$150

- Servicios de ambulancia terrestre
- Servicios de ambulancia aérea

El copago no se aplicará si lo admiten en un hospital, lo trasladan de una institución a otra o si el plan autoriza un traslado de regreso a casa después de ser dado de alta del hospital. Se requiere autorización previa para servicios de ambulancia que no sea de emergencia¹.

Transporte^{1,2}

Copago de \$0

- Viajes ilimitados a lugares relacionados con la salud aprobados por el plan.

Medicamentos de la Parte B de Medicare¹

Copago de \$0

- Medicamentos para quimioterapia/radiación y otros medicamentos de Medicare Parte B administrados en un centro médico participante.

20% del costo

- Medicamentos para quimioterapia/radiación y otros medicamentos de Medicare Parte B obtenidos en un consultorio médico, farmacia u hospital como servicio para pacientes ambulatorios.

Algunos medicamentos de la Parte B son elegibles para terapia escalonada, un proceso que requiere probar otro medicamento antes de pasar al medicamento recetado inicialmente.

Los servicios marcados con ¹ pueden requerir autorización previa del plan. Los servicios marcados con ² pueden requerir un referido de su médico de atención primaria (PCP).

Resumen de beneficios para medicamentos recetados

Mensaje importante sobre lo que usted paga por las vacunas y la insulina - Nuestro plan cubre la mayoría de las vacunas de la Parte D sin costo para usted y 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.

Etapas del deducible Este plan no tiene un deducible de la Parte D.

Etapas de cobertura inicial \$4,660 es el Límite de Cobertura Inicial (ICL) del plan.

Durante esta etapa, usted paga el monto indicado en la tabla a continuación.

Nivel de medicamentos	Farmacias minoristas preferidas y de pedido por correo (suministro para 30 días)	Farmacias minoristas estándar (suministro para 30 días)	Farmacias de cuidado a largo plazo (LTC) (suministro para 34 días)	Farmacias minoristas preferidas, minoristas estándar o de pedido por correo. (suministro para hasta 90 días)
Nivel 1 (Genérico preferido)	\$0	\$0	\$0	\$0
Nivel 2 (Genérico)	\$0	\$0	\$0	\$0
Nivel 3 (Medicamentos de marca preferida)	\$42	\$47	\$47	No cubre un suministro a largo plazo.
Nivel 4 (Medicamentos de marca no preferida)	\$95	\$100	\$100	No cubre un suministro a largo plazo.
Nivel 5 (Medicamentos especializados)	33%	33%	33%	No cubre un suministro a largo plazo.
Nivel 6 (Medicamentos complementarios)	\$0	\$0	\$0	No cubre un suministro a largo plazo.

Cubrimos los medicamentos de la Parte D que se surten en una farmacia fuera 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 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 están disponibles a través del servicio de pedido por correo de nuestro plan están marcados como medicamentos de "NM" en nuestra lista de medicamentos.

Resumen de beneficios para medicamentos recetados

Etapa sin cobertura

Entra en esta etapa después de que su total anual de costos de medicamentos llegue a **\$4,660**.

Durante esta etapa, usted continúa pagando **\$0 por medicamentos cubiertos por el plan en el Nivel 1 (genérico preferido), Nivel 2 (genérico) y Nivel 6 (medicamento suplementarios)**. Debe pagar hasta el 25% del precio negociado por todos los demás medicamentos cubiertos por el plan en el Nivel 3 (marca preferida), Nivel 4 (marca no preferida), y Nivel 5 (medicamento especializado).

Etapa de cobertura catastrófica

Entra en esta etapa después de que su costo de bolsillo anual de costos de medicamentos llegue a **\$7,400**.

Durante esta etapa, puede pagar un coseguro o un copago, el que sea mayor:

- un 5% del costo del medicamento, *o bien*
- \$4.15 por un medicamento genérico o un medicamento que sea tratado como tal, y \$10.35 por todos los demás medicamentos.

Resumen de Beneficios adicionales

Acupuntura ^{1,2}

Copago de \$0

- 12 tratamientos cada año.

**Medicina alternativa:
masaje terapéutico** ^{1,2}

Copago de \$0

- 24 sesiones de masaje terapéutico cada año.

**Terapia alternativa:
plasma rico en
plaquetas (PRP) para
el manejo del dolor
por osteoartritis** ^{1,2}

Copago de \$0

- Inyecciones de plasma rico en plaquetas para el tratamiento de una lesión o enfermedad aplicadas en cualquier parte del cuerpo por hasta tres meses consecutivos y hasta dos veces cada año.

**Cuidados
quiropáticos**

Copago de \$0

- 12 visitas cada año.

**Cuidado de los pies
(Servicios de
podología)** ¹

Copago de \$0

- Una visita cada tres meses.
- Atención de rutina de los pies para ciertas afecciones médicas que afectan los pies.

**Atención de una
agencia de cuidado
médico en el hogar** ^{1,2}

Copago de \$0

- Servicios de un asistente de cuidado médico en el hogar cubiertos por Medicare.

Resumen de Beneficios adicionales

Programa de acondicionamiento físico SilverSneakers®

Copago de \$0

- La membresía a SilverSneakers permite acceso a gimnasios contratados en toda su área. Este programa de acondicionamiento físico es más que una membresía en un gimnasio, y está diseñado específicamente para adultos mayores. Los miembros tienen acceso a instructores que organizan clases grupales de gimnasia preparadas de forma específica, y tienen acceso a equipo para realizar ejercicios y otros servicios.

Educación sobre salud y consejería nutricional

Copago de \$0

- Educación sobre salud para los miembros para quienes se ha identificado una necesidad de educación sobre una enfermedad o afección específica a través de una evaluación de riesgo de salud o un referido de un médico o un referido autogenerado por uno mismo.
- Sesiones sobre consejería nutricional/de dietas brindadas por personal con licencia o certificado para ayudarlo a manejar su afección o enfermedad.

Comidas Saludables (Healthy Meals): después del alta hospitalaria

Copago de \$0

- **Se entregan tres comidas cada día durante dos semanas**

Los miembros son elegibles después de una estadía de noche en el hospital o centro de atención de enfermería o después de una cirugía con una hospitalización para pacientes hospitalizados. Este beneficio está limitado a dos veces cada.

Educación sobre enfermedades renales y servicios de diálisis^{1,2}

Copago de \$0

- Educación sobre la enfermedad renal para enseñar sobre el cuidado de los riñones
- Tratamiento de diálisis y preparación para la autodiálisis^{1,2}

Resumen de Beneficios adicionales

Equipos y suministros médicos¹

Copago de \$0

- Monitores continuos de glucosa (CGM)*
- Suministros y servicios diabéticos
- Calzado o plantillas terapéuticos para diabéticos
- Equipo médico duradero (DME)
- Ácidos hialurónicos*
- Dispositivos prostéticos y otros suministros médicos

*Freestyle Libre es nuestro proveedor preferido de CGM. También tenemos una marca preferida de ácidos hialurónicos. Este plan solo cubre otras marcas de ácido hialurónico si el proveedor las considera médicamente necesarias.

Línea directa de enfermería

Copago de \$0

- Acceso las 24 horas, los 7 días de la semana a un número de teléfono gratuito de Servicios para Miembros para hablar directamente con un enfermero registrado para resolver inquietudes relacionadas con la salud.

Servicios de tratamiento por uso de opioides y abuso de sustancias para pacientes ambulatorios^{1,2}

Copago de \$0

- Servicios de terapia individual o de grupo para los tratamientos relacionados con el abuso de sustancias y opioides para pacientes ambulatorios.

Servicios de rehabilitación para pacientes ambulatorios^{1,2}

Copago de \$0

- Servicios de rehabilitación cardíaca y cardíaca intensiva
- Servicios de rehabilitación pulmonar
- Terapia de ejercicios supervisada (SET) para servicios relacionados con la arteriopatía periférica sintomática (PAD)

Copago de \$15

- Terapia para patologías del habla y del lenguaje y terapia ocupacional

Resumen de Beneficios adicionales

Artículos de venta libre (OTC)	Copago de \$0 <ul style="list-style-type: none">• \$35 por mes para artículos OTC <p>Los miembros deben hacer su pedido de los artículos que figuran en la lista de OTC aprobada por el plan.</p>
---------------------------------------	--

***Los servicios marcados con ¹ pueden requerir autorización previa del plan.
Los servicios marcados con ² pueden requerir un referido de su médico de atención primaria.***



Lista de verificación previa a la inscripción 1 de enero de 2023 – 31 de diciembre de 2023

Antes de tomar una decisión de inscripción, es importante que entienda completamente nuestros beneficios y nuestras normas. Si tiene cualquier pregunta, puede hablar con un representante del Servicio de Atención al Cliente llamando al 1-877-336-2069 (los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-206-0500). 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).

Entender los beneficios

- Revise la lista completa de beneficios que se encuentra en la Evidencia de Cobertura (EOC), especialmente para aquellos servicios para los que consulte un médico en forma rutinaria. 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 de la EOC.
- Revise la Lista de proveedores (o consulte a su médico) para asegurarse de que los médicos que lo atienden actualmente se encuentran dentro de la red. Si no aparecen en la lista, esto probablemente signifique que deberá seleccionar un nuevo médico.
- Revise el Directorio de farmacias para asegurarse de que la farmacia que utiliza para sus medicamentos recetados se encuentra dentro de la red. Si la farmacia no aparece en la lista, esto probablemente signifique que deberá seleccionar una nueva farmacia para sus recetas.

Entender normas importantes

- Además de su prima mensual del plan, debe seguir pagando la prima de Medicare Parte B. Esta prima normalmente se descuenta de su cheque del Seguro Social todos los meses.
- Los beneficios, las primas o los copagos/coseguros pueden cambiar el 1 de enero de 2024.
- Excepto en situaciones de emergencia o urgencia, no cubrimos los servicios prestados por 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 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.

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>

HSHP_NND7MIB Rev. 04/09/2021

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 Insert

Multi-language Interpreter Services

English: We have free interpreter services to answer any questions you may have about our health or drug plan. To get an interpreter, just call us at 1-877-336-2069 (TTY: 1-877-206-0500). Someone who speaks English/Language can help you. This is a free service.

Spanish: Tenemos servicios de intérprete sin costo alguno para responder cualquier pregunta que pueda tener sobre nuestro plan de salud o medicamentos. Para hablar con un intérprete, por favor llame al 1-877-336-2069 (TTY: 1-877-206-0500). Alguien que hable español le podrá ayudar. Este es un servicio gratuito.

Chinese Mandarin: 我们提供免费的翻译服务，帮助您解答关于健康或药物保险的任何疑问。如果您需要此翻译服务，请致电 1-877-336-2069 (TTY: 1-877-206-0500)。我们的中文工作人员很乐意帮助您。这是一项免费服务。

Chinese Cantonese: 您對我們的健康或藥物保險可能存有疑問，為此我們提供免費的翻譯服務。如需翻譯服務，請致電 1-877-336-2069 (TTY: 1-877-206-0500)。我們講中文的人員將樂意為您提供幫助。這是一項免費服務。

Tagalog: Mayroon kaming libreng serbisyo sa pagsasaling-wika upang masagot ang anumang mga katanungan ninyo hinggil sa aming planong pangkalusugan o panggamot. Upang makakuha ng tagasaling-wika, tawagan lamang kami sa 1-877-336-2069 (TTY: 1-877-206-0500). Maaari kayong tulungan ng isang nakakapagsalita ng Tagalog. Ito ay libreng serbisyo.

French: Nous proposons des services gratuits d'interprétation pour répondre à toutes vos questions relatives à notre régime de santé ou d'assurance-médicaments. Pour accéder au service d'interprétation, il vous suffit de nous appeler au 1-877-336-2069 (TTY: 1-877-206-0500). Un interlocuteur parlant Français pourra vous aider. Ce service est gratuit.

Vietnamese: Chúng tôi có dịch vụ thông dịch miễn phí để trả lời các câu hỏi về chương sức khỏe và chương trình thuốc men. Nếu quý vị cần thông dịch viên xin gọi 1-877-336-2069 (TTY: 1-877-206-0500) sẽ có nhân viên nói tiếng Việt giúp đỡ quý vị. Đây là dịch vụ miễn phí.

German: Unser kostenloser Dolmetscherservice beantwortet Ihren Fragen zu unserem Gesundheits- und Arzneimittelplan. Unsere Dolmetscher erreichen Sie unter 1-877-336-2069 (TTY: 1-877-206-0500). Man wird Ihnen dort auf Deutsch weiterhelfen. Dieser Service ist kostenlos.

Korean: 당사는 의료 보험 또는 약품 보험에 관한 질문에 대해 드리고자 무료 통역 서비스를 제공하고 있습니다. 통역 서비스를 이용하려면 전화 1-877-336-2069 (TTY: 1-877-206-0500)번으로 문의해 주십시오. 한국어를 하는 담당자가 도와 드릴 것입니다. 이 서비스는 무료로 운영됩니다.

Russian: Если у вас возникнут вопросы относительно страхового или медикаментного плана, вы можете воспользоваться нашими бесплатными услугами переводчиков. Чтобы воспользоваться услугами переводчика, позвоните нам по телефону 1-877-336-2069 (TTY: 1-877-206-0500). Вам окажет помощь сотрудник, который говорит по-русски. Данная услуга бесплатная.

Arabic: إننا نقدم خدمات المترجم الفوري المجانية للإجابة عن أي أسئلة تتعلق بالصحة أو جدول الأدوية لدينا. للحصول على مترجم فوري، بمساعدتك. ليس عليك سوى الاتصال بنا على (TTY: 1-877-206-0500) 1-877-336-2069. سيقوم شخص ما يتحدث العربية بهذه خدمة مجانية.

Hindi: हमारे स्वास्थ्य या दवा की योजना के बारे में आपके किसी भी प्रश्न के जवाब देने के लिए हमारे पास मुफ्त दुभाषिया सेवाएँ उपलब्ध हैं। एक दुभाषिया प्राप्त करने के लिए, बस हमें 1-877-336-2069 (TTY: 1-877-206-0500) पर फोन करें। कोई व्यक्ति जो हिन्दी बोलता है आपकी मदद कर सकता है। यह एक मुफ्त सेवा है।

Italian: È disponibile un servizio di interpretariato gratuito per rispondere a eventuali domande sul nostro piano sanitario e farmaceutico. Per un interprete, contattare il numero 1-877-336-2069 (TTY: 1-877-206-0500). Un nostro incaricato che parla Italianovi fornirà l'assistenza necessaria. È un servizio gratuito.

Portugués: Dispomos de serviços de interpretação gratuitos para responder a qualquer questão que tenha acerca do nosso plano de saúde ou de medicação. Para obter um intérprete, contacte-nos através do número 1-877-336-2069 (TTY: 1-877-206-0500). Irá encontrar alguém que fale o idioma Português para o ajudar. Este serviço é gratuito.

French Creole: Nou genyen sèvis entèprèt gratis pou reponn tout kesyon ou ta genyen konsènan plan medikal oswa dwòg nou an. Pou jwenn yon entèprèt, jis rele nou nan 1-877-336-2069 (TTY: 1-877-206-0500). Yon moun ki pale Kreyòl kapab ede w. Sa a se yon sèvis ki gratis.

Polish: Umożliwiamy bezpłatnie skorzystanie z usług tłumacza ustnego, który pomoże w uzyskaniu odpowiedzi na temat planu zdrowotnego lub dawkowania leków. Aby skorzystać z pomocy tłumacza znającego język polski, należy zadzwonić pod numer 1-877-336-2069 (TTY: 1-877-206-0500). Ta usługa jest bezpłatna.

Japanese: 当社の健康 健康保険と薬品 処方薬プランに関するご質問にお答えするために、無料の通訳サービスがあります。通訳をご用命になるには、1-877-336-2069 (TTY: 1-877-206-0500) にお電話ください。日本語を話す人者が支援いたします。これは無料のサービスです。

