

# HealthSun MediSun Extra (HMO D-SNP)

## Resumen de Beneficios de 2023



**1 de enero de 2023 – 31 de diciembre de 2023**

**H5431, Plan 019**

**Condado de Miami-Dade y condado de Broward 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](http://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 MediSun Extra (HMO D-SNP)**, 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 o condado de Broward, Florida**
- Que esté inscrito en Florida Medicaid (el programa Medicaid del estado)

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](http://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](http://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\_2023SB019\_M

## HealthSun MediSun Extra (HMO D-SNP)

### **Este plan es un Plan de Necesidades Especiales para Personas Doblemente Elegibles (D-SNP).**

Para inscribirse en HealthSun MediSun Extra (HMO D-SNP), debe recibir algún nivel de asistencia médica de Florida Medicaid (el programa estatal de Medicaid), además de lo siguiente: tener derecho a Medicare Parte A, estar inscrito en Medicare Parte B, y vivir en nuestra área de servicios.

Si está inscrito en el programa de Medicare estatal, Medicaid paga su parte del costo de los servicios cubiertos por Medicare. Su costo por cualquier servicio médico cubierto por nuestro plan nunca superará los montos que pagaría por esos mismos servicios a través del plan tradicional de Medicaid de Florida. La ayuda financiera para los medicamentos recetados se proporciona a través del programa de Ayuda Extra ("Extra Help") de Medicare. **Hay distintos niveles de cobertura de Medicaid. A continuación se resalta la información sobre los distintos programas de ahorros de Medicare.**

- **Qualified Medicare Beneficiary Plus (QMB+):** beneficios totales de Medicaid y Medicaid paga los montos de sus primas, deducibles y coseguro/copago de Medicare Parte A y Medicare Parte B.
- **Specified Low-Income Medicare Beneficiary Plus (SLMB+):** beneficios totales de Medicaid y Medicaid paga su prima de Medicare Parte B.
- **Full Benefits Dual Eligible (FBDE):** beneficios totales de Medicaid y Medicaid paga parte de su distribución de costos de Medicare.
- **Qualified Medicare Beneficiary (QMB):** no recibe los beneficios totales de Medicaid. Medicaid paga los montos de sus primas, deducibles y coseguro/copago de Medicare Parte A y Medicare Parte B.
- **Specified Low-Income Medicare Beneficiary (SLMB):** no recibe los beneficios totales de Medicaid. Medicaid paga su prima de Medicare Parte B.
- **Qualifying Individual (QI):** no recibe los beneficios totales de Medicaid. Medicaid paga su prima de Medicare Parte B.
- **Qualified Disabled and Working Individual (QDWI):** no recibe los beneficios totales de Medicaid. Medicaid paga su prima de Medicare Parte A.

### **¿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 de otros proveedores. En general, debe usar farmacias de la red para surtir sus recetas para los medicamentos recetados cubiertos. 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 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 <sup>1</sup> pueden requerir autorización previa del plan.

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

## Resumen de beneficios médicos

**Prima mensual** De \$0 a \$35.90 según su nivel de Ayuda Extra (“Extra Help”). Debe continuar pagando la prima de Medicare Parte B. Es posible que la prima de la Parte B esté cubierta por su programa estatal de Medicaid.

**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**<sup>1,2</sup> **Copago de \$0**

- Nuestro plan cubre una cantidad ilimitada de días para servicios de cuidado hospitalario agudos.

**Cuidado hospitalario para pacientes ambulatorios**<sup>1,2</sup> **Copago de \$0**

- Cirugía ambulatoria y la mayoría de los demás servicios para pacientes ambulatorios facturados por el hospital

**Copago de \$0**

- Servicios de observación (no se requiere un referido)

**Centro quirúrgico ambulatorio**<sup>1,2</sup> **Copago de \$0**

- Servicios quirúrgicos ambulatorios en un centro de cirugía ambulatoria

## Resumen de beneficios médicos

### Visitas al médico<sup>1,2</sup>

#### Copago de \$0

- Servicios de médico de atención primaria (PCP)
- Servicios médicos especializados<sup>1,2</sup>

### Atención preventiva<sup>1,2</sup>

#### Copago de \$0 para todos los servicios preventivos cubiertos por Medicare:

- 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

<b>Atención de emergencia y servicios de urgencia</b>	<b>Copago de \$0</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• Servicios de atención de emergencia en los EE. UU.</li><li>• Servicios de urgencia en los EE. UU.</li><li>• Atención de emergencia mundial, atención urgente mundial y transporte de emergencia mundial. Máximo de \$100,000 de cobertura del beneficio del plan.</li></ul>
<b>Servicios de diagnóstico de Servicios de diagnóstico<sup>1,2</sup> de laboratorio<sup>1,2</sup> y diagnóstico por imágenes<sup>1</sup></b>	<b>Copago de \$0</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• Servicios de laboratorio<sup>1,2</sup></li><li>• Pruebas y procedimientos diagnósticos (electrocardiograma, evaluación cardíaca, prueba de función respiratoria, prueba de alergias, prueba psicológica, etc.)<sup>1,2</sup></li><li>• Radiografías y servicios radiológicos de diagnóstico (resonancia magnética [MRI], tomografía computarizada [TC], etc.)<sup>1</sup></li><li>• Servicios radiológicos terapéuticos (radioterapia para cáncer)<sup>1</sup></li></ul>
<b>Audición Servicios<sup>1,2</sup></b>	<b>Copago de \$0</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• <b>Hasta \$2,000 cada año por dos audífonos recetados</b></li><li>• Un ajuste y evaluación de audífonos cada año</li><li>• Un examen de audición de rutina cada año</li><li>• Exámenes básicos de audición y equilibrio cubiertos por Medicare</li></ul>

## Resumen de beneficios médicos

### Servicios dentales<sup>1</sup>

#### Copago de \$0

- **Hasta \$5,000 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 integrales<sup>1</sup>:

- Dos implantes cada año
- 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 \$400 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 la salud mental<sup>1,2</sup>

#### Copago de \$0

- Servicios de especialidad de salud mental para pacientes ambulatorios o servicios psiquiátricos para 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)<sup>1,2</sup>

#### Copago de \$0

- Nuestro plan cubre hasta 100 días en un centro de enfermería especializada (SNF).

***No se requiere una hospitalización en el hospital previa.***

### Fisioterapia<sup>1,2</sup>

#### Copago de \$0

- Servicios de terapia física

## Resumen de beneficios médicos

### Ambulancia<sup>1</sup>

#### Copago de \$0

- Servicios de ambulancia terrestre
- Servicios de ambulancia aérea

Se requiere autorización previa para servicios de ambulancia que no sea de emergencia<sup>1</sup>.

### Transporte<sup>1,2</sup>

#### Copago de \$0

- Viajes ilimitados a lugares relacionados con la salud aprobados por el plan.
- Hasta 6 viajes por año por motivos no médicos hasta ubicaciones aprobadas por el plan. Para obtener más información, vea en la página 15 de este *Resumen de Beneficios* transporte por motivos no médicos.

### Medicamentos de la Parte B de Medicare<sup>1</sup>

#### Copago de \$0

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

#### 20% del costo

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

**Nota: Para miembros con doble elegibilidad protegidos por el programa estatal de Medicaid para costos compartidos, Medicaid paga su costos compartidos para los servicios de Medicare Parte A y Medicare Parte B, incluidos los medicamentos de Medicare Parte B.**

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 <sup>1</sup> pueden requerir autorización previa del plan. Los servicios marcados con <sup>2</sup> pueden requerir un referido de su PCP.**

## Resumen de beneficios para medicamentos recetados

<b>Etapa del deducible</b>	<b>Si recibe “Ayuda Extra (“Extra Help”)” de Medicare, la etapa de deducible no se aplica a usted.</b>		
<b>Etapa de cobertura inicial</b>	<b>Si recibe “Ayuda Extra (“Extra Help”)”, usted no paga nada (\$0) por sus medicamentos cubiertos de la Parte D durante todo el año.</b>		
<b>Nivel de medicamentos</b>	<b>Farmacias minoristas y pedido por correo (suministro para 30 días)</b>	<b>Farmacia de cuidado a largo plazo (LTC) (suministro para 34 días)</b>	<b>Farmacias minoristas estándar y pedido por correo (suministro para hasta 90 días)</b>
Nivel 1 (Genérico preferido)	\$0	\$0	\$0
Nivel 2 (Genérico)	\$0	\$0	\$0
Nivel 3 (Medicamentos de marca preferida)	\$0	\$0	No tiene cobertura un suministro a largo plazo.
Nivel 4 (Medicamentos de marca no preferida)	\$0	\$0	No tiene cobertura un suministro a largo plazo.
Nivel 5 (Medicamentos especializados)	\$0	\$0	No tiene cobertura un suministro a largo plazo.
Nivel 6 (Medicamentos complementarios)	\$0	\$0	No tiene cobertura 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

<b>Etapa sin cobertura</b>	Si recibe “Ayuda Extra (“Extra Help”)”, usted seguirá sin pagar nada (\$0) por sus medicamentos cubiertos de la Parte D durante esta etapa.
----------------------------	---

<b>Etapa de cobertura catastrófica</b>	Si recibe “Ayuda Extra (“Extra Help”)”, usted no alcanzará el monto máximo de gastos de bolsillo porque no paga nada por sus medicamentos cubiertos de la Parte D.
--	--

---

<b>Medicamentos de la Parte D: Eliminación de costos compartidos</b>	<p>Los miembros elegibles no pagan nada por sus medicamento con receta cubiertos en los Niveles 1, 2, 3, 4 y 5 durante todas las etapas del medicamento.</p> <p>Los miembro son elegibles según la calificación del subsidio por bajos ingresos (LIS) para recibir “Ayuda Extra (“Extra Help”)” de Medicare para ayudarlo a pagar los costos de los medicamentos recetados (Categoría de LIS 1, 2, 3 o 4).</p>
--	--

---

## Resumen de Beneficios adicionales

<p><b>Acupuntura</b> <sup>1,2</sup></p>	<p><b>Copago de \$0</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 12 tratamientos cada año.</li> </ul>
<p><b>Medicina alternativa: masaje terapéutico</b> <sup>1,2</sup></p>	<p><b>Copago de \$0</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 24 sesiones de masaje terapéutico cada año.</li> </ul>
<p><b>Terapia alternativa: Plasma rico en plaquetas (PRP) para el manejo del dolor por osteoartritis</b> <sup>1,2</sup></p>	<p><b>Copago de \$0</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 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.</li> </ul>
<p><b>Cuidados quiroprácticos</b></p>	<p><b>Copago de \$0</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 12 visitas cada año.</li> </ul>
<p><b>Cuidado de los pies (Servicios de podología)</b> <sup>1</sup></p>	<p><b>Copago de \$0</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Una visita cada tres meses.</li> <li>• Atención de rutina de los pies para ciertas afecciones médicas que afectan los pies.</li> </ul>
<p><b>Atención de una agencia de cuidado médico en el hogar</b> <sup>1,2</sup></p>	<p><b>Copago de \$0</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Servicios de un asistente de cuidado médico en el hogar cubiertos por Medicare.</li> </ul>



## 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.

**Tarjeta de comestibles saludables**

**Copago de \$0**

**• \$100 por mes para comprar alimentos**

Los miembros recibirán una asignación mensual en forma de tarjeta de débito para comprar una amplia variedad de alimentos aprobados, como alimentos y productos saludables, incluidas las bebidas suplementarias. Los montos no utilizados no pasarán al próximo mes o año. Los miembros son elegibles según la calificación del subsidio por bajos ingresos (LIS) para recibir “Ayuda Extra (“Extra Help”) de Medicare para ayudarlos a pagar los costos de los medicamentos recetados (Categoría de LIS 1, 2, 3 o 4).

## Resumen de Beneficios adicionales

**Comidas Saludables (Healthy Meals): Beneficios suplementarios especiales para enfermos crónicos (SSBCI)<sup>1,2</sup>**

**Copago de \$0**

- **Una comida por día; hasta 20 comidas cada mes.**

Los miembros son elegibles de acuerdo a los criterios clínicos calificados como una afección crónica, según lo determine su médico. Las comidas se entregan a domicilio en centros participantes

**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.

**Servicios de apoyo en el hogar**

**Copago de \$0**

- **Hasta 30 horas cada año**

Los miembros reciben compañía y asistencia con las actividades de la vida cotidiana, como ayuda en el hogar con tareas livianas, mandados, asistencia técnica y más. Los miembros deben utilizar el proveedor contratado del plan.

## Resumen de Beneficios adicionales

### Educación sobre enfermedades renales y servicios de diálisis<sup>1,2</sup>

#### Copago de \$0

- Educación sobre la enfermedad renal para enseñar sobre el cuidado de los riñones
- Tratamiento de diálisis y preparación para la autodiálisis<sup>1,2</sup>

### Equipos y suministros médicos<sup>1</sup>

#### 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<sup>1,2</sup>

#### Copago de \$0

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

## Resumen de Beneficios adicionales

### Rehabilitación para pacientes ambulatorios Servicios<sup>1,2</sup>

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

### Artículos de venta libre (OTC)

#### Copago de \$0

- **\$125 por mes para artículos OTC**

Los miembros deben hacer su pedido de los artículos que figuran en la lista de OTC aprobada por el plan.

### Sistema de respuesta para emergencias personales (PERS)

#### Copago de \$0

- Se cubre una unidad del sistema de respuesta para emergencias personales (PERS) por miembro e incluye el servicio y dispositivo de monitoreo. Los miembros deben comunicarse con Servicios para Miembros del plan para iniciar el servicio y realizar la instalación.

### Transporte para sus servicios no médicos

#### Copago de \$0

- **Hasta 6 viajes de una sola ida cada año por motivos no relacionados a la salud a ubicaciones aprobadas por el plan.**

El transporte se limita a proveedores contratados con el plan, y los miembros deben llamar al plan al mínimo de 48 horas de anticipación cuando necesitan el transporte. Los miembros son elegibles según la calificación del subsidio por bajos ingresos (LIS) para recibir "Ayuda Extra ("Extra Help") de Medicare para ayudarlos a pagar los costos de los medicamentos recetados (Categoría de LIS 1, 2, 3 o 4).



## Programa de directivas anticipadas

### Programa de directivas anticipadas

#### Copago de \$0

Como miembro de nuestro plan, tendrá acceso a un recurso de planificación de atención médica anticipada en línea para crear directivas anticipadas donde podrá combinar los elementos siguientes:

- Testamento en vida
- Poder notarial médico
- Formulario de indicación de no resucitar
- Formulario para donación de órganos

Puede crear su propio plan de atención digital e, incluso, incluir archivos de audio y video. Si ya ha preparado estos documentos, puede guardarlos y asegurarse de que se compartirán con sus médicos y proveedor de cuidados médicos las 24 horas, los siete días de la semana. Puede agregar información nueva en cualquier momento según sus deseos o su estado de salud.

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

## **Beneficios cubiertos por Medicaid de Florida**

**Además de los servicios cubiertos por Medicare que se describen en este Resumen de Beneficios, HealthSun MediSun Extra (HMO D-SNP) brinda los siguientes beneficios de Medicaid según el nivel de su cobertura de Medicaid.**

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

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

### **¿Tiene preguntas?**

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





## Lista de verificación 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](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 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).
- Este plan es un Dual Eligible Special Needs Plan (D-SNP). Su capacidad de inscribirse dependerá de una verificación que indique que usted tiene derecho a recibir tanto Medicare como asistencia médica de un plan estatal en virtud de Medicaid.



# 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](http://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](mailto: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](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>

**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](mailto:HScivilrights@healthsun.com)

Puede presentar el reclamo en persona o por correo postal, fax o correo electrónico. Si necesita ayuda para hacerlo, el departamento de Servicios al Afiliado está a su disposición para brindársela. También puede presentar un reclamo de derechos civiles ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios de EE. UU. de manera electrónica a través del Complaint Portal, disponible en <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, o bien, por correo postal a la siguiente dirección o por teléfono: U.S. Department of Health and Human Services, 200 Independence Avenue SW., Room 509F, HHH Building Washington, DC 20201 800-368-1019, (TDD: 800-537-7697). Puede obtener los formularios de reclamo en el sitio web <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.

## Multi-Language 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 bezpłatne 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。

