

# Resumen de Beneficios



## Gracias por su interés en nuestros planes Medicare Advantage.

HealthSun VitalCare (HMO C-SNP) es un tipo especial de plan Medicare Advantage denominado Plan de Necesidades Especiales para Condiciones Crónicas (C-SNP). Este C-SNP está diseñado para personas que viven con diabetes mellitus, trastorno cardiovascular y/o insuficiencia cardíaca crónica. Este plan ofrece beneficios y servicios adicionales para brindarle asistencia.

### Medicare Advantage y Parte D

**Año del plan:** 1.º de enero al 31 de diciembre de 2024

#### Florida

Condados de Broward y Miami-Dade

### HealthSun VitalCare (HMO C-SNP)

# HealthSun VitalCare (HMO C-SNP)

HealthSun VitalCare (HMO C-SNP)

Nuestra área de servicio abarca los siguientes condados de FL: Broward, Miami-Dade.

## ¿Tiene alguna pregunta?

Puede obtener más información en nuestro sitio web, [www.healthsun.com](http://www.healthsun.com). O llame a nuestra línea gratuita al **1-877-336-2069** (TTY: **711**). Horario de atención: de 8 a.m. a 8 p.m., los siete días de la semana (excepto el Día de Acción de Gracias y Navidad) desde el 1.º de octubre hasta el 31 de marzo, y de lunes a viernes (excepto los días feriados) desde el 1.º de abril hasta el 30 de septiembre.

El *Resumen de Beneficios* no incluye todos los servicios, límites o exclusiones, pero la *Evidencia de Cobertura* sí lo hace. Para solicitar una copia, solo tiene que llamarnos.

HealthSun VitalCare (HMO C-SNP) es un Plan de necesidades especiales de Medicare Advantage. Incluye beneficios hospitalarios, médicos y de medicamentos recetados. Para inscribirse en este plan, debe cumplir con lo siguiente:

- Tiene derecho a Medicare Parte A.
- Está inscrito en Medicare Parte B.
- Tiene un diagnóstico de diabetes mellitus, trastorno cardiovascular y/o insuficiencia cardíaca crónica.
- Vive en nuestra área de servicio.

Debe visitar médicos y centros médicos que formen parte de la red del plan. Esto es muy importante. Si se atiende fuera de la red, es posible que los servicios no estén cubiertos.

# HealthSun VitalCare (HMO C-SNP)

## Cobertura de Medicare que ofrece más que Medicare Original

- Los planes Medicare Advantage cubren todo lo que cubre Medicare Original: Parte A (servicios hospitalarios) y Parte B (servicios médicos), y más.
- Los Planes de Medicamentos Recetados de Medicare Advantage cubren los medicamentos de Medicare Parte D y Parte B.

## Este es un Plan de Necesidades Especiales de Organización para el Mantenimiento de la Salud (HMO SNP). Esto significa que:

- Debe elegir un médico de atención primaria (PCP) de la red de médicos del plan para los servicios cubiertos. Su PCP le brinda la mayor parte de su atención médica, incluida la atención de rutina y las hospitalizaciones. Puede ayudarlo a ahorrar tiempo y dinero al dirigirlo a especialistas cuando sea necesario.
- Antes de visitar a un especialista, le recomendamos que hable primero con su PCP. Este conoce su historial de salud y puede ayudarlo a encontrar la atención adecuada.

## ¿Se encuentra su médico de atención primaria (PCP) en la red de médicos de nuestro plan?

Si necesita cambiar de médico de atención primaria (PCP), llámenos y lo ayudaremos. Los médicos pueden unirse a la red o abandonarla en cualquier momento, por lo que debe verificar si están dentro de la red con nuestra herramienta en línea Encontrar un proveedor (Find a Provider). Solo siga los pasos que se detallan a continuación.

## Cómo encontrar un proveedor/proveedor de atención primaria que trabaja con nuestro plan:



- Visite [www.healthsun.com](http://www.healthsun.com)
  1. Seleccione **Encontrar un proveedor (Find a Provider)**.
  2. Introduzca su código postal.
  3. Complete los detalles (Buscar por especialidad, nombre del médico, distancia, etc.).
  4. Asegúrese de que el médico "Acepta nuevos pacientes".
- O puede solicitarnos el *Directorio de proveedores*. El número de teléfono está en la página 2.

### Encontrar una farmacia

Nuestros planes incluyen la mayoría de las farmacias en los Estados Unidos, por lo que es probable que encuentre una cerca suyo. Si su farmacia no se encuentra en este plan, podría terminar pagando más por sus medicamentos.

Para confirmar que su farmacia está dentro del plan (o para encontrar una nueva), consulte el *Directorio de farmacias* en nuestro sitio web en [www.healthsun.com](http://www.healthsun.com).

Nuestro plan ofrece farmacias preferidas y estándar. Puede ir a cualquier tipo de farmacia para surtir sus medicamentos recetados cubiertos.

## Cómo verificar si sus medicamentos recetados (o una alternativa aceptable) están cubiertos:



- Visite [www.healthsun.com](http://www.healthsun.com)
  1. Seleccione **Planes y cobertura (Plans & Coverage)**
  2. Seleccione **Beneficios de medicamentos recetados (Prescription Drug Benefits)**
  3. Desplácese hacia abajo hasta **Formularios de medicamentos recetados (Prescription Drug Formularies)**
  4. Seleccione **Formulario de medicamentos recetados (Prescription Drug Formulary)**
  5. Ubique su receta
- También puede llamarnos al número que figura en la página 2 para obtener una copia del *Formulario*.

## No pierda la oportunidad de recibir Ayuda Extra (“Extra Help”)

Medicare ofrece Ayuda Extra (“Extra Help”), un programa de asistencia con los medicamentos recetados para personas que califican. Ayuda Extra (“Extra Help”) puede cubrir los deducibles, primas, copagos y coseguros del plan de medicamentos recetados. Además:

- La etapa de periodo sin cobertura no se aplicará a su caso.
- No hay multas por inscripción tardía.

## Para averiguar si califica para Ayuda Extra (“Extra Help”), llame a:

- Nuestros servicios representantes al **1-877-336-2069** (TTY: **711**).
- 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)** (TTY: **1-877-486-2048**), las 24 horas, los 7 días de la semana.
- La Administración del Seguro Social al **1-800-772-1213** (TTY: **1-800-325-0778**) de lunes a viernes de 8 a.m. a 7 p.m.
- Su oficina de Medicaid del estado.

Para obtener más información sobre Medicare, puede leer el manual *Medicare y Usted*. Si usted no tiene una copia de este folleto, puede acceder a él en línea en el sitio web de Medicare ([www.medicare.gov](http://www.medicare.gov)) o solicitar una copia llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.



# Resumen de beneficios médicos de 2024

## HealthSun VitalCare (HMO C-SNP)

### ¿Cuál es el valor de la prima (pago mensual)?

**\$0.00** por mes

Debe continuar pagando la prima de Medicare Parte B.

### Reducción de la prima de Medicare Parte B

**\$164.90** por mes

### ¿Cuál es el valor del deducible?

Este plan no tiene deducible médico.

Este plan no tiene un deducible de la Parte D.

### ¿Hay algún límite sobre cuánto pagaré por los servicios médicos cubiertos? (no incluye medicamentos de la Parte D)

**\$1,900.00** por año por los servicios de médicos y centros de nuestro plan

Como todos los planes médicos de Medicare, nuestro plan lo protege estableciendo límites anuales para sus gastos de bolsillo por cuidado médico y hospitalario.

Los servicios que usted recibe de los médicos o centros de nuestro plan se tienen en cuenta para su límite anual. Si alcanza el límite de sus gastos de bolsillo, no tendrá que pagar ningún otro gasto de bolsillo para los servicios cubiertos de la Parte A y de la Parte B por el resto del año.



## HealthSun VitalCare (HMO C-SNP)

### Hospital para pacientes internados<sup>1,2</sup>

Centros de nuestro plan: Copago de **\$0.00** por estadía

Nuestro plan cubre una cantidad ilimitada de días de hospitalización.

### Hospital para pacientes ambulatorios<sup>1,2</sup>

Médicos y centros de nuestro plan: Copago de **\$50.00**

Lo que usted pagará puede depender del servicio y el lugar en el que reciba el tratamiento.

### Centro quirúrgico ambulatorio<sup>1,2</sup>

Médicos y centros de nuestro plan: Copago de **\$0.00**

### Visitas al consultorio del médico

#### Visita al médico de atención primaria (PCP):

Médicos de atención primaria (PCP) de nuestro plan: Copago de **\$0.00**

#### Visita a un especialista: <sup>1,2</sup>

Médicos de nuestro plan: Copago de **\$0.00**

## HealthSun VitalCare (HMO C-SNP)

### Pruebas de detección preventivas

#### Pruebas de detección preventivas: <sup>1,2</sup>

Médicos de nuestro plan: Copago de **\$0.00**

#### Pruebas de detección preventivas cubiertas:

- Prueba de detección de aneurisma aórtico abdominal
- Visita anual de “bienestar”
- Examen de densitometría ósea
- Prueba de detección de cáncer de mamas (mamografía)
- Enfermedad cardiovascular (terapia conductual)
- Prueba de detección de enfermedades cardiovasculares
- Prueba de detección de cáncer vaginal y de cuello uterino
- Pruebas de detección de cáncer colorrectal (colonoscopia, prueba de sangre oculta en heces, sigmoidoscopia flexible)
- Prueba de detección de depresión
- Programa de prevención de la diabetes
- Pruebas de detección y control de la diabetes
- Prueba de detección de la hepatitis C
- Consejería conductual de alta intensidad
- Prueba de detección del VIH
- Pruebas de detección del cáncer de pulmón
- Servicios de terapia nutricional médica
- Pruebas de obesidad y consejería
- Pruebas de detección del cáncer de próstata (PSA)
- Pruebas de detección de infecciones de transmisión sexual y consejería
- Consejería para dejar de fumar (asesoramiento para personas sin signos de enfermedades relacionadas con el tabaco)
- Vacunas, incluidas las vacunas contra la influenza, hepatitis B, neumococo y COVID-19
- Visita preventiva de “Bienvenida a Medicare” (por única vez)

Cualquier servicio preventivo adicional aprobado por Medicare durante el año del contrato tendrá cobertura. Si usa los servicios de los médicos de nuestro plan, tendrá cubierto el **100%** del costo de las pruebas de detección preventivas.

## HealthSun VitalCare (HMO C-SNP)

### Atención de emergencia

Copago de **\$90.00**

Si es admitido en el hospital dentro de las 24 horas, no debe pagar su parte del costo de atención de emergencia.

### Cobertura internacional de atención de urgencia y de emergencia

Este plan cubre los servicios de emergencia y de atención de urgencia, incluido el transporte de emergencia, si está de viaje fuera de los Estados Unidos durante menos de seis meses. Este beneficio se limita a **\$100,000.00** por año.

### Servicios de urgencia

Copago de **\$0.00**

### Servicios de diagnóstico, análisis de laboratorio y diagnóstico por imágenes<sup>1,2,5</sup>

**Servicios de radiología de diagnóstico** (como exámenes de imágenes por resonancia magnética [MRI], tomografías computarizadas [TC])

Consultorios médicos de nuestro plan:

Centros para pacientes ambulatorios de nuestro plan:

Copago de \$0.00

Copago de \$75.00

## HealthSun VitalCare (HMO C-SNP)

### Servicios de diagnóstico, análisis de laboratorio y diagnóstico por imágenes<sup>1,2,5</sup>

#### Procedimientos y pruebas de diagnóstico

Consultorios médicos de nuestro plan:

Copago de \$0.00

Centros para pacientes ambulatorios de nuestro plan:

Copago de \$75.00

#### Servicios de laboratorio

Consultorios médicos de nuestro plan:

Copago de \$0.00

Centros para pacientes ambulatorios de nuestro plan:

Copago de \$0.00

#### Radiografías ambulatorias

Consultorios médicos de nuestro plan:

Copago de \$0.00

Centros u hospitales para pacientes ambulatorios de nuestro plan:

Copago de \$75.00

Centro independiente o servicios de radiografía portátil en el hogar de nuestro plan:

Copago de \$0.00

#### Servicios de radiología terapéutica (como tratamiento de radiación para el cáncer)

Médicos y centros médicos de nuestro plan:

Copago de \$0.00 a copago de \$60.00

## HealthSun VitalCare (HMO C-SNP)

---

### Servicios de audición

---

**Servicios de audición cubiertos por Medicare** (examen para diagnosticar y tratar problemas de audición y equilibrio): <sup>1,2</sup>

Médicos de nuestro plan: Copago de **\$0.00**

**Servicios de audición de rutina:** <sup>1,2</sup>

Este plan cubre 1 examen de audición de rutina por año. Este plan cubre 1 evaluación de la colocación del audífono de rutina y un beneficio máximo del plan de **\$2,000.00** para 2 audífonos recetados por año.

Médicos de nuestro plan: Copago de **\$0.00** por exámenes de audición de rutina. Copago de **\$0.00** por audífonos hasta el monto del beneficio máximo del plan.

Los audífonos, y los ajustes o evaluaciones para audífonos, no requieren autorización previa ni una referencia.

### Servicios dentales

---

**Servicios dentales cubiertos por Medicare** (no incluye los servicios relacionados con la atención, el tratamiento, el empaste, la extracción o la sustitución de dientes): <sup>1</sup>

Médicos y dentistas de nuestro plan: Copago de **\$0.00**

## HealthSun VitalCare (HMO C-SNP)

### Servicios dentales

#### Asignación dental preventiva<sup>1</sup> e integral combinada

Este plan cubre una asignación de hasta **\$2,000** para servicios dentales integrales y preventivos cubiertos por año.

Cubrimos más servicios de cuidado dental que Medicare Original. Puede utilizar nuestra cobertura para estos servicios dentales integrales y más: mantenimiento periodontal, dentaduras postizas, extracciones, hasta 4 empastes por año, hasta 2 tratamientos de conducto por año (endodoncia) y hasta 2 coronas dentales por año.

Todo monto no utilizado al final del año calendario caducará. Se aplican restricciones para servicios preventivos e integrales en virtud de la asignación combinada.

#### Servicios dentales preventivos:

Dentistas de nuestro plan: Copago de **\$0.00**

Este plan cubre 2 exámenes orales por año, 2 limpiezas por año, 2 radiografías dentales de aleta de mordida por año, 1 radiografía panorámica cada tres años y 2 tratamientos de flúor por año.

#### Servicios dentales integrales:

Médicos y dentistas de nuestro plan: Copago de **\$0.00**

Para encontrar un proveedor de servicios dentales de nuestro plan, siga los pasos indicados en la sección "Cómo encontrar un proveedor/PCP en nuestro plan", que se encuentra al comienzo de este folleto. Luego, seleccione **Dental** bajo **Búsqueda por especialidad** (Search by specialty).

## HealthSun VitalCare (HMO C-SNP)

### Servicios de la visión

---

#### Servicios de la visión cubiertos por Medicare:

---

##### Examen para diagnosticar y tratar enfermedades y condiciones oculares

Médicos de nuestro plan: Copago de **\$0.00**

##### Anteojos o lentes de contacto después de una cirugía de cataratas

Médicos de nuestro plan: Copago de **\$0.00**

#### Servicios de la visión de rutina:

---

##### Examen de visión de rutina

Este plan cubre 1 examen de la vista de rutina por año.

Médicos de nuestro plan: Copago de **\$0.00**

##### Anteojos de rutina (lentes y marcos)

Este plan cubre hasta **\$300.00** para anteojos o lentes de contacto por año.

Médicos de nuestro plan: Copago de **\$0.00**

## HealthSun VitalCare (HMO C-SNP)

### Cuidado de salud mental

#### Visita para pacientes hospitalizados: <sup>1,2</sup>

Médicos y centros de nuestro plan: Copago de **\$0.00** por estadía

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

Nuestro plan cubre 90 días de hospitalización.

Nuestro plan también cubre 60 "días de reserva de por vida". Estos son días "adicionales" que cubrimos. Si su hospitalización supera los 90 días, puede usar estos días adicionales. Una vez que haya usado estos 60 días adicionales, su cobertura de servicios de hospital para pacientes internados se limitará a 90 días.

#### Servicios de terapia de grupo e individual para pacientes ambulatorios: <sup>1,2</sup>

Médicos y centros de nuestro plan: Copago de **\$0.00**

### Centro de enfermería especializada (SNF)<sup>1,2</sup>

Médicos y centros de nuestro plan: Días 1 a 20 en un SNF: **\$0.00** por día/  
Días 21 a 100: **\$60.00** por día

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

Sus copagos para los beneficios en un SNF se calculan en función de los periodos de beneficios. El periodo de beneficios comienza el primer día en que llega al hospital o a un SNF y finaliza cuando no ha recibido cuidado hospitalario para pacientes internados ni cuidado especializado de enfermería durante 60 días consecutivos. Si ingresa en un SNF después de que haya finalizado un periodo de beneficios, comienza un nuevo periodo de beneficios. No hay límite para la cantidad de periodos de beneficios que puede tener.



## HealthSun VitalCare (HMO C-SNP)

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

Médicos y centros de nuestro plan: Copago de **\$0.00** a copago de **\$15.00**

Lo que deba pagar dependerá del lugar en el que reciba el tratamiento.

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

#### **Ambulancia terrestre/acuática:**

Servicios de transporte de emergencia de nuestro plan: Copago de **\$150.00** por viaje

#### **Ambulancia aérea:**

Servicios de transporte de emergencia de nuestro plan: Coseguro del **20%** por viaje

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

Copago de **\$0.00**. Este plan cubre servicios ilimitados de transporte de ida o de vuelta de rutina por año.

### Medicamentos de Medicare Parte B

#### **Insulina proporcionada a través de una bomba de insulina:**

Medicamentos obtenidos de médicos y centros de nuestro plan: Copago de **\$0.00** a copago de **\$35.00**

#### **Otros medicamentos de la Parte B:<sup>1</sup>**

Medicamentos obtenidos de médicos y centros de nuestro plan: Coseguro del **0%** a coseguro del **20%**

## HealthSun VitalCare (HMO C-SNP)

### Medicamentos de Medicare Parte B

#### Medicamentos de quimioterapia:<sup>1</sup>

Medicamentos obtenidos de médicos y centros de nuestro plan: Coseguro del **0%** a coseguro del **20%**

El copago mínimo se aplica a los medicamentos de insulina selectos cubiertos por Medicare Parte B, los medicamentos de quimioterapia/radioterapia de Medicare Parte B y otros medicamentos de la Parte B administrados por equipo médico duradero, incluidas las recetas de pedido por correo, y se proporcionan en ubicaciones selectas para el tratamiento agudo de enfermedades crónicas.

Se aplica la distribución de costos máximos a los medicamentos de insulina de Medicare Parte B, medicamentos de quimioterapia/radioterapia de Medicare Parte B y otros medicamentos de la Parte B administrados en el consultorio de un médico, una farmacia o un centro hospitalario como servicio para pacientes ambulatorios.

Es posible que vea los gastos de bolsillo más bajos para ciertos medicamentos de quimioterapia y la Parte B con los precios que han aumentado más rápido que la tasa de inflación.

# Beneficios adicionales

## HealthSun VitalCare (HMO C-SNP)

### Terapia alternativa: Plasma rico en plaquetas (PRP) para el manejo del dolor de la osteoartritis<sup>1,2</sup>

Copago de **\$0.00** por inyecciones de plasma rico en plaquetas para el tratamiento de una lesión o enfermedad que se aplique a cualquier parte del cuerpo por no más de tres meses consecutivos hasta dos veces por año en las ubicaciones aprobadas por el plan.

### Terapia alternativa: Masaje terapéutico<sup>1,2</sup>

**\$0.00** por 24 visitas de masaje terapéutico por año en las ubicaciones aprobadas por el plan.

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

#### Servicios de quiropráctica cubiertos por Medicare:

Proveedores de nuestro plan: Copago de **\$0.00**

La cobertura de Medicare incluye la manipulación de la columna vertebral para corregir una subluxación (cuando uno o más de los huesos de la columna se salen de su posición).

## HealthSun VitalCare (HMO C-SNP)

### Mejor cobertura de medicamentos

Nuestro plan ofrece cobertura adicional de algunos medicamentos recetados que normalmente no están cubiertos en un plan de medicamentos recetados de Medicare. Entre los medicamentos cubiertos, se incluyen los siguientes:

- Algunos medicamentos usados para el alivio de la tos y de los síntomas del resfriado.
- Algunas vitaminas recetadas, como ácido fólico y vitamina D 50000 UI.
- Algunos medicamentos para la disfunción eréctil, como Sildenafil o Tadalafil, con un límite de 6 tabletas por mes.

Consulte su copago para Nivel 6: Medicamentos suplementarios que figura más adelante en este Resumen de Beneficios para saber cuánto pagará. Usted paga el límite de cobertura inicial (ICL) por la distribución de costos para los medicamentos excluidos que están cubiertos en el Nivel 6 durante todas las etapas del medicamento. El *Formulario* de su plan incluye información adicional sobre todos los medicamentos cubiertos como parte de este beneficio.

### Asignación de Opciones Everyday para alimentos, suministros para el hogar y para el cuidado de mascotas, y servicios públicos

Si le diagnosticaron una condición crónica, este beneficio proporciona una asignación de **\$75.00** por mes para gastos combinados en artículos alimenticios elegibles, suministros para el hogar y para el cuidado de mascotas, y servicios públicos.

Usted puede utilizar el beneficio de varias maneras convenientes:

- Compre en tiendas minoristas participantes cercanas a usted.
- Compre en línea en el sitio web del proveedor aprobado.
- Compre en la aplicación móvil del proveedor aprobado.
- Llame para hacer un pedido.
- Con su proveedor de servicios públicos.

## HealthSun VitalCare (HMO C-SNP)

### Cuidado de los pies (servicios de podología)<sup>1</sup>

#### Podología cubierta por Medicare:

Médicos de nuestro plan: Copago de **\$0.00**

Los exámenes y el tratamiento de los pies están cubiertos si padece una lesión nerviosa relacionada con la diabetes y/o reúne ciertas condiciones.

#### Atención de rutina de los pies:

Médicos de nuestro plan: Copago de **\$0.00**

Este plan cubre lo siguiente: 1 consulta de cuidado rutinario de los pies por trimestre.

### Comidas Saludables - para condiciones crónicas

Copago de **\$0.00** por hasta 1 comida al día hasta un máximo de 20 comidas por mes para satisfacer las necesidades nutricionales de su condición crónica.

Se proporcionan comidas en ubicaciones participantes.

### Comidas Saludables - después del alta hospitalaria

Copago de **\$0.00** hasta 3 comidas al día durante los 14 días siguientes al alta del hospital o centro de enfermería especializada (SNF).

Máximo de dos eventos calificativos por año.

### Cuidado médico en el hogar<sup>1,2</sup>

Médicos y centros de nuestro plan: Copago de **\$0.00**

## HealthSun VitalCare (HMO C-SNP)

### Apoyo en el hogar

Este beneficio proporciona hasta 30 horas por año calendario de compañía y apoyo con actividades independientes de la vida diaria, como tareas livianas, mandados y más.

### Suministros/equipos médicos

#### **Equipo médico duradero** (sillas de ruedas, oxígeno, etc.):<sup>1</sup>

Proveedores de suministros de nuestro plan: Copago de **\$0.00**

#### **Suministros médicos y dispositivos prostéticos** (férulas, extremidades artificiales, etc.):<sup>1</sup>

Proveedores de suministros de nuestro plan: Copago de **\$0.00**

#### **Suministros y servicios para diabéticos:**<sup>1</sup>

Proveedores de suministros de nuestro plan: Copago de **\$0.00**

Los suministros para la diabetes cubiertos incluyen: monitores de glucosa, tiras reactivas y lancetas. Consulte su *Evidencia de Cobertura* para todos los suministros cubiertos.

### Rehabilitación para pacientes ambulatorios

**Servicios de rehabilitación cardíaca (del corazón)** (con un límite de dos sesiones de una hora por día y un máximo de 36 sesiones en un periodo de 36 semanas):<sup>1,2</sup>

Médicos y centros de nuestro plan: Copago de **\$0.00**

## HealthSun VitalCare (HMO C-SNP)

### Rehabilitación para pacientes ambulatorios

**Servicios de rehabilitación pulmonar** (con un límite de dos sesiones de una hora por día y un máximo de 36 sesiones):<sup>1,2</sup>

Médicos y centros de nuestro plan: Copago de **\$0.00**

**Visita de terapia ocupacional:**<sup>1,2</sup>

Médicos y centros de nuestro plan: Copago de **\$15.00**

### Abuso de sustancias para pacientes ambulatorios<sup>1,2</sup>

**Visita de terapia individual y de grupo:**

Médicos y centros de nuestro plan: Copago de **\$0.00**

### Artículos de venta libre

Este plan cubre determinados medicamentos de venta libre y artículos relacionados con la salud aprobados que se venden sin receta, hasta **\$50** por mes. Los montos de artículos de venta libre (OTC) no utilizados no se transfieren de un mes al otro. Los pedidos por catálogo se limitan a uno por mes.

Para consultar la lista de los artículos de venta libre cubiertos, solicite una copia del Catálogo de artículos de venta libre a su representante de ventas o llámenos al número que aparece en la página 2.

### Cobertura del Sistema de respuesta ante emergencias personales (PERS)

Incluye el dispositivo de control y el servicio de supervisión. Para comenzar e instalar los servicios, llámenos. Podemos ayudarlo.

## HealthSun VitalCare (HMO C-SNP)

### Diálisis renal<sup>1,2</sup>

Médicos y centros de nuestro plan: Copago de **\$0.00**

### Programa de Ejercicios SilverSneakers<sup>®†</sup>

Cuando se convierte en nuestro miembro, puede inscribirse para SilverSneakers. Está incluido en nuestro plan. Para obtener más información, visite [www.silversneakers.com](http://www.silversneakers.com) o llame a SilverSneakers al 1-855-741-4985 (TTY: 711) de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m. hora del Este.

†El Programa de Ejercicios SilverSneakers es una prestación de Tivity Health, una compañía independiente. SilverSneakers es una marca comercial registrada de Tivity Health, Inc. © 2023 Tivity Health, Inc. Todos los derechos reservados.

### Línea de Enfermería 24/7

Acceso a una línea de enfermería las 24 horas, los 7 días de la semana, los 365 días del año

Los servicios con un 1 pueden requerir autorización previa (aprobación previa) del plan. Los servicios con un 2 pueden requerir una referencia de su médico o médico de atención primaria (PCP).

Para los servicios de diagnóstico, análisis de laboratorio y diagnóstico por imágenes con un 5, si hay variedad de copago o de coseguro, el mínimo se aplica a consultorios médicos y a centros independientes para pacientes ambulatorios. Se aplica el copago o coseguro máximo a un centro hospitalario como servicio para pacientes ambulatorios.





# Resumen de la cobertura de medicamentos recetados de 2024

## Formas de ahorrar

1. Elija medicamentos genéricos de los niveles 1 y 2 cuando estén disponibles.
2. Use el servicio de pedido por correo.
3. Use una farmacia preferida. Para encontrar una farmacia preferida de este plan:
  - Visite **[www.healthsun.com](http://www.healthsun.com)** y elija **Encontrar una farmacia [Find a Pharmacy]**. Se indican las farmacias preferidas.
  - Llámenos para que le enviemos una copia del *Directorio de farmacias*.

## HealthSun VitalCare (HMO C-SNP)

### Etapa 1: ¿Cuál es el valor del deducible?

Este plan no tiene un deducible de la Parte D.

### Etapa 2: Cobertura inicial

Después de pagar su deducible anual (si su plan tiene uno), usted paga el monto que figura en la tabla de las páginas siguientes hasta que el total anual de sus costos de medicamentos alcance los **\$5,030**. El costo total anual de medicamentos es el total de los costos de medicamentos que pagan usted y nuestro plan de la Parte D.

Puede obtener sus medicamentos cubiertos en farmacias minoristas y farmacias de pedido por correo de nuestro plan. Por lo general, puede obtener sus medicamentos cubiertos de farmacias que no forman parte de nuestro plan solo cuando no pueda obtener sus medicamentos recetados de una farmacia del plan. Si vive en un centro de cuidados médicos a largo plazo, usted paga lo mismo que en una farmacia minorista estándar.

Si califica para el subsidio por bajos ingresos (LIS), también conocido como el programa de Ayuda Extra (“Extra Help”) de Medicare, el monto que usted paga puede ser diferente en esta etapa.

<b>Etapa 2: Cobertura inicial</b>	
<b>Costos compartidos</b>	<b>HealthSun VitalCare (HMO C-SNP)</b>
<b>Nivel 1: Medicamentos genéricos preferidos</b>	
Suministro para un mes en farmacia minorista preferida	<b>\$0.00</b>
Suministro para un mes en farmacia minorista estándar	<b>\$0.00</b>
Suministro para tres meses a través del pedido por correo	<b>\$0.00<sup>100</sup></b>
<b>Nivel 2: Medicamentos genéricos</b>	
Suministro para un mes en farmacia minorista preferida	<b>\$0.00</b>
Suministro para un mes en farmacia minorista estándar	<b>\$0.00</b>
Suministro para tres meses a través del pedido por correo	<b>\$0.00</b>
<b>Nivel 3: Medicamentos de marca preferida y medicamentos de insulina cubiertos</b>	
Suministro para un mes en farmacia minorista preferida	<b>\$37.00</b>
Suministro de insulina para un mes en farmacia minorista preferida	<b>\$35.00</b>
Suministro para un mes en farmacia minorista estándar	<b>\$42.00</b>
Suministro de insulina para un mes en farmacia minorista estándar	<b>\$35.00</b>

## Etapa 2: Cobertura inicial

Costos compartidos	HealthSun VitalCare (HMO C-SNP)
Suministro para tres meses a través del pedido por correo	<b>No disponible</b>
Suministro de insulina para tres meses a través del pedido por correo	<b>No disponible</b>
<p><b>Nivel 4: Medicamentos no preferidos</b></p> <p>Suministro para un mes en farmacia minorista preferida</p> <p>Suministro para un mes en farmacia minorista estándar</p> <p>Suministro para tres meses a través del pedido por correo</p>	<p><b>\$85.00</b></p> <p><b>\$90.00</b></p> <p><b>No disponible</b></p>
<p><b>Nivel 5: Medicamentos especializados</b></p> <p>Suministro para un mes en farmacia minorista preferida</p> <p>Suministro para un mes en farmacia minorista estándar</p> <p>Suministro para tres meses a través del pedido por correo</p>	<p><b>33%</b></p> <p><b>33%</b></p> <p><b>No disponible</b></p>
<p><b>Nivel 6: Medicamentos suplementarios</b></p> <p>Suministro para un mes en farmacia minorista preferida</p> <p>Suministro para un mes en farmacia minorista estándar</p>	<p><b>\$0.00</b></p> <p><b>\$0.00</b></p>

## Etapa 2: Cobertura inicial

Costos compartidos	HealthSun VitalCare (HMO C-SNP)
Suministro para tres meses a través del pedido por correo	No disponible

<sup>100</sup> El suministro de tres meses para este nivel del plan es de 100 días.

## HealthSun VitalCare (HMO C-SNP)

### Etapa 3: Periodo sin cobertura

Después de que el costo total anual en medicamentos alcance los **\$5,030**, el plan le brinda cobertura limitada para determinados medicamentos. Continuará pagando su distribución de costos desde la etapa del límite de cobertura inicial (ICL) para la etapa del Nivel 1: Medicamentos genéricos preferidos, el Nivel 2: Medicamentos genéricos y el Nivel 6: Medicamentos suplementarios en la etapa sin cobertura. Usted no pagará más del **25%** del costo del plan por otras marcas de formulario y medicamentos genéricos hasta que sus gastos de bolsillo anuales de medicamentos alcancen **\$8,000**.

### Etapa 4: Cobertura catastrófica

Después de que sus gastos anuales de bolsillo en medicamentos alcancen los **\$8,000**, el plan pagará todos los costos de medicamentos de la Parte D cubiertos por Medicare durante el resto del año.

Hay disponibles servicios de traducción; póngase en contacto con el plan o su agente.

Si necesita atención de emergencia o urgencia, llame al 911, o vaya al médico o al centro más cercano que pueda brindarle ayuda. La mayoría de las veces, debe acudir a médicos de nuestro plan para recibir atención médica cubierta, excepto para emergencias y para el cuidado necesario de forma urgente cuando los médicos de nuestro plan no están disponibles, o para servicios de diálisis cuando usted está fuera del área de servicio. Si recibe atención de rutina por parte de médicos que no pertenecen a nuestro plan, ni Medicare ni los planes médicos HealthSun pagarán por ella.

Algunos beneficios mencionados son parte de un programa suplementario especial para enfermos crónicos. No todos los miembros califican.

HealthSun Health Plans es un plan HMO C-SNP que tiene un contrato con Medicare. La inscripción en HealthSun Health Plans depende de la renovación del contrato.

## 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 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计划的任何疑问。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計劃可能存有疑問，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**)。我們講粵語的工作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 الترجمة الفورية المجانية للإجابة عن أي أسئلة تتعلق بالخطة الصحية أو الأدوية. للحصول على مترجم، فوريما عليك سوى الاتصال بنا على الرقم **1-877-336-2069** (TTY: **1-877-206-0500**) يمكن لشخص يتحدث الإنجليزية أن يساعدك. هذه 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.

**Portuguese:** 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。



**INFORMACIÓN IMPORTANTE:**  
Calificación por estrellas de Medicare de 2024

Información  
oficial de  
Medicare  
del Gobierno  
de los  
Estados Unidos



HealthSun Health Plans, Inc. - H5431

**Para 2024, HealthSun Health Plans, Inc. - H5431 recibió las siguientes calificaciones por estrellas de Medicare:**

**Calificación general por estrellas:**



**Calificación de los Servicios de Salud:**



**Calificación de los Servicios de Medicamentos:**



**Cada año, Medicare evalúa los planes basándose en un Sistema de Calificación por 5 estrellas.**

**Por qué es importante la calificación por estrellas**

Medicare califica los planes en base a sus servicios médicos y de medicamentos.

Esto le permite comparar fácilmente los planes en base a la calidad y el desempeño.

La calificación por estrellas se basa en varios factores que incluyen los siguientes:

- Las opiniones de los miembros sobre el servicio y la atención del plan.
- La cantidad de miembros que abandonaron o continuaron en el plan.
- La cantidad de reclamos que recibió Medicare sobre el plan.
- La información suministrada por los médicos y los hospitales que trabajan con el plan.



Este plan obtuvo la **CALIFICACIÓN MÁS ALTA DE MEDICARE** (5 estrellas)

**La cantidad de estrellas indica el desempeño del plan.**

- ★★★★★ EXCELENTE
- ★★★★☆ SUPERIOR AL PROMEDIO
- ★★★☆☆ PROMEDIO
- ★★☆☆☆ DEBAJO DEL PROMEDIO
- ★☆☆☆☆ DEFICIENTE

Más estrellas significan un mejor plan. Por ejemplo, los miembros pueden obtener un mejor cuidado y un mejor y más rápido Servicio al Cliente.

**Obtenga más información sobre la calificación por estrellas en línea**

Para comparar las calificaciones por estrellas de este y otros planes, ingrese en [medicare.gov/plan-compare](https://www.medicare.gov/plan-compare).

**¿Tiene preguntas sobre este plan?**

Comuníquese con HealthSun Health Plans, Inc. los 7 días de la semana de 8 a.m. a 8 p.m., (excepto el Día de Acción de Gracias y Navidad) desde el 1.º de octubre hasta el 31 de marzo, y de lunes a viernes (excepto los días feriados) desde el 1.º de abril hasta el 30 de septiembre, al 1-855-573-0370 (línea gratuita) o al 711 (TTY).

Si es miembro actualmente, llame al 1-877-336-2069 (línea gratuita) o al 711 (TTY).

Este plan está disponible para toda persona que tenga asistencia médica del estado y Medicare.

HealthSun Health Plans es un plan HMO que tiene un contrato con Medicare y un contrato de Medicaid con la Agencia para la Administración del Cuidado Médico del estado de Florida. La inscripción en HealthSun Health Plans depende de la renovación del contrato.

## Lista de verificación previa a la inscripción

Antes de tomar una decisión sobre la inscripción, es importante que comprenda por completo nuestros beneficios y normas. Si tiene alguna pregunta, puede llamar y hablar con un representante de Servicio al Cliente al **1-877-336-2069** TTY: **1-877-206-0500**, de 8 a.m. a 8 p.m., los siete días de la semana (excepto el Día de Acción de Gracias y Navidad) desde el 1.º de octubre hasta el 31 de marzo, y de lunes a viernes (excepto los días feriados) desde el 1.º de abril hasta el 30 de septiembre.

### Comprensión de los beneficios

- La Evidencia de Cobertura (EOC) brinda una lista completa de toda la cobertura y los servicios. Es importante que revise la cobertura, los costos y los beneficios del plan antes de inscribirse. Visite [www.healthsun.com](http://www.healthsun.com) o llame al **1-877-336-2069** para ver una copia de la EOC.
- Revise el directorio de proveedores (o consulte con su médico) para asegurarse de que los médicos que lo atienden ahora están dentro de la red. Si no figuran en la lista, significa que posiblemente deberá seleccionar un médico nuevo.
- Revise el directorio de farmacias para asegurarse de que la farmacia a la que acude para obtener medicamentos recetados está dentro de la red. Si la farmacia no figura en la lista, posiblemente deberá seleccionar una farmacia nueva para obtener sus medicamentos recetados.
- Consulte el formulario para asegurarse de que sus medicamentos estén cubiertos.

### Comprensión de normas importantes

- Efecto sobre la cobertura actual.** Si actualmente está inscrito en un plan Medicare Advantage, su cobertura médica actual de Medicare Advantage finalizará una vez que comience la nueva cobertura de Medicare Advantage. Si tiene Tricare, su cobertura puede verse afectada una vez que comience la nueva cobertura de Medicare Advantage. Comuníquese con Tricare para obtener más información. Si tiene un plan Medigap, una vez que comience su cobertura de Medicare Advantage, le conviene renunciar a la póliza Medigap porque estará pagando por una cobertura que no puede usar.
- Además de la prima mensual del plan, debe continuar pagando su prima de Medicare Parte B. Esta prima generalmente se deduce de su cheque del Seguro Social todos los meses.
- Los beneficios, las primas y/o los copagos/coseguros pueden cambiar el 1.º de enero de 2025.
- Salvo en casos de emergencia o urgencia, no cubrimos los servicios prestados por proveedores fuera de la red (médicos que no figuran en el directorio de proveedores).

Este plan es un plan de necesidades especiales para condiciones crónicas (C-SNP). Su aptitud para inscribirse dependerá de que se verifique que usted tiene una condición crónica discapacitante o grave específica que reúna los requisitos.