

Guía de beneficios de 2024

Aviso anual de cambios

HealthSun HealthAdvantage Plus (HMO)

Servicios para los miembros:

1-877-336-2069 TTY: 1-877-206-0500

www.healthsun.com

Su plan acaba de mejorar. Consulte el interior para ver qué mejoró.



No necesita hacer nada al respecto, su plan se renovará automáticamente a fin de año.



Apreciamos que sea nuestro miembro

Apreciamos la continuidad de la confianza que ha depositado en nosotros como socio de su atención de salud. Reiteramos nuestro compromiso de prestar atención médica de bajo costo y ayuda a nuestros miembros a mejorar y mantener su salud. Nuestro enfoque es la prestación de atención que tenga el poder de mejorar la salud integral de la persona para que usted pueda dedicarse a los que le gusta hacer.

Usted sigue siendo el centro de todo lo que hacemos. Es por ello que nuestros planes de Medicare Advantage se crearon con el fin de ofrecer beneficios y servicios que los miembros como usted encontrarán de máxima utilidad para tener una salud óptima.

Este folleto facilita la comprensión de la cobertura del próximo año. Su Aviso anual de cambios compara sus beneficios de 2023 con sus beneficios de 2024. La información sobre su plan 2024 estará disponible dentro de su cuenta segura en línea en www.healthsun.com el 15 de octubre como preparación para el periodo de elección anual que va del 15 de octubre al 7 de diciembre de 2023.

Su plan de salud ha cambiado para mejorar y ahora usted tiene acceso a mejores beneficios. No tiene que hacer nada para mantener su cobertura con las nuevas prestaciones. Su póliza se renovará automáticamente al final del año.

Le reiteramos nuestro agradecimiento por ser un miembro valioso. Si desea hacer alguna pregunta o necesita ayuda para comprender los beneficios de su plan, no dude en llamarnos al número de teléfono que figura en el reverso de su tarjeta de identificación de miembro.



HealthSun HealthAdvantage Plus (HMO) *ofrecido por* HealthSun Planes de salud

Aviso anual de cambios para 2024

Actualmente, usted está inscrito como miembro de HealthSun HealthAdvantage Plus (HMO). El próximo año, se aplicarán cambios en los costos y beneficios del plan. **Consulte la página 5 para obtener un resumen de costos importantes, incluida la prima.**

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

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

Qué hacer ahora

1. **PREGUNTE:** qué cambios se aplican a usted

- Verifique los cambios en nuestros beneficios y costos para saber si le afectan.
 - Revise los cambios a los costos de atención médica (médico, hospital).
 - Revise los cambios en nuestra cobertura de medicamentos, incluidos los requisitos de autorización y los costos.
 - Considere cuánto gastará en primas, deducibles y costos compartidos.
- Consulte los cambios en la “Lista de medicamentos” de 2024 para asegurarse de que los medicamentos que toma actualmente aún estén cubiertos.
- Verifique si sus médicos de atención primaria, especialistas, hospitales y otros proveedores, incluidas las farmacias, se encontrarán en nuestra red el año próximo.
- Piense si se encuentra satisfecho con nuestro plan.

2. **COMPARE:** conozca otras opciones de planes

- Revise la cobertura y los costos de los planes en su área. Use el Medicare Plan Finder (Localizador de planes de Medicare) en el sitio web www.medicare.gov/plan-compare, o revise la lista en la contraportada del manual *Medicare & You (Medicare Y Usted) de 2024*.
- Una vez que limite su elección a un plan preferido, confirme sus costos y cobertura en el sitio web del plan.

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

- Si no se inscribe en otro plan antes del 7 de diciembre de 2023, permanecerá inscrito en HealthSun HealthAdvantage Plus (HMO).
- Si desea cambiar a un **plan diferente**, puede hacerlo desde el 15 de octubre hasta el 7 de diciembre. Su nueva cobertura comenzará el **1 de enero de 2024**. Esto finalizará su inscripción en el plan HealthSun HealthAdvantage Plus (HMO).
- Si acaba de ingresar a una institución (como un centro de atención de enfermería especializada o un hospital de atención a largo plazo), actualmente vive allí o acaba de salir de allí, puede cambiarse de plan o cambiarse a Medicare Original (con o sin un plan separado de medicamentos con receta de Medicare) en cualquier momento.

Recursos adicionales

- Este documento está disponible de forma gratuita en español.
- Para obtener información adicional, comuníquese con nuestro número de Servicios para los miembros al 1-877-336-2069. (Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-206-0500). El horario de atención es 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana (excepto el Día de Acción de Gracias y Navidad) del 1 de octubre al 31 de marzo; y de lunes a viernes (excepto días feriados) del 1 de abril al 30 de septiembre. Esta llamada es gratuita.
- Este documento está disponible en braille, en tamaño de letra grande y en audio. Para solicitar este documento en un formato alternativo, llame a Servicios para los miembros al teléfono impreso en la portada de este documento.
- **La cobertura según este plan califica como cobertura de salud que reúne los requisitos (Qualifying Health Coverage, QHC)** y cumple con el requisito de responsabilidad compartida individual de la Ley de protección del paciente y cuidado de salud de bajo costo (Patient Protection and Affordable Care Act, ACA). Para obtener más información, visite el sitio web del Servicio de Impuestos Internos (Internal Revenue Service, IRS) en www.irs.gov/Affordable-Care-Act/Individuals-and-Families.

Acerca de HealthSun HealthAdvantage Plus (HMO)

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

- Cuando este documento dice "nosotros", "nos" o "nuestro/a", hace referencia a HealthSun Health Plans. Cuando dice "plan" o "nuestro plan", hace referencia a HealthSun HealthAdvantage Plus (HMO).

Aviso anual de cambios para 2024
Índice

Resumen de costos importantes para 2024	5
SECCIÓN 1 Cambios en los costos y beneficios para el año próximo	8
Sección 1.1 – Cambios en la prima mensual	8
Sección 1.2 – Cambios en el monto máximo que paga de su bolsillo	9
Sección 1.3 – Cambios en la red de proveedores y farmacias	9
Sección 1.4 – Cambios en los beneficios y costos de los servicios médicos	10
Sección 1.5 – Cambios en la cobertura para medicamentos con receta de la Parte D	12
SECCIÓN 2 Cambios administrativos.....	17
SECCIÓN 3 Cómo decidir qué plan elegir.....	18
Sección 3.1 – Si desea seguir inscrito en HealthSun HealthAdvantage Plus (HMO)	18
Sección 3.2 – Si desea cambiar de plan	18
SECCIÓN 4 Plazo para el cambio de plan	19
SECCIÓN 5 Programas que ofrecen asesoramiento gratuito sobre Medicare	20
SECCIÓN 6 Programas que ayudan a pagar los medicamentos con receta	20
SECCIÓN 7 Preguntas.....	21
Sección 7.1 – Cómo recibir ayuda de HealthSun HealthAdvantage Plus (HMO).....	21
Sección 7.2 – Cómo recibir ayuda de Medicare	21

Resumen de costos importantes para 2024

La siguiente tabla compara los costos de 2023 y 2024 para HealthSun HealthAdvantage Plus (HMO) en varias áreas importantes. **Tenga en cuenta que esto es solo un resumen de los costos.**

Costo	2023 (este año)	2024 (próximo año)
<p>Prima mensual del plan*</p> <p>* Su prima puede ser mayor que este monto. Consulte la Sección 1.1 para obtener detalles.</p>	\$0.00	\$0.00
<p>Monto máximo de gastos de bolsillo</p> <p>Este es el monto <u>máximo</u> de gastos de bolsillo por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B.</p> <p>(Consulte la Sección 1.2 para obtener detalles).</p>	\$3,450.00	\$3,450.00
<p>Consultas en el consultorio del médico</p>	<p>Consultas de atención primaria: Dentro de la red Copago de \$0.00 por consulta</p> <p>Consultas a especialistas: Dentro de la red Copago de \$0.00 por consulta</p>	<p>Consultas de atención primaria: Dentro de la red Copago de \$0.00 por consulta</p> <p>Consultas a especialistas: Dentro de la red Copago de \$0.00 por consulta</p>
<p>Hospitalizaciones para pacientes internados</p>	<p>Dentro de la red Copago de \$0.00 por estadía</p>	<p>Dentro de la red Copago de \$0.00 por estadía</p>

Costo	2023 (este año)	2024 (próximo año)
<p>Cobertura para medicamentos con receta de la Parte D</p> <p>(Consulte la Sección 1.5 para obtener más detalles).</p>	<p>Deducible: \$0</p> <p>Copago o Coseguro durante la Etapa de cobertura inicial:</p> <p>Farmacia minorista preferida:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Medicamentos de Nivel 1: medicamentos genéricos preferidos: \$0.00 • Medicamentos de Nivel 2: medicamentos genéricos: \$0.00 • Medicamentos de Nivel 3: medicamentos de marca preferida: \$42.00 Usted paga \$35.00 por un suministro para un mes de cada producto de insulina cubierto en este nivel. • Medicamentos de Nivel 4: medicamentos de marca no preferida: \$95.00 • Medicamentos de Nivel 5: medicamentos para la atención especializada: 33% • Medicamentos de Nivel 6: medicamentos complementarios: \$0.00 	<p>Deducible: \$0</p> <p>Copago o Coseguro durante la Etapa de cobertura inicial:</p> <p>Farmacia minorista preferida:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Medicamentos de Nivel 1: medicamentos genéricos preferidos: \$0.00 • Medicamentos de Nivel 2: medicamentos genéricos: \$0.00 • Medicamentos de Nivel 3: medicamentos de marca preferida: \$42.00 Usted paga \$35.00 por un suministro para un mes de cada producto de insulina cubierto en este nivel. • Medicamentos de Nivel 4: medicamentos de marca no preferida: \$95.00 • Medicamentos de Nivel 5: medicamentos para la atención especializada: 33% • Medicamentos de Nivel 6: medicamentos complementarios: \$0.00

Costo	2023 (este año)	2024 (próximo año)
	<p>Farmacia minorista estándar:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Medicamentos de Nivel 1: medicamentos genéricos preferidos: \$0.00 • Medicamentos de Nivel 2: medicamentos genéricos: \$0.00 • Medicamentos de Nivel 3: medicamentos de marca preferida: \$47.00 Usted paga \$35.00 por un suministro para un mes de cada producto de insulina cubierto en este nivel. • Medicamentos de Nivel 4: medicamentos de marca no preferida: \$100.00 • Medicamentos de Nivel 5: medicamentos para la atención especializada: 33% • Medicamentos de Nivel 6: medicamentos complementarios: \$0.00 <p>Cobertura en situaciones catastróficas:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Durante esta etapa de pago, el plan paga la mayor parte del costo de sus medicamentos cubiertos. 	<p>Farmacia minorista estándar:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Medicamentos de Nivel 1: medicamentos genéricos preferidos: \$0.00 • Medicamentos de Nivel 2: medicamentos genéricos: \$0.00 • Medicamentos de Nivel 3: medicamentos de marca preferida: \$47.00 Usted paga \$35.00 por un suministro para un mes de cada producto de insulina cubierto en este nivel. • Medicamentos de Nivel 4: medicamentos de marca no preferida: \$100.00 • Medicamentos de Nivel 5: medicamentos para la atención especializada: 33% • Medicamentos de Nivel 6: medicamentos complementarios: \$0.00 <p>Cobertura en situaciones catastróficas:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Durante esta etapa de pago, el plan paga el costo total de sus medicamentos cubiertos de la Parte D y por los

Costo	2023 (este año)	2024 (próximo año)
	<ul style="list-style-type: none"> Por cada medicamento con receta, usted paga uno de los siguientes montos, el que sea mayor: un pago igual al 5% del costo del medicamento (a esto se le llama coseguro) o un copago (\$4.15 por un medicamento genérico o por un medicamento que se trate como medicamento genérico y \$10.35 por todos los demás medicamentos). 	medicamentos excluidos que están cubiertos por nuestro beneficio mejorado. Usted no paga nada.

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

Sección 1.1 – Cambios en la prima mensual

Costo	2023 (este año)	2024 (próximo año)
Prima mensual (Debe seguir pagando su prima de la Parte B).	\$0.00	\$0.00
Reducción de la prima de la Parte B	\$145.00 cada mes	\$164.90 cada mes

- Su prima mensual del plan será *mayor* si debe pagar una multa por inscripción tardía en la Parte D de por vida por no tener otra cobertura para medicamentos que sea, al menos, equivalente a la cobertura para medicamentos de Medicare (también conocida como cobertura acreditable) durante 63 días o más.
- Si posee ingresos más elevados, es posible que deba pagar un monto adicional por mes directamente al gobierno por su cobertura para medicamentos con receta de Medicare.

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

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

Costo	2023 (este año)	2024 (próximo año)
Monto máximo de gastos de bolsillo Sus costos por servicios médicos cubiertos (como copagos) se tienen en cuenta para su monto máximo de gastos de bolsillo. Los costos por medicamentos con receta no se tienen en cuenta para el monto máximo de gastos de bolsillo.	\$3,450.00	\$3,450.00 Una vez que haya pagado \$3,450.00 de gastos de bolsillo por servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B, no pagará nada por sus servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B por el resto del año calendario.

Sección 1.3 – Cambios en la red de proveedores y farmacias

Los directorios actualizados se encuentran en nuestro sitio web en www.healthsun.com. También puede llamar a Servicios para los miembros para obtener información actualizada sobre los proveedores y/o las farmacias o para solicitarnos que le enviemos por correo un directorio, y lo haremos en un plazo de tres días hábiles.

Hay cambios en nuestra red de proveedores para el próximo año. **Revise el *Directorio de proveedores de 2024* para ver si sus proveedores (proveedor de atención primaria, especialistas, hospitales, etc.) se encuentran en nuestra red.**

Hay cambios en nuestra red de farmacias para el próximo año. **Revise el *Directorio de farmacias* para conocer qué farmacias se encuentran en nuestra red.**

Es importante que usted sepa que podemos realizar cambios en los hospitales, médicos y especialistas (proveedores), y las farmacias que forman parte de su plan durante el año. Si un cambio de mediados de año en nuestros proveedores le afecta, comuníquese con Servicios para los miembros para que podamos ayudarle.

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

Estamos cambiando los costos y beneficios para ciertos servicios médicos para el siguiente año. La información que está a continuación describe los cambios.

Costo	2023 (este año)	2024 (próximo año)
Ambulancia aérea	Copago de \$150.00 No deberá pagar el copago si lo admiten en el hospital, lo transfieren a otra institución o vuelve a su hogar.	Coseguro del 20% <u>No</u> deberá pagar el copago si lo admiten en el hospital, lo transfieren a otra institución o vuelve a su hogar.
Ambulancia terrestre o acuática	No deberá pagar el copago si lo admiten en el hospital, lo transfieren a otra institución o vuelve a su hogar.	<u>Deberá</u> pagar el copago si lo admiten en el hospital, lo transfieren a otra institución o vuelve a su hogar.
Servicios de quiropráctica	Este plan cubre lo siguiente: <ul style="list-style-type: none"> • Servicios cubiertos por Medicare. • Hasta 12 visitas de rutina por año. No se requiere autorización previa <u>ni</u> referencia.	Este plan cubre lo siguiente: <ul style="list-style-type: none"> • Servicios cubiertos por Medicare Las consultas de rutina <u>no</u> están cubiertas. Se requiere autorización previa y referencia.
Servicios de audición (suplementarios)	Es posible que se requiera autorización previa y remisión para audífonos y para la colocación/evaluación de audífonos.	<u>No</u> se requiere autorización previa ni remisión para audífonos ni para la colocación/evaluación de audífonos.
Servicios de radiología terapéutica ambulatoria	<u>No</u> se requiere referencia.	Se requiere referencia.

Costo	2023 (este año)	2024 (próximo año)
Radiografías (entorno ambulatorio)	<u>No</u> se requiere referencia.	Se requiere referencia.
Servicios de radiología diagnóstica (entorno ambulatorio)	<u>No</u> se requiere referencia.	Se requiere referencia.
Cobertura complementaria de artículos de venta libre	\$35.00 por mes Este plan cubre determinados medicamentos de venta libre y artículos relacionados con la salud aprobados que se venden sin receta. Los montos de artículos de venta libre (OTC) no utilizados no se transfieren de un mes al otro.	\$50.00 por mes Este plan cubre determinados medicamentos de venta libre y artículos relacionados con la salud aprobados que se venden sin receta. Los montos de artículos de venta libre (OTC) no utilizados no se transfieren de un mes al otro.
Acupuntura (suplementaria)	Este plan cubre lo siguiente: <ul style="list-style-type: none"> • Servicios cubiertos por Medicare. • Hasta 12 visitas de rutina por año. 	Este plan cubre lo siguiente: <ul style="list-style-type: none"> • Servicios cubiertos por Medicare Las consultas de rutina <u>no</u> están cubiertas.
Beneficios suplementarios especiales para enfermos crónicos	Comidas Saludables (Healthy Meals) - para condiciones crónicas El plan <u>no</u> ofrece este beneficio. Se requiere cumplir con los criterios de los Beneficios suplementarios especiales para enfermos crónicos que se	Comidas Saludables - para condiciones crónicas Copago de \$0.00 Los miembros elegibles reciben hasta 20 comidas por mes en ubicaciones aprobadas por el plan. Se requiere cumplir con los criterios de los Beneficios suplementarios especiales para enfermos crónicos que se

Costo	2023 (este año)	2024 (próximo año)
	indican en el Capítulo 4 de la Evidencia de Cobertura.	indican en el Capítulo 4 de la Evidencia de Cobertura.

Nota: A partir de julio de 2023, los costos compartidos de la insulina suministrada a través de un equipo médico duradero (DME) están sujetos a un coseguro máximo de \$35 por el suministro de insulina para un mes. Para obtener más información sobre los costos compartidos de la insulina suministrada a través de un equipo médico duradero, consulte la Tabla de beneficios médicos del Capítulo 4 de su *Evidencia de cobertura*.

Sección 1.5 – Cambios en la cobertura para medicamentos con receta de la Parte D

Cambios en nuestra “Lista de medicamentos”

Nuestra lista de medicamentos cubiertos se llama Formulario o “Lista de medicamentos”. Una copia de nuestra “Lista de medicamentos” se encuentra en formato electrónico. **Puede obtener la “Lista de medicamentos” completa** llamando a Servicios para los miembros (consulte la contraportada) o visite nuestro sitio web www.healthsun.com.

Hemos realizado cambios en nuestra “Lista de medicamentos”, incluidos cambios en los medicamentos que cubrimos y cambios en las restricciones que se aplican a nuestra cobertura para ciertos medicamentos. **Revise la “Lista de medicamentos” para asegurarse de que sus medicamentos estén cubiertos el próximo año y para saber si habrá restricciones de algún tipo, o si su medicamento se movió a un nivel diferente de costo compartido.**

La mayoría de los cambios nuevos en la “Lista de medicamentos” se realizan al comienzo de cada año. No obstante, durante el año, podemos hacer otros cambios permitidos por Medicare, como eliminar inmediatamente medicamentos considerados inseguros por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) o que fueron retirados del mercado por un fabricante. Actualizamos nuestra “Lista de medicamentos” en línea para proporcionar la versión más actualizada.

Si se ve afectado por un cambio en la cobertura de medicamentos al comienzo del año o durante el año, consulte el Capítulo 9 de su Evidencia de cobertura y hable con su médico para conocer sus opciones, como solicitar un suministro temporal, solicitar una excepción y/o trabajar para encontrar un medicamento nuevo. También puede comunicarse a Servicios para los miembros para obtener más información.

Cambios en los costos de los medicamentos con receta

Nota: si participa en un programa que lo ayuda a pagar sus medicamentos (Ayuda Extra (“Extra Help”)), **la información sobre los costos de los medicamentos con receta de la Parte D puede no aplicarse en su caso.** Nosotros le enviamos un inserto separado, que se denomina “Evidence of Coverage Rider for People Who Get Extra Help Paying for Prescription Drugs” (Cláusula adicional a la Evidencia de cobertura para las personas que reciben Ayuda Extra (“Extra Help”) para pagar los medicamentos con receta), también denominada Low Income Subsidy Rider o LIS Rider (Cláusula adicional del subsidio por bajos ingresos, LIS), que le informa sobre los costos de sus medicamentos. Si recibe Ayuda Extra (“Extra Help”) y no ha recibido este inserto antes del 30 de septiembre de 2023, llame a Servicios para los miembros y pida la Cláusula adicional del subsidio por bajos ingresos (LIS).

Existen cuatro **etapas de pago de los medicamentos**. La siguiente información describe los cambios en las dos primeras etapas: la Etapa del deducible anual y la Etapa de cobertura inicial. (La mayoría de los miembros no llega a las otras dos etapas: la Etapa del periodo sin cobertura o la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas).

Cambios a la Etapa del deducible

Etapa	2023 (este año)	2024 (próximo año)
Etapa 1: Etapa del deducible anual	Al no haber deducible, esta etapa de pago no se aplica.	Al no haber deducible, esta etapa de pago no se aplica.

Cambios en sus costos compartidos en la Etapa de cobertura inicial

Etapa	2023 (este año)	2024 (próximo año)
<p>Etapa 2: Etapa de cobertura inicial</p> <p>Durante esta etapa, el plan cubre la parte que le corresponde de sus medicamentos, y usted paga su parte del costo.</p> <p>La mayoría de las vacunas para adultos de la Parte D están cubiertas sin costo para usted.</p> <p>Los costos que se indican en esta fila corresponden a un suministro para un mes (30 días) cuando obtiene su medicamento con receta en una farmacia de la red. Para obtener información sobre los costos por un suministro a largo plazo de medicamentos con receta para pedido por correo, consulte la Sección 5 del Capítulo 6 de su <i>Evidencia de cobertura</i>.</p> <p>Cambiamos el nivel de algunos de los medicamentos de la “Lista de medicamentos”. Para saber si sus medicamentos pasarán a un nivel diferente, búselos en la “Lista de medicamentos”.</p>	<p>Su costo por un suministro para un mes que se obtiene en una farmacia de la red:</p> <p>Nivel 1: medicamentos genéricos preferidos: <i>Costo compartido estándar:</i> Usted paga \$0.00 por medicamento con receta.</p> <p><i>Costo compartido preferido:</i> Usted paga \$0.00 por medicamento con receta.</p>	<p>Su costo por un suministro para un mes que se obtiene en una farmacia de la red:</p> <p>Nivel 1: medicamentos genéricos preferidos: <i>Costo compartido estándar:</i> Usted paga \$0.00 por medicamento con receta.</p> <p><i>Costo compartido preferido:</i> Usted paga \$0.00 por medicamento con receta.</p>

Etapa	2023 (este año)	2024 (próximo año)
<p>Etapa 2: Etapa de cobertura inicial (continuación)</p>	<p>Nivel 2: medicamentos genéricos: <i>Costo compartido estándar:</i> Usted paga \$0.00 por medicamento con receta.</p> <p><i>Costo compartido preferido:</i> Usted paga \$0.00 por medicamento con receta.</p> <p>Nivel 3: medicamentos de marca preferida: <i>Costo compartido estándar:</i> Usted paga \$47.00 por medicamento con receta.</p> <p>Usted paga \$35.00 por un suministro para un mes de cada producto de insulina cubierto en este nivel.</p> <p><i>Costo compartido preferido:</i> Usted paga \$42.00 por medicamento con receta.</p> <p>Usted paga \$35.00 por un suministro para un mes de cada producto de insulina cubierto en este nivel.</p>	<p>Nivel 2: medicamentos genéricos: <i>Costo compartido estándar:</i> Usted paga \$0.00 por medicamento con receta.</p> <p><i>Costo compartido preferido:</i> Usted paga \$0.00 por medicamento con receta.</p> <p>Nivel 3: medicamentos de marca preferida: <i>Costo compartido estándar:</i> Usted paga \$47.00 por medicamento con receta.</p> <p>Usted paga \$35.00 por un suministro para un mes de cada producto de insulina cubierto en este nivel.</p> <p><i>Costo compartido preferido:</i> Usted paga \$42.00 por medicamento con receta.</p> <p>Usted paga \$35.00 por un suministro para un mes de cada producto de insulina cubierto en este nivel.</p>

Etapa	2023 (este año)	2024 (próximo año)
Etapa 2: Etapa de cobertura inicial (continuación)	<p>Nivel 4: medicamentos de marca no preferida: <i>Costo compartido estándar:</i> Usted paga \$100.00 por medicamento con receta.</p> <p><i>Costo compartido preferido:</i> Usted paga \$95.00 por medicamento con receta.</p> <p>Nivel 5: medicamentos para la atención especializada: <i>Costo compartido estándar:</i> Usted paga 33% del costo total.</p> <p><i>Costo compartido preferido:</i> Usted paga 33% del costo total.</p> <p>Nivel 6: medicamentos complementarios: <i>Costo compartido estándar:</i> Usted paga \$0.00 por medicamento con receta.</p> <p><i>Costo compartido preferido:</i> Usted paga \$0.00 por medicamento con receta.</p>	<p>Nivel 4: medicamentos de marca no preferida: <i>Costo compartido estándar:</i> Usted paga \$100.00 por medicamento con receta.</p> <p><i>Costo compartido preferido:</i> Usted paga \$95.00 por medicamento con receta.</p> <p>Nivel 5: medicamentos para la atención especializada: <i>Costo compartido estándar:</i> Usted paga 33% del costo total.</p> <p><i>Costo compartido preferido:</i> Usted paga 33% del costo total.</p> <p>Nivel 6: medicamentos complementarios: <i>Costo compartido estándar:</i> Usted paga \$0.00 por medicamento con receta.</p> <p><i>Costo compartido preferido:</i> Usted paga \$0.00 por medicamento con receta.</p>

Etapa	2023 (este año)	2024 (próximo año)
Etapa 2: Etapa de cobertura inicial (continuación)	<p>Una vez que los costos totales de los medicamentos alcancen los \$4,660, pasará a la siguiente etapa (Etapa del periodo sin cobertura).</p>	<p>Una vez que los costos totales de los medicamentos alcancen los \$5,030, pasará a la siguiente etapa (Etapa del periodo sin cobertura).</p>

Cambios a la Etapa del periodo sin cobertura y en la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas

Las otras dos etapas de cobertura de medicamentos, la Etapa del periodo sin cobertura y la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas, son para personas que incurren en costos elevados de medicamentos. **La mayoría de los miembros no llega a la Etapa del periodo sin cobertura ni a la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas.**

A partir de 2024, si usted llega a la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas, no pagará nada por los medicamentos cubiertos de la Parte D ni por los medicamentos excluidos cubiertos por nuestro beneficio mejorado.

Para obtener información específica sobre sus costos en estas etapas, consulte las Secciones 6 y 7 del Capítulo 6, de su *Evidencia de cobertura*.

SECCIÓN 2 Cambios administrativos

Descripción	2023 (este año)	2024 (año próximo)
Servicios adicionales de telesalud	No se requiere autorización previa ni remisión.	Se requiere autorización previa y remisión.

Descripción	2023 (este año)	2024 (año próximo)
Monitores de glucosa continuos	No se requiere autorización previa.	Se requiere autorización previa. Los monitores continuos de glucosa están disponibles como beneficio cubierto para los diabéticos que requieren utilizar insulina y tienen dificultades para controlar sus niveles de azúcar en sangre.
Suministro a largo plazo de medicamentos de Nivel 1 de la Parte D	Puede obtener un suministro para hasta 90 días de medicamentos de mantenimiento del Nivel 1.	Puede obtener un suministro para hasta 100 días de medicamentos de mantenimiento del Nivel 1.

SECCIÓN 3 Cómo decidir qué plan elegir

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

Para seguir inscrito en nuestro plan no es necesario que haga nada. Si no se inscribe en un plan diferente ni se cambia a Medicare Original antes del 7 de diciembre, se lo inscribirá automáticamente en nuestro plan HealthSun HealthAdvantage Plus (HMO).

Sección 3.2 – Si desea cambiar de plan

Esperamos que continúe siendo miembro de nuestro plan durante el año próximo, pero si desea cambiar de plan en 2024, siga estos pasos:

Paso 1: conozca y compare sus opciones

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

Para obtener más información sobre Medicare Original y los diferentes tipos de planes de Medicare, use el Medicare Plan Finder (Localizador de planes de Medicare), disponible en www.medicare.gov/plan-

compare; consulte el manual *Medicare & You 2024 (Medicare Y Usted 2024)*, llame a su Programa estatal de asistencia sobre seguro médico (consulte la Sección 5), o llame a Medicare (consulte la Sección 7.2).

Paso 2: cambie su cobertura

- Para **cambiar a un plan de salud de Medicare diferente**, inscríbese en el nuevo plan. Automáticamente, se cancelará su inscripción en HealthSun HealthAdvantage Plus (HMO).
- Para **cambiar a Medicare Original con un plan de medicamentos con receta**, inscríbese en un plan de medicamentos nuevo. Automáticamente, se cancelará su inscripción en HealthSun HealthAdvantage Plus (HMO).
- Para **cambiar a Medicare Original sin un plan de medicamentos con receta**, debe seguir uno de estos pasos:
 - Envíenos una solicitud por escrito para cancelar la inscripción. Si necesita más información sobre cómo hacerlo, comuníquese con Servicios para los miembros.
 - *O* puede llamar a **Medicare** al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), durante las 24 horas, los 7 días de la semana, y pedir que se cancele su inscripción. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

SECCIÓN 4 Plazo para el cambio de plan

Si desea cambiar a un plan diferente o a Medicare Original para el próximo año, puede hacerlo desde el **15 de octubre hasta el 7 de diciembre**. El cambio entrará en vigencia el 1 de enero de 2024.

¿Puedo realizar un cambio en otro momento del año?

En ciertas situaciones, también se permite realizar cambios en otros momentos del año. Algunos ejemplos incluyen a las personas que tienen Medicaid, aquellos que reciben “Ayuda Extra” (“Extra Help”) para pagar sus medicamentos, aquellos que tienen la cobertura de un empleador o van a dejarla y las personas que se trasladan fuera del área de servicio.

Si usted está inscrito en un plan Medicare Advantage para el 1 de enero de 2024 y no le gusta su opción de plan, puede cambiarse a otro plan de salud de Medicare (con o sin cobertura para medicamentos con receta de Medicare) o cambiarse a Medicare Original (con o sin cobertura para medicamentos con receta de Medicare) entre el 1 de enero y el 31 de marzo de 2024.

Si acaba de ingresar a una institución (como un centro de atención de enfermería especializada o un hospital de atención a largo plazo), actualmente vive allí o acaba de salir de allí, puede cambiar su cobertura de Medicare **en cualquier momento**. Puede cambiarse a cualquier otro plan de salud de Medicare (con o sin cobertura para medicamentos con receta de Medicare) o cambiarse a Medicare Original (con o sin un plan separado de medicamentos con receta de Medicare) en cualquier momento.

SECCIÓN 5 Programas que ofrecen asesoramiento gratuito sobre Medicare

El Programa estatal de asistencia sobre seguro médico (State Health Insurance Assistance Program, SHIP) es un programa independiente del gobierno con asesores capacitados en todos los estados. En Florida, el SHIP se llama Serving Health Insurance Needs of Elders (SHINE).

Es un programa estatal que recibe fondos del gobierno federal con el fin de brindar asesoramiento sobre seguros médicos, a nivel local y **de forma gratuita**, a las personas que tienen Medicare. Los asesores del Serving Health Insurance Needs of Elders (SHINE) pueden ayudarlo con las preguntas o los problemas que tenga respecto de Medicare. Podrán ayudarlo a comprender las opciones de los planes de Medicare y responder preguntas sobre cómo cambiar de plan. Puede llamar a Serving Health Insurance Needs of Elders (SHINE) al 1-800-96-ELDER (1-800-963-5337) (TTY 1-800-955-8770). Para obtener más información sobre Florida Serving Health Insurance Needs of Elders (SHINE), visite su sitio web (<http://www.floridashine.org/>).

SECCIÓN 6 Programas que ayudan a pagar los medicamentos con receta

Es posible que reúna los requisitos para recibir ayuda para pagar los medicamentos con receta. A continuación, enumeramos diferentes tipos de ayuda:

- **Ayuda Extra (“Extra Help”) de Medicare.** Es posible que las personas con ingresos limitados reúnan los requisitos para recibir Ayuda Extra (“Extra Help”) para pagar los costos de los medicamentos con receta. Si reúne los requisitos, Medicare podría pagar hasta el 75% o más de los costos de sus medicamentos, incluso las primas mensuales de los medicamentos con receta, los deducibles anuales y el coseguro. Además, las personas que reúnan los requisitos no tendrán un periodo sin cobertura ni una multa por inscripción tardía. Para saber si reúne los requisitos, llame a las siguientes opciones:
 - 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048, durante las 24 horas, los 7 días de la semana.
 - La Administración del Seguro Social al 1-800-772-1213, de 8:00 a. m. a 7:00 p. m., de lunes a viernes para hablar con un representante. Los mensajes automáticos están disponibles las 24 horas. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-325-0778.
 - La oficina de Medicaid de su estado (solicitudes).
- **Asistencia con los costos compartidos para medicamentos con receta para personas con VIH/SIDA.** El Programa de asistencia de medicamentos para el SIDA (AIDS Drug Assistance Program, ADAP) ayuda a garantizar que las personas elegibles para el ADAP que tienen VIH/SIDA tengan acceso a medicamentos para el VIH que salvan vidas. Las personas deben cumplir con ciertos

criterios, incluso comprobante de residencia en el estado y estatus del VIH, comprobante de bajos ingresos según lo establece el Estado y estatus de no asegurado/con seguro insuficiente. Los medicamentos con receta de Medicare Parte D que también estén cubiertos por el ADAP califican para la asistencia con los costos compartidos para medicamentos con receta a través del Programa de asistencia de medicamentos para el SIDA (Florida AIDS Drug Assistance Program (ADAP)). Para obtener información sobre los criterios de elegibilidad, los medicamentos cubiertos o cómo inscribirse en el programa, llame al 1-800-352-2437 (1-800-FLA-AIDS) English
1-800-545-7432 (1-800-545-SIDA) Spanish.

SECCIÓN 7 Preguntas

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

¿Tiene preguntas? Estamos aquí para ayudar. Llame a Servicios para los miembros al 1-877-336-2069. (Solo los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-206-0500). Estamos disponibles para recibir llamadas telefónicas de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana (excepto el Día de Acción de Gracias y Navidad) del 1 de octubre al 31 de marzo; y de lunes a viernes (excepto días feriados) del 1 de abril al 30 de septiembre. Las llamadas a estos números son gratuitas.

Lea su *Evidencia de cobertura de 2024* (describe en detalle los beneficios y costos para el próximo año)

Este *Aviso anual de cambios* le ofrece un resumen de los cambios en sus beneficios y costos para 2024. Para obtener detalles, consulte la *Evidencia de cobertura para 2024* de HealthSun HealthAdvantage Plus (HMO). La *Evidencia de cobertura* es la descripción detallada legal de los beneficios de su plan. Explica sus derechos y las normas que debe seguir para recibir sus servicios cubiertos y medicamentos con receta. Encontrará una copia de la *Evidencia de cobertura* en nuestro sitio web en www.healthsun.com. También puede llamar a Servicios para los miembros para solicitarnos que le enviemos por correo una *Evidencia de cobertura*.

Visite nuestro sitio web

También puede visitar nuestro sitio web www.healthsun.com. Le recordamos que, en nuestro sitio web, puede encontrar la información más actualizada acerca de nuestra red de proveedores (Directorio de proveedores y farmacias) y nuestra *Lista de medicamentos cubiertos (Formulario/ "Lista de medicamentos")*.

Sección 7.2 – Cómo recibir ayuda de Medicare

Para obtener información directamente de Medicare, haga lo siguiente:

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

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

Visite el sitio web de Medicare

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

Lea *Medicare & You 2024 (Medicare Y Usted 2024)*

Lea el manual *Medicare & You 2024 (Medicare Y Usted 2024)*. Cada otoño, este documento se envía por correo a las personas que tienen Medicare. Contiene un resumen de los beneficios, los derechos y las protecciones de Medicare, y las respuestas a las preguntas más frecuentes acerca de Medicare. Si usted no tiene una copia de este documento, puede obtenerla en el sitio web de Medicare (<https://www.medicare.gov/Pubs/pdf/10050-medicare-and-you.pdf>) o llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

Puede tener acceso a la documentación de su plan en línea.

A partir del 15 de octubre de 2023 puede tener acceso a la documentación importante de su plan en línea de dos maneras:

1. Inicie sesión o regístrese en su cuenta segura en línea en www.healthsun.com.
2. Si no dispone de una cuenta segura en línea, visite www.healthsun.com e introduzca su código postal (zip code). Busque su plan y seleccione la documentación del plan.

Documentos del plan disponibles el 15 de octubre de 2023:

Evidencia de cobertura: para obtener detalles completos sobre su cobertura y sus costos.



- Visite www.healthsun.com. En Membership Information (Información para miembros), seleccione Member Resources (Recursos para miembros), luego vaya a Forms & Documents (Formularios y documentos) y seleccione el nombre de su plan.

Formulario: para obtener una lista de los medicamentos con receta que están cubiertos por su plan.



- Visite www.healthsun.com. En Membership Information (Información para miembros), seleccione Prescription Drug Benefits (Beneficios de medicamentos con receta), desplácese hasta Prescription Drug Formularies (Formularios de medicamentos con receta) y busque el nombre del medicamento.

Directorio de proveedores/farmacias: para localizar un médico o una farmacia de la red.



- Visite www.healthsun.com. Seleccione la visualización bajo Provider or Pharmacy (Proveedor o farmacia) e introduzca el código postal (zip code) en el campo de búsqueda.

Si necesita ayuda o desea que le enviemos estos documentos por correo, llámenos al 1-877-336-2069 (TTY: 711).

Exención de responsabilidad sobre opioides:

Utilizar analgésicos opioides para tratar el dolor durante más de siete días conlleva graves riesgos, como adicción, sobredosis o incluso la muerte. Si su dolor continúa, hable con su médico sobre tratamientos alternativos con menos riesgos. Algunas opciones sobre las que puede preguntar a su médico son las de medicamentos no opioides, acupuntura o fisioterapia para ver si estos son adecuados para usted. Averigüe cómo su plan cubre estas opciones accediendo a su cuenta segura en línea.

Protección de su privacidad: dónde encontrar nuestro Aviso sobre prácticas de privacidad

Sus derechos en cuanto a su información de salud protegida

La Ley de Portabilidad y Responsabilidad de los Seguros de Salud de 1996 (Health Insurance Portability and Accountability Act, HIPAA) es una ley federal que regula la privacidad de la información de salud identificable individualmente. La HIPAA nos exige que le notifiquemos la disponibilidad de nuestro Aviso sobre prácticas de privacidad. El aviso describe nuestras prácticas de privacidad, nuestras obligaciones legales y sus derechos en relación con su información de salud protegida. Debemos seguir las prácticas de privacidad descritas en el aviso mientras esté en vigencia (permanecerá en vigencia a menos y hasta que publiquemos y emitamos un nuevo aviso).

Podemos utilizar datos públicos y/o comercialmente disponibles sobre usted para proporcionarle información sobre los beneficios y servicios disponibles del plan de salud. Nosotros, incluidos nuestros afiliados y/o proveedores, podemos llamarle o enviarle mensajes de texto utilizando un sistema de marcación telefónica automática y/o una voz artificial. Pero solamente lo hacemos de acuerdo con la Ley de Protección del Consumidor Telefónico (Telephone Consumer Protection Act, TCPA). Las llamadas pueden ser para informarle sobre opciones de tratamiento u otros beneficios y servicios relacionados con la salud. Si no desea que nos pongamos en contacto con usted por teléfono, hágase saber a la persona que llama y no volveremos a ponernos en contacto por esta vía, o llame al **1-877-336-2069 (TTY: 711)** para agregar su número de teléfono a nuestra lista de No llamar.

Puede obtener una copia de nuestro Aviso sobre prácticas de privacidad en nuestro sitio web en www.healthsun.com o puede ponerse en contacto con Servicios para los miembros utilizando la información de contacto que figura en su tarjeta de identificación.

Aviso estatal de prácticas de privacidad

Como indicamos en nuestro Aviso sobre prácticas de privacidad de la HIPAA, debemos cumplir las leyes estatales que son más estrictas que la ley federal de privacidad HIPAA. Este aviso explica sus derechos y nuestras obligaciones legales según la ley estatal.

Sus datos personales

Podemos recabar, utilizar y compartir su información personal (personal information, PI) no pública tal y como se describe en este aviso. La PI es información que identifica a una persona y que a menudo se recaba en un asunto de seguros.

Si utilizamos o divulgamos PI con fines de suscripción, tenemos prohibido utilizar o divulgar PI que sea información genética de una persona para dichos fines.

Podemos recabar su PI de otras personas o entidades como médicos, hospitales u otras aseguradoras.

En algunos casos, podemos compartir su PI con personas o entidades ajenas a nuestra compañía sin su consentimiento.

Si participáramos en una actividad que nos obligara a darle la oportunidad de excluirse de dicha actividad, nos pondremos en contacto con usted. Le indicaremos cómo puede hacernos saber que no desea que utilicemos ni compartamos su PI para una actividad determinada.

Tiene derecho a tener acceso a su PI y corregirla.

Dado que la PI se define como cualquier información que pueda utilizarse para hacer juicios sobre su salud, finanzas, carácter, hábitos, aficiones, reputación, carrera y crédito, tomamos medidas de seguridad razonables para proteger la PI que tenemos sobre usted.

Puede solicitar un aviso estatal más detallado. Llame al número de teléfono que figura en su tarjeta de identificación. O puede encontrar más información en www.healthsun.com.

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 ليس عليك سوى الاتصال بنا على **1-877-336-2069 (TTY: 1-877-206-0500)**. سيقوم شخص ما يتحدث العربية بمساعدتك. 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。

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

CarelonRx, Inc. es una compañía independiente que proporciona servicios de administración de beneficios farmacéuticos en nombre de su plan de salud.

