

# Resumen de Beneficios



## Gracias por su interés en nuestros planes Medicare Advantage

Los planes médicos HealthSun ofrecen beneficios para ayudarlo a mantenerse sano y protegerlo de costos inesperados. Este plan incluye beneficios médicos, hospitalarios y de medicamentos en un solo plan.

### Medicare Advantage y Parte D

**Año del plan:** 1.º de enero al 31 de diciembre de 2025

#### Florida

Condados de Broward y Miami-Dade

#### HealthSun MediSun Extra (HMO D-SNP)

# HealthSun MediSun Extra (HMO D-SNP)

## HealthSun MediSun Extra (HMO D-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**. 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.

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

HealthSun MediSun Extra (HMO D-SNP) es un plan Medicare Advantage. Para inscribirse en este plan, debe cumplir con lo siguiente<sup>7</sup>:

- Tener derecho a Medicare Parte A.
- Estar inscrito en Medicare Parte B y en Agency for Healthcare Administration (el programa de Medicaid del estado).
- Vivir en nuestra área de servicio.

---

<sup>7</sup> Este plan está disponible para toda persona que tenga asistencia médica del estado y Medicare.

# HealthSun MediSun Extra (HMO D-SNP)

## Elegibilidad

Para inscribirse en este plan, también debe recibir algún grado de asistencia médica de Agency for Healthcare Administration (el programa de Medicaid del estado) tal como se describe a continuación:

### HealthSun MediSun Extra (HMO D-SNP)

- ❑ Si tiene el estado de **cobertura completa de Medicaid (Doblemente Elegible para Beneficios Completos [FBDE])**, usted es elegible para el programa Agency for Healthcare Administration. Esto puede cubrir su parte de los costos de Medicare, tales como primas para la Parte A y la Parte B, deducibles, coseguros y copagos.
- ❑ Si tiene el estado de **Trabajador discapacitado calificado (QDWI)**, usted es elegible para el programa Agency for Healthcare Administration, que paga la prima de Medicare Parte A
- ❑ Si tiene el estado de **Beneficiario calificado de Medicare (QMB)**, es elegible para el programa Agency for Healthcare Administration, que paga las primas, los deducibles y los costos compartidos de Medicare, excepto para Medicare Parte D.
- ❑ Si tiene el estado de **Beneficiario calificado de Medicare Plus (QMB+)**, es elegible para el programa Agency for Healthcare Administration, que paga las primas, los deducibles y los costos compartidos de Medicare. Usted también es elegible para recibir todos los beneficios de Medicaid
- ❑ Si tiene el estado de **Beneficiario de Medicare con ingresos bajos especificados (SLMB)**, usted es elegible para el programa Agency for Healthcare Administration. Esto paga su prima de Medicare Parte B.

- Si tiene el estado de **Beneficiario de Medicare con ingresos bajos especificados Plus (SLMB+)**, recibe ayuda para pagar las primas de la Parte B. Usted también es elegible para recibir los beneficios completos de Medicaid. En algunos casos, usted puede recibir asistencia del programa Medicaid de su estado para ayudarlo a pagar su costo compartido de Medicare. Si el servicio está cubierto tanto por Medicare como por Medicaid, su costo compartido podría ser de \$0. Puede haber ocasiones en las que usted sea responsable de pagar los costos compartidos si un servicio o beneficio no está cubierto por Medicaid.
- Si tiene el estado de **Persona calificada (QI)**, usted es elegible para el programa Agency for Healthcare Administration. Esto paga su prima de Medicare Parte B.

### 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.
- Si se modifica la elegibilidad para Medicaid, es posible que también se modifique su costo. Debe volver a certificar su inscripción en Medicaid para seguir recibiendo la cobertura de los costos compartidos de Medicare.

## ¿Se encuentra su 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 médico (Find a Doctor). Solo siga los pasos indicados.

## Cómo encontrar un proveedor/PCP que trabaja con nuestro plan:



- Visite **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**.

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



- Visite **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*.

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/medicare-and-you](http://www.medicare.gov/medicare-and-you)) 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 2025

## HealthSun MediSun Extra (HMO D-SNP)

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

**\$0.00** por mes

Es posible que su prima de la Parte B esté cubierta por su agencia de Medicaid estatal para los inscritos en el D-SNP.

¿Cuál es el valor del deducible?

Este plan no tiene deducible médico.

El deducible de la Parte D no se aplica a usted.

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

**\$3,450.00** 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 MediSun Extra (HMO D-SNP)

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

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

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.

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

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

### 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):**

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 MediSun Extra (HMO D-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
- Pruebas de detección y consejería para el abuso del alcohol
- 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
- Pruebas 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 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
- Cuidado de visión
- Visita preventiva de “Bienvenida a Medicare” (por única vez)

## HealthSun MediSun Extra (HMO D-SNP)

### Pruebas de detección preventivas

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.

### Atención de emergencia

Copago de **\$0.00**

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

Copago de **\$0.00**

Este plan cubre los servicios de atención de urgencia y de emergencia, 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** por año.

### Servicios de urgencia

Copago de **\$0.00**

## HealthSun MediSun Extra (HMO D-SNP)

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

#### **Servicios de radiología de diagnóstico**

Tomografías computarizadas (CT), resonancia magnética (MRI), angiografía de resonancia magnética (MRA), tomografías por emisión de positrones (PET) en los consultorios de los médicos de nuestro plan:

Copago de \$0.00

CT, MRI, MRA, PET en los centros ambulatorios de nuestro plan:

Copago de \$0.00

Ecografías en los consultorios de los médicos de nuestro plan:

Copago de \$0.00

Ecografías en centros ambulatorios de nuestro plan:

Copago de \$0.00

#### **Procedimientos y pruebas de diagnóstico**

Consultorios médicos de nuestro plan:

Copago de \$0.00

Centros para pacientes ambulatorios de nuestro plan:

Copago de \$0.00

#### **Servicios de laboratorio**

Consultorios médicos de nuestro plan:

Copago de \$0.00

Centros para pacientes ambulatorios de nuestro plan:

Copago de \$0.00

## HealthSun MediSun Extra (HMO D-SNP)

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

#### **Radiografías ambulatorias**

Consultorios médicos de nuestro plan:

Copago de \$0.00

Centros u hospitales para pacientes ambulatorios de nuestro plan:

Copago de \$0.00

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

## HealthSun MediSun Extra (HMO D-SNP)

### Servicios de audición

**Servicios de audición cubiertos por Medicare** (examen para diagnosticar y tratar problemas de audición y equilibrio):

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

#### **Servicios de audición de rutina:**

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** 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 MediSun Extra (HMO D-SNP)

### Servicios dentales

#### **Servicios dentales preventivos e integrales<sup>1</sup> (asignación combinada)**

Este plan cubre una asignación de hasta **\$5,000** para servicios dentales integrales y preventivos cubiertos 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 lo siguiente: 2 exámenes, 2 limpiezas profilácticas, 2 tratamientos de flúor, 2 radiografías dentales periapicales por año, 2 series de radiografías de aleta de mordida por año y 1 radiografía panorámica cada tres años.

#### **Servicios dentales integrales:<sup>1</sup>**

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

Este plan cubre hasta: 4 empastes de resina o amalgama por año, 2 coronas por año, 2 tratamientos de conducto por año, 1 limpieza periodontal/alizado radicular por cuadrante por año, 1 desbridamiento de boca completa cada 24 meses consecutivos, 2 servicios de mantenimiento periodontal por año, 2 implantes por año, 4 procedimientos por año, incluidas las extracciones o la remoción de raíces dentales residuales, 1 dentadura postiza completa o parcial de la mandíbula superior (por arco) cada 3 años, y 1 dentadura postiza completa o parcial de la mandíbula inferior (por arco) cada 3 años. Otros servicios generales complementarios, incluida la anestesia local junto con procedimientos quirúrgicos o de operaciones.

Consulte la *Evidencia de Cobertura* para obtener una lista completa de los beneficios dentales, las limitaciones y las exclusiones.

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 MediSun Extra (HMO D-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 **\$400** para anteojos o lentes de contacto por año.

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

## HealthSun MediSun Extra (HMO D-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: copago de **\$0.00** por estadía

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

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

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

## HealthSun MediSun Extra (HMO D-SNP)

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

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

Servicios de transporte de emergencia de nuestro plan: copago de **\$0.00** por viaje

#### **Ambulancia aérea:**

Servicios de transporte de emergencia de nuestro plan: copago de **\$0.00** por viaje

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

Copago de **\$0.00**. Este plan cubre viajes ilimitados de transporte de ida o de vuelta de rutina por año a ubicaciones relacionadas con la salud. También 6 viajes de transporte de ida o de vuelta de rutina por año a ubicaciones aprobadas por el plan que no estén relacionadas con la salud.

### 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: copago de **\$0.00**; coseguro del **20%**

## HealthSun MediSun Extra (HMO D-SNP)

### Medicamentos de Medicare Parte B

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

Medicamentos obtenidos de médicos y centros de nuestro plan: copago de **\$0.00**; coseguro del **20%**

El copago mínimo se aplica a medicamentos de insulina cubiertos por Medicare Parte B, 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 una farmacia o ubicaciones selectas para el tratamiento agudo de enfermedades crónicas.

Se aplica el costos compartido máximo 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 o en 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.

**Nota:** Si es elegible para recibir asistencia para los costos compartidos de Medicare en virtud de Medicaid, no paga nada por sus medicamentos de Medicare Parte B.

# Beneficios adicionales

## HealthSun MediSun Extra (HMO D-SNP)

### Acupuntura

#### **Servicios de acupuntura cubiertos por Medicare:<sup>1,2</sup>**

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

Disponible para personas con dolor lumbar crónico en ciertas circunstancias. Consulte la *Evidencia de Cobertura* para obtener más información.

#### **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.

## HealthSun MediSun Extra (HMO D-SNP)

### 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).

### 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.

El *Formulario* de su plan incluye información adicional sobre todos los medicamentos cubiertos como parte de este beneficio.

## HealthSun MediSun Extra (HMO D-SNP)

### Asignación de Opciones Everyday

Este beneficio proporciona una asignación para gastos combinados de **\$225** cada mes en su tarjeta prepagada de beneficios Mastercard® para **dispositivos de asistencia, artículos alimenticios elegibles y servicios públicos.**

Usted dispone de varias maneras convenientes de utilizar el beneficio:

- Compre en tiendas minoristas participantes cerca de usted (alimentos únicamente)
- Compre en línea en el sitio web del proveedor aprobado
- Compre a través de la aplicación móvil del proveedor aprobado
- Llame para hacer un pedido.
- Haga un pedido por correo (dispositivos de asistencia únicamente)
- Con su proveedor de servicios públicos

Los montos no utilizados caducan al final de cada mes.

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

#### **Podología cubierta por Medicare:**

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

#### **Atención de rutina de los pies:**

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

Este plan cubre lo siguiente: 1 consulta de atención de rutina de los pies por trimestre.

## HealthSun MediSun Extra (HMO D-SNP)

### Comidas Saludables - para condiciones crónicas<sup>1,6</sup>

Copago de **\$0.00**. Si le diagnosticaron una condición crónica, es elegible para recibir 1 comida al día hasta un máximo de 20 comidas al 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**

### 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**

## HealthSun MediSun Extra (HMO D-SNP)

### Suministros/equipos médicos

#### **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**

**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 **\$0.00**

### 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**

## HealthSun MediSun Extra (HMO D-SNP)

### Productos de venta libre

Este plan cubre determinados medicamentos de venta libre y artículos relacionados con la salud aprobados que se venden sin receta, hasta **\$128** por mes. Los montos de artículos de venta libre (OTC) no utilizados caducan al final de cada mes. 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.

También puede consultar **www.HealthSun.com** para encontrar la lista de productos OTC cubiertos.

### 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.

### 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** 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.

<sup>†</sup>SilverSneakers es una marca comercial registrada de Tivity Health, Inc. © 2024 Tivity Health, Inc. Todos los derechos reservados. Tivity Health, Inc. es una compañía independiente que ofrece un programa de ejercicios en nombre de este plan.

## HealthSun MediSun Extra (HMO D-SNP)

### 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.

Es posible que los servicios con un 2 requieran una referencia de su médico o 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.

Beneficios con un 6: Los beneficios mencionados son Beneficios suplementarios especiales para enfermos crónicos (SSBCI). Puede calificar para recibir los SSBCI si tiene un riesgo alto de hospitalización y requiere coordinación de cuidados intensivos para manejar condiciones crónicas, como enfermedades renales crónicas, trastornos pulmonares crónicos, trastornos cardiovasculares, insuficiencia cardíaca crónica o diabetes. Para obtener una lista completa de condiciones crónicas o para obtener más información sobre otros requisitos de elegibilidad necesarios para calificar para los beneficios de SSBCI, consulte el Capítulo 4 en la Evidencia de Cobertura del plan.

# Resumen de beneficios cubiertos por Medicaid

## Servicios disponibles a través de Agency for Healthcare Administration:

Los siguientes servicios no están cubiertos o podrían estar cubiertos parcialmente por HealthSun MediSun Extra (HMO D-SNP) , pero están disponibles a través de Medicaid.

Para obtener las normas de elegibilidad, asistencia con la coordinación de su acceso a estos beneficios e información adicional sobre estos servicios, visite Agency for Healthcare Administration.

- Servicios para alergias
- Servicios en centros quirúrgicos ambulatorios
- Servicios de anestesia
- Servicios de atención de asistencia
- Servicios de evaluación de la 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 superpuestos de salud conductual
- Servicios de terapia de salud conductual
- Servicios cardiovasculares
- Administración de casos dirigida para servicios de salud para niños
- Servicios de quiropráctica
- Servicios del departamento de salud del condado
- Servicios dentales
- Servicios de diálisis
- Equipo médico duradero y suministros médicos
- Servicios de intervención temprana

- Servicios de transporte de emergencia
- Servicios de evaluación y administración
- Servicios de centros de salud calificados federalmente
- Servicios gastrointestinales
- Servicios genitourinarios
- Servicios de audición
- Servicios de salud en el hogar
- Servicios hospitalarios para pacientes internados
- Servicios tegumentarios
- Servicios de laboratorio
- Servicios de tutela temporal médica
- Administración de casos dirigida de salud mental
- Servicios de neurología
- Servicios de transporte que no sea de emergencia
- Servicios prestados en un centro de enfermería
- Servicios de terapia ocupacional
- Servicios de cirugía oral y maxilofacial
- Servicios de ortopedia
- Servicios hospitalarios ambulatorios
- Servicios para el manejo del dolor
- Servicios de cuidado personal
- Servicios de fisioterapia
- Servicios de podología
- Servicios de medicamentos recetados
- Servicios de enfermería privada
- Servicios de medicina nuclear y radiología
- Servicios en un centro regional de cuidados intensivos perinatales
- Servicios reproductivos

- Servicios para el sistema respiratorio
- Servicios de terapia respiratoria
- Servicios de clínicas de salud rurales
- Servicios terapéuticos especializados
- Servicios de patologías del habla y del lenguaje
- Programa de psiquiatría para pacientes hospitalizados a nivel estatal
- Servicios de trasplantes
- Servicios de asistencia visual
- Servicios de cuidado de la visión

Las categorías anteriores no constituyen una lista completa de beneficios y están sujetas a las políticas de cobertura y limitación que figuran en su contrato de Medicaid.

### **Costos compartidos y protección de costos compartidos para todos los miembros**

Puede pagar los costos compartidos por los beneficios cubiertos por Medicare o ser elegible para recibir asistencia a través de Medicaid. No tendrá copagos por los medicamentos recetados cubiertos por el beneficio de medicamentos de Medicare Parte D.

Si recibe cuidado de un proveedor no contratado, es posible que el proveedor no entienda el plan o estas normas de facturación. Si recibe una factura por servicios cubiertos por Medicare, llame al número de teléfono de Servicios para Miembros que aparece en su tarjeta de identificación del plan.

### ¿Tiene alguna pregunta?

Lo que usted paga por los servicios cubiertos puede depender de su nivel de elegibilidad para Medicaid. Si tiene preguntas sobre su elegibilidad para Medicaid y a qué beneficios tiene derecho, llame al **1-877-711-3662**, lunes y jueves de 8:00 a.m. a 8:00 p.m.; martes, miércoles y viernes de 8:00 a.m. a 7:00 p.m. hora del Este. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-866-467-4970.



## Resumen de la cobertura de medicamentos recetados de 2025

**No tiene que pagar nada (\$0) por los medicamentos de la Parte D por todo el año.**

Es posible que haya limitaciones con respecto al tipo de medicamentos cubiertos.

Consulte la Lista de medicamentos cubiertos (Formulario) de HealthSun MediSun Extra (HMO D-SNP) en [www.healthsun.com](http://www.healthsun.com) para obtener más información.

# Formas en las que respaldamos su salud

## Programa de directivas anticipadas

Como miembro de nuestro plan, tendrá acceso a un recurso en línea de planificación anticipada de la atención para poder crear una directiva anticipada donde pueda combinar los siguientes elementos:

- Un testamento vital.
- Poder legal médico.
- Un formulario de No intentar reanimar.
- Un formulario de donación de órganos.

Puede crear su propio plan de salud digital e incluir archivos de audio y video. Si ya tiene estos documentos preparados, puede guardarlos y asegurarse de que se compartan con sus médicos y proveedores de cuidado médico las 24 horas del día, los siete días de la semana. Puede agregar información nueva en cualquier momento, a medida que cambien su estado de salud o sus deseos.

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 HealthSun Health Plans pagarán por ella.

Beneficios con un 6: Los beneficios mencionados son Beneficios suplementarios especiales para enfermos crónicos (SSBCI). Puede calificar para los SSBCI si tiene un alto riesgo de hospitalización y requiere coordinación de cuidados intensivos para manejar afecciones crónicas, como enfermedades renales crónicas, trastornos pulmonares crónicos, trastornos cardiovasculares, insuficiencia cardíaca crónica o diabetes. Para obtener una lista completa de afecciones crónicas o para obtener más información sobre otros requisitos de elegibilidad necesarios para los beneficios de SSBCI, consulte el Capítulo 4 en la *Evidencia de Cobertura* del plan.

The Bancorp Bank N.A., miembro de la FDIC, emite la tarjeta prepaga de beneficios de Mastercard® conforme a la licencia de Mastercard International Incorporated, y la tarjeta se puede utilizar para gastos elegibles en cualquier lugar que se acepte Mastercard. Válido solo en los EE. UU. Sin acceso a dinero en efectivo. Esta no es una tarjeta de regalo ni un certificado de regalo. Usted ha recibido esta tarjeta como gratificación sin el pago de ningún valor monetario ni consideración.

HealthSun Health Plans es un plan HMO D-SNP que tiene un contrato con Medicare y un contrato de Medicaid con la Agency for Health Care Administration del estado de Florida. La inscripción en HealthSun Health Plans depende de la renovación del contrato.

