

# 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**

Condado de Miami-Dade

**HealthSun HealthAdvantage Plan (HMO)**

**HealthSun HealthAdvantage Plus (HMO)**

# HealthSun HealthAdvantage Plan (HMO) y HealthSun HealthAdvantage Plus (HMO)

HealthSun HealthAdvantage Plan (HMO) y HealthSun HealthAdvantage Plus (HMO)  
Nuestra área de servicio abarca este condado de FL: 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 HealthAdvantage Plan (HMO) y HealthSun HealthAdvantage Plus (HMO) son planes Medicare Advantage. Incluyen beneficios hospitalarios, médicos y de medicamentos recetados. Para inscribirse en uno de estos planes, debe cumplir con lo siguiente:

- Tener derecho a Medicare Parte A.
- Estar inscrito en Medicare Parte B.
- Vivir 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 HealthAdvantage Plan (HMO) y HealthSun HealthAdvantage Plus (HMO)

## 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.

## Estos son planes de Organización para el Mantenimiento de la Salud (HMO).

### 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. Su PCP conoce su historial de salud y puede ayudarlo a encontrar la atención adecuada.

## ¿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 proveedor (Find a Provider). 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**.

Nuestros planes ofrecen 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. La Ayuda Extra (“Extra Help”) puede cubrir los deducibles, primas, copagos y coseguros del plan de medicamentos recetados. Además, 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 estatal de Medicaid.

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 HealthAdvantage Plan (HMO)

## HealthSun HealthAdvantage Plus (HMO)

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

**\$0.00** por mes  
Debe continuar pagando la prima de Medicare Parte B.

**\$0.00** por mes  
Debe continuar pagando la prima de Medicare Parte B.

Reducción de la prima de Medicare Parte B

**\$0.00** por mes

**\$174.70** por mes

¿Cuál es el valor del deducible?

Este plan no tiene deducible médico.

Este plan no tiene deducible médico.

Este plan no tiene un deducible de la Parte D.

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)

**\$1,500.00** por año por los servicios de médicos y centros de nuestro plan

**\$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 HealthAdvantage Plan (HMO)	HealthSun HealthAdvantage Plus (HMO)
<b>Hospital para pacientes internados<sup>1,2</sup></b>	
<p>Centros de nuestro plan: copago de <b>\$0.00</b> por estadía</p> <p>Nuestro plan cubre 93 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.</p>	<p>Centros de nuestro plan: copago de <b>\$0.00</b> por estadía</p> <p>Nuestro plan cubre 93 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.</p>
<b>Hospital para pacientes ambulatorios<sup>1,2</sup></b>	
<p>Médicos y centros de nuestro plan: copago de <b>\$0.00</b></p> <p>Lo que usted pagará puede depender del servicio y el lugar en el que reciba el tratamiento.</p>	<p>Médicos y centros de nuestro plan: copago de <b>\$75.00</b></p>
<b>Centro quirúrgico ambulatorio<sup>1,2</sup></b>	
<p>Médicos y centros de nuestro plan: copago de <b>\$0.00</b></p>	<p>Médicos y centros de nuestro plan: copago de <b>\$0.00</b></p>
<b>Visitas al consultorio del médico</b>	
<b>Visita al médico de atención primaria (PCP):</b>	
<p>PCP de nuestro plan: copago de <b>\$0.00</b></p>	<p>PCP de nuestro plan: copago de <b>\$0.00</b></p>

**HealthSun HealthAdvantage  
Plan (HMO)**

**HealthSun HealthAdvantage  
Plus (HMO)**

Visitas al consultorio del médico

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

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

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

## HealthSun HealthAdvantage Plan (HMO)

## HealthSun HealthAdvantage Plus (HMO)

### Pruebas de detección preventivas

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

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

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 HealthAdvantage Plan (HMO)

## HealthSun HealthAdvantage Plus (HMO)

### 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 **\$50.00**

Si se lo admite en el hospital en un plazo de 24 horas, no tiene que pagar su parte del costo por la atención de emergencia.

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

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.

Copago de **\$120.00**

Si se lo admite en el hospital en un plazo de 24 horas, no tiene que pagar su parte del costo por la atención de emergencia.

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

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**

Copago de **\$0.00**

## HealthSun HealthAdvantage Plan (HMO)

## HealthSun HealthAdvantage Plus (HMO)

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

	HealthSun HealthAdvantage Plan (HMO)	HealthSun HealthAdvantage Plus (HMO)
<p><b>Servicios de radiología de diagnóstico</b></p> <p>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:</p> <p>CT, MRI, MRA, PET en los centros ambulatorios de nuestro plan:</p> <p>Ecografías en los consultorios de los médicos de nuestro plan:</p> <p>Ecografías en centros ambulatorios de nuestro plan:</p>	<p>Copago de \$0.00</p> <p>Copago de \$0.00</p> <p>Copago de \$0.00</p> <p>Copago de \$0.00</p>	<p>Copago de \$0.00</p> <p>Copago de \$75.00</p> <p>Copago de \$0.00</p> <p>Copago de \$75.00</p>
<p><b>Procedimientos y pruebas de diagnóstico</b></p> <p>Consultorios médicos de nuestro plan:</p> <p>Centros para pacientes ambulatorios de nuestro plan:</p>	<p>Copago de \$0.00</p> <p>Copago de \$0.00</p>	<p>Copago de \$0.00</p> <p>Copago de \$75.00</p>

## HealthSun HealthAdvantage Plan (HMO)

## HealthSun HealthAdvantage Plus (HMO)

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

	<b>HealthSun HealthAdvantage Plan (HMO)</b>	<b>HealthSun HealthAdvantage Plus (HMO)</b>
<b>Servicios de laboratorio</b>		
Consultorios médicos de nuestro plan:	Copago de \$0.00	Copago de \$0.00
Centros para pacientes ambulatorios de nuestro plan:	Copago de \$0.00	Copago de \$0.00
<b>Radiografías ambulatorias</b>		
Consultorios médicos de nuestro plan:	Copago de \$0.00	Copago de \$0.00
Centros u hospitales para pacientes ambulatorios de nuestro plan:	Copago de \$0.00	Copago de \$75.00
Centro independiente o servicios de radiografía portátil en el hogar de nuestro plan:	Copago de \$0.00	Copago de \$0.00
<b>Servicios de radiología terapéutica (como tratamiento de radiación para el cáncer)</b>		
Médicos y centros médicos de nuestro plan:	Copago de \$0.00	Copago de \$0.00; copago de \$60.00

## HealthSun HealthAdvantage Plan (HMO)

## HealthSun HealthAdvantage Plus (HMO)

### 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**

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.

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**

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

## HealthSun HealthAdvantage Plan (HMO)

## HealthSun HealthAdvantage Plus (HMO)

### 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.

Este plan cubre una asignación de hasta **\$2,000** 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.

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.



## HealthSun HealthAdvantage Plan (HMO)

## HealthSun HealthAdvantage Plus (HMO)

### Servicios dentales

#### 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.

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, 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.

## HealthSun HealthAdvantage Plan (HMO)

## HealthSun HealthAdvantage Plus (HMO)

### Servicios dentales

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)**.

### 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**

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**

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**

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

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

## HealthSun HealthAdvantage Plan (HMO)

## HealthSun HealthAdvantage Plus (HMO)

### Servicios de la visión

#### 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**

Este plan cubre hasta **\$200** para anteojos o lentes de contacto por año.

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

### 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.

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**

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

## HealthSun HealthAdvantage Plan (HMO)

## HealthSun HealthAdvantage Plus (HMO)

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

Médicos y centros de nuestro plan:  
Días 1 a 20: **\$0.00** por día; días 21 a 100: **\$20.00** por día

Médicos y centros de nuestro plan:  
Días 1 a 20: **\$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.

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

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

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 **\$75.00** por viaje

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

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

HealthSun HealthAdvantage Plan (HMO)	HealthSun HealthAdvantage Plus (HMO)
<b>Transporte<sup>1,2</sup></b>	
<p>Copago de <b>\$0.00</b>. Este plan cubre servicios ilimitados de transporte de ida o de vuelta de rutina por año. Los viajes se limitan a 50 millas.</p>	<p>Copago de <b>\$0.00</b>. Este plan cubre servicios ilimitados de transporte de ida o de vuelta de rutina por año. Los viajes se limitan a 50 millas.</p>
<b>Medicamentos de Medicare Parte B</b>	
<b>Insulina proporcionada a través de una bomba de insulina:</b>	
<p>Medicamentos obtenidos de médicos y centros de nuestro plan: copago de <b>\$0.00</b> a copago de <b>\$35.00</b></p>	<p>Medicamentos obtenidos de médicos y centros de nuestro plan: copago de <b>\$0.00</b> a copago de <b>\$35.00</b></p>
<b>Otros medicamentos de la Parte B:<sup>1</sup></b>	
<p>Medicamentos obtenidos de médicos y centros de nuestro plan: copago de <b>\$0.00</b>; coseguro del <b>20%</b></p>	<p>Medicamentos obtenidos de médicos y centros de nuestro plan: copago de <b>\$0.00</b>; coseguro del <b>20%</b></p>

## HealthSun HealthAdvantage Plan (HMO)

## HealthSun HealthAdvantage Plus (HMO)

### 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%**

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 el costo 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, 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 HealthAdvantage Plan (HMO)

## HealthSun HealthAdvantage Plus (HMO)

### Acupuntura

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

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

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

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

Disponibile 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.

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.

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

**HealthSun HealthAdvantage  
Plan (HMO)**

**HealthSun HealthAdvantage  
Plus (HMO)**

Cuidados quiroprácticos<sup>1,2</sup>

**Servicios de quiropráctica cubiertos por Medicare:**

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

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 HealthAdvantage Plan (HMO)

## HealthSun HealthAdvantage Plus (HMO)

### 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 el copago del Nivel 6 más adelante en este Resumen de beneficios para saber cuánto pagará. Usted paga el costo compartido del límite de cobertura inicial (ICL) 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.

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 el copago del Nivel 6 más adelante en este Resumen de beneficios para saber cuánto pagará. Usted paga el costo compartido del límite de cobertura inicial (ICL) 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.

## HealthSun HealthAdvantage Plan (HMO)

## HealthSun HealthAdvantage Plus (HMO)

### Asignación de Opciones Everyday

Este beneficio proporciona una asignación para gastos combinados de **\$50** cada mes en su tarjeta prepagada de beneficios Mastercard® para **dispositivos de asistencia, artículos alimenticios elegibles<sup>6</sup> y servicios públicos<sup>6</sup>**. 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.

No se ofrecen

## HealthSun HealthAdvantage Plan (HMO)

## HealthSun HealthAdvantage Plus (HMO)

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

#### Podología cubierta por Medicare:

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

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 atención de rutina de los pies por trimestre.

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

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

### 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.

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.

## HealthSun HealthAdvantage Plan (HMO)

## HealthSun HealthAdvantage Plus (HMO)

### 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.

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

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

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

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**

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**

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

## HealthSun HealthAdvantage Plan (HMO)

## HealthSun HealthAdvantage Plus (HMO)

### 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.

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**

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**

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**

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

## HealthSun HealthAdvantage Plan (HMO)

## HealthSun HealthAdvantage Plus (HMO)

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**

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

### 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 **\$80** 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.

Este plan cubre determinados medicamentos de venta libre y artículos relacionados con la salud aprobados que se venden sin receta, hasta **\$55** 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.

HealthSun HealthAdvantage Plan (HMO)	HealthSun HealthAdvantage Plus (HMO)
<b>Cobertura del Sistema de respuesta ante emergencias personales (PERS)</b>	
Incluye el dispositivo de control y el servicio de supervisión. Para comenzar e instalar los servicios, llámenos. Podemos ayudarlo.	No se ofrecen
<b>Diálisis renal<sup>1,2</sup></b>	
Médicos y centros de nuestro plan: copago de <b>\$0.00</b>	Médicos y centros de nuestro plan: copago de <b>\$0.00</b>
<b>Programa de Ejercicios SilverSneakers<sup>®†</sup></b>	
Cuando se convierte en nuestro miembro, puede inscribirse para SilverSneakers. Está incluido en nuestro plan. Para obtener más información, visite <b>www.silversneakers.com</b> 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.	Cuando se convierte en nuestro miembro, puede inscribirse para SilverSneakers. Está incluido en nuestro plan. Para obtener más información, visite <b>www.silversneakers.com</b> 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.

†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 HealthAdvantage Plan (HMO)

## HealthSun HealthAdvantage Plus (HMO)

### 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

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.

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 la cobertura de medicamentos recetados de 2025

### 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** 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 HealthAdvantage Plan (HMO)

## HealthSun HealthAdvantage Plus (HMO)

### Etapa 1: Etapa de deducible anual

Este plan no tiene un deducible de la Parte D.

Este plan no tiene un deducible de la Parte D.

### Etapa 2: Etapa de 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 **\$2,000**. El total anual de los costos de medicamentos es el total de los costos de medicamentos que paga usted o algún tercero en su nombre, incluidos los pagos por los beneficios suplementarios proporcionados por nuestro plan de la Parte D.

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 **\$2,000**. El total anual de los costos de medicamentos es el total de los costos de medicamentos que paga usted o algún tercero en su nombre, incluidos los pagos por los beneficios suplementarios proporcionados por nuestro plan de la Parte D.

Puede obtener sus medicamentos cubiertos en farmacias minoristas y en 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, paga lo mismo que en una farmacia minorista estándar.

El monto que usted paga se determina por la receta cubierta de la Parte D y si recibe cobertura del subsidio por bajos ingresos o Ayuda Extra (“Extra Help”). Consulte la cláusula adicional del subsidio por bajos ingresos (LIS) 2025 para conocer el monto específico si recibe Ayuda Extra (“Extra Help”).

**Mensaje importante sobre lo que usted paga por las vacunas y la insulina:**

Este plan cubre la mayoría de las vacunas de la Parte D sin costo para usted y usted no pagará más de **\$35** por un suministro para un mes por cualquier insulina cubierta.

## Etapa 2: Etapa de cobertura inicial

Costos compartidos	HealthSun HealthAdvantage Plan (HMO)	HealthSun HealthAdvantage Plus (HMO)
<p><b>Nivel 1:</b> <b>Medicamentos genéricos preferidos</b></p> <p>Suministro para un mes en farmacias minoristas preferidas</p> <p>Suministro para un mes en farmacias minoristas estándar</p> <p>Suministro para tres meses a través de pedido por correo</p>	<p><b>\$0.00</b></p> <p><b>\$0.00</b></p> <p><b>\$0.00<sup>100</sup></b></p>	<p><b>\$0.00</b></p> <p><b>\$0.00</b></p> <p><b>\$0.00<sup>100</sup></b></p>
<p><b>Nivel 2:</b> <b>Medicamentos genéricos</b></p> <p>Suministro para un mes en farmacias minoristas preferidas</p> <p>Suministro para un mes en farmacias minoristas estándar</p> <p>Suministro para tres meses a través de pedido por correo</p>	<p><b>\$0.00</b></p> <p><b>\$0.00</b></p> <p><b>\$0.00</b></p>	<p><b>\$0.00</b></p> <p><b>\$0.00</b></p> <p><b>\$0.00</b></p>

## Etapa 2: Etapa de cobertura inicial

Costos compartidos	HealthSun HealthAdvantage Plan (HMO)	HealthSun HealthAdvantage Plus (HMO)
<p><b>Nivel 3: Medicamentos de marca preferida</b></p> <p>Suministro para un mes en farmacias minoristas preferidas</p> <p>Suministro para un mes en farmacias minoristas estándar</p> <p>Suministro para tres meses a través de pedido por correo</p>	<p><b>\$0.00</b></p> <p><b>\$20.00</b></p> <p><b>No disponible</b></p>	<p><b>\$10.00</b></p> <p><b>\$10.00</b></p> <p><b>No disponible</b></p>
<p><b>Nivel 4: Medicamentos no preferidos</b></p> <p>Suministro para un mes en farmacias minoristas preferidas</p> <p>Suministro para un mes en farmacias minoristas estándar</p> <p>Suministro para tres meses a través de pedido por correo</p>	<p><b>\$30.00</b></p> <p><b>\$35.00</b></p> <p><b>No disponible</b></p>	<p><b>\$30.00</b></p> <p><b>\$35.00</b></p> <p><b>No disponible</b></p>

## Etapa 2: Etapa de cobertura inicial

Costos compartidos	HealthSun HealthAdvantage Plan (HMO)	HealthSun HealthAdvantage Plus (HMO)
<p><b>Nivel 5: Medicamentos especializados</b></p> <p>Suministro para un mes en farmacias minoristas preferidas</p> <p>Suministro para un mes en farmacias minoristas estándar</p> <p>Suministro para tres meses a través de pedido por correo</p>	<p><b>33%</b></p> <p><b>33%</b></p> <p><b>No disponible</b></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 farmacias minoristas preferidas</p> <p>Suministro para un mes en farmacias minoristas estándar</p> <p>Suministro para tres meses a través de pedido por correo</p>	<p><b>\$0.00</b></p> <p><b>\$0.00</b></p> <p><b>No disponible</b></p>	<p><b>\$0.00</b></p> <p><b>\$0.00</b></p> <p><b>No disponible</b></p>

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

## HealthSun HealthAdvantage Plan (HMO)

## HealthSun HealthAdvantage Plus (HMO)

### Etapa 3: Etapa de cobertura catastrófica

Durante esta etapa, usted no paga nada por los medicamentos de la Parte D cubiertos.

Durante esta etapa, usted no paga nada por los medicamentos de la Parte D cubiertos.

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 ó: 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 que tiene un contrato con Medicare. La inscripción en HealthSun Health Plans depende de la renovación del contrato.