



Aviso anual de cambios para 2025

HealthSun HealthAdvantage Plus (HMO)

Servicios para los miembros:

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

www.healthsun.com



Aproveche al máximo su plan.

Sabemos que la atención médica puede ser confusa. Por eso queremos asegurarnos de que tenga la información y las herramientas necesarias para tomar las mejores decisiones. Su Aviso anual de cambios compara sus beneficios de 2024 actuales con sus nuevos beneficios de 2025. Es importante que lo lea para estar bien informado al comenzar su nuevo año del plan.

Use esta útil lista de verificación a medida que revisa el aviso:

- ❑ **Léalo atentamente.** Revise este documento para saber si hay cambios en su cobertura médica y costos (y cambios en la cobertura de los medicamentos con receta, si corresponde). Así sabrá qué esperar cuando sus beneficios estén disponibles en 2025.
- ❑ **Infórmese más.** Este documento explica los cambios en 2025 en general, pero su Evidencia de cobertura (Evidence of Coverage, EOC) incluye el detalle de todos los beneficios de su plan. La información de su plan para 2025, incluyendo su Evidencia de cobertura, estará disponible en su cuenta en línea en www.healthsun.com el 15 de octubre. Revísela para prepararse para el Período de elección anual que va del 15 de octubre al 7 de diciembre de 2024. También conocido como Período de inscripción abierta, es el período de cada año en el que puede cambiar su plan Medicare Advantage y/o la cobertura de la Parte D y/o volver a Original Medicare. Comuníquese con Servicios para los miembros para solicitar una copia impresa.
- ❑ **Comuníquese con nosotros si tiene preguntas.** Estamos para apoyarlo durante el curso de su atención médica. Puede llamarnos al número telefónico indicado en el reverso de su tarjeta de miembro.

Gracias de nuevo por elegir HealthSun. Nos complace que esté con nosotros.



HealthSun HealthAdvantage Plus (HMO) *ofrecido por* HealthSun Health Plans

Aviso anual de cambios para 2025

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 en los costos de atención médica (médico, hospital).
 - Revise los cambios en nuestra cobertura de medicamentos, incluidas las restricciones de cobertura y los costos compartidos.
 - Considere cuánto gastará en primas, deducibles y costos compartidos.
 - Consulte los cambios en la “Lista de medicamentos” de 2025 para asegurarse de que los medicamentos que toma actualmente aún estén cubiertos.
 - Compare la información del plan para 2024 con 2025 para saber si alguno de estos medicamentos se trasladará a un nivel de costo compartido diferente o estará sujeto a distintas restricciones, como autorización previa, tratamiento escalonado o límites en la cantidad para 2025.
- Verifique si sus médicos de atención primaria, especialistas, hospitales y otros proveedores, incluidas las farmacias, se encontrarán en nuestra red el año próximo.

Verifique si califica para recibir ayuda para pagar los medicamentos con receta. Es posible que las personas con ingresos limitados reúnan los requisitos para recibir “Ayuda Extra” (“Extra Help”) de Medicare.

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 contratapa del manual *Medicare & You 2025 (Medicare y Usted 2025)*. Para solicitar apoyo adicional, comuníquese con su Programa estatal de asistencia sobre seguro médico (State Health Insurance Assistance Program, SHIP) para hablar con un consejero capacitado.

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 2024, 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 2025**. 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) o actualmente vive allí, puede cambiarse de plan o cambiarse a Original Medicare (con o sin un plan separado de medicamentos con receta de Medicare) en cualquier momento. Si acaba de salir de una institución, puede cambiar de plan o pasarse a Original Medicare durante dos meses completos a partir del mes en que salga de la institución.

Recursos adicionales

- Este documento está disponible de forma gratuita en español.
- Para obtener información adicional, comuníquese con nuestro número de Servicios para los miembros llamando al 1-877-336-2069. (Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-206-0500). Atendemos 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. 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 en 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 2025
Índice

Resumen de costos importantes para 2025	5
SECCIÓN 1 Cambios en los costos y beneficios para el próximo año	9
Sección 1.1 – Cambios en la prima mensual	9
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	10
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	13
SECCIÓN 2 Cambios administrativos	21
SECCIÓN 3 Cómo decidir qué plan elegir	23
Sección 3.1 – Si desea seguir inscrito en HealthSun HealthAdvantage Plus (HMO)	23
Sección 3.2 – Si desea cambiar de plan	23
SECCIÓN 4 Plazo para el cambio de plan	24
SECCIÓN 5 Programas que ofrecen asesoramiento gratuito sobre Medicare	25
SECCIÓN 6 Programas que ayudan a pagar los medicamentos con receta	25
SECCIÓN 7 Preguntas	27
Sección 7.1 – Cómo recibir ayuda de HealthSun HealthAdvantage Plus (HMO)	27
Sección 7.2 – Cómo recibir ayuda de Medicare	27

Resumen de costos importantes para 2025

La siguiente tabla compara los costos de 2024 y 2025 para HealthSun HealthAdvantage Plus (HMO) en varias áreas importantes. **Tenga en cuenta que esto es solo un resumen de los costos.**

Costo	2024 (este año)	2025 (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 que paga de su bolsillo</p> <p>Este es el monto <u>máximo</u> que pagará de su bolsillo por sus 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 a copago de \$15.00 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 a copago de \$15.00 por consulta</p>
<p>Hospitalizaciones</p>	<p>Dentro de la red Días 1 a 5: \$150.00 por día/Días 6 a 90: \$0.00 por día</p>	<p>Dentro de la red Días 1 a 5: \$150.00 por día; días 6 a 90: \$0.00 por día</p>

Costo	2024 (este año)	2025 (próximo año)
<p>Cobertura para medicamentos con receta de la Parte D (Para más detalles, consulte la Sección 1.5).</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 especializados: 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: \$5.00 • Medicamentos de Nivel 4: medicamentos no preferidos: \$50.00 • Medicamentos de Nivel 5: medicamentos especializados: 33% • Medicamentos de Nivel 6: medicamentos complementarios: \$0.00 <p>Farmacia minorista estándar:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Medicamentos de Nivel 1: medicamentos

Costo	2024 (este año)	2025 (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 especializados: 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 los medicamentos cubiertos de la Parte D y por los medicamentos excluidos 	<p>genéricos preferidos: \$0.00</p> <ul style="list-style-type: none"> • Medicamentos de Nivel 2: medicamentos genéricos: \$0.00 • Medicamentos de Nivel 3: medicamentos de marca preferida: \$5.00 • Medicamentos de Nivel 4: medicamentos no preferidos: \$55.00 • Medicamentos de Nivel 5: medicamentos especializados: 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, usted no paga nada por sus medicamentos cubiertos de la Parte D ni por los medicamentos excluidos que están cubiertos por nuestro beneficio mejorado.

Costo	2024 (este año)	2025 (próximo año)
	que están cubiertos por nuestro beneficio mejorado. Usted no paga nada.	

Si su copago es superior a \$0.00, el monto que pague dependerá de si usted califica para el subsidio por bajos ingresos (Low-Income Subsidy, LIS), también conocido como programa “Ayuda Extra” (“Extra Help”) de Medicare. Para obtener más información sobre el programa “Ayuda Extra” (“Extra Help”), consulte la Sección 7 del Capítulo 2 de su *Evidencia de cobertura*.

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

Sección 1.1 – Cambios en la prima mensual

Costo	2024 (este año)	2025 (próximo año)
Prima mensual (También debe seguir pagando su prima de la Parte B de Medicare).	\$0.00	\$0.00
Reducción de la prima de la Parte B	\$164.90 cada mes	\$174.70 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	2024 (este año)	2025 (próximo año)
Monto máximo que paga de su bolsillo Sus costos por servicios médicos cubiertos (como copagos) se tienen en cuenta para el monto máximo que paga de su bolsillo. Los costos por medicamentos con receta no se tienen en cuenta para el monto máximo que paga de su bolsillo.	\$3,450.00	\$3,450.00 Una vez que haya pagado \$3,450.00 de su 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 montos que usted paga por sus medicamentos con receta pueden depender de la farmacia en donde los obtenga. Los planes de medicamentos de Medicare tienen una red de farmacias. En la mayoría de los casos, sus medicamentos con receta se cubren *solo* si se surten en una de las farmacias de nuestra red. Nuestra red incluye farmacias con costo compartido preferido, las que posiblemente le ofrezcan un costo compartido menor que el costo compartido estándar ofrecido por otras farmacias de la red para algunos medicamentos.

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, lo que haremos en un plazo de tres días hábiles.

Hay cambios en nuestra red de proveedores para el próximo año. **Revise el *Directorio de proveedores y farmacias de 2025* en el sitio web www.healthsun.com 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 proveedores y farmacias de 2025* en el sitio web www.healthsun.com 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 próximo año. La información que está a continuación describe los cambios.

Costo	2024 (este año)	2025 (próximo año)
Ambulancia terrestre o acuática	Copago de \$250.00	Copago de \$230.00
Servicios dentales (suplementarios)	Este plan cubre una asignación de hasta \$2,000 por año por servicios dentales integrales y	Este plan cubre una asignación de hasta \$2,000 por año por servicios dentales integrales y

Costo	2024 (este año)	2025 (próximo año)
	<p>preventivos cubiertos. Copago de</p> <p>\$0.00 por servicios dentales suplementarios cubiertos.</p> <p>Atención dental preventiva:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Dos exámenes orales por año. • Dos tratamientos de profilaxis (limpiezas) por año. • Dos tratamientos de flúor por año. • Una serie de radiografías dentales de aleta de mordida dos veces por año. • Una serie completa de radiografías de boca completa (panorámicas) cada tres años. <p>Servicios dentales integrales:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Dos coronas por año. • Dos tratamientos de conducto por año. • Cuatro empastes por año (cuatro dientes). • Cuatro extracciones por año. • Una limpieza periodontal/un alisado 	<p>preventivos cubiertos. Copago de</p> <p>\$0.00 por servicios dentales suplementarios cubiertos.</p> <p>Atención dental preventiva:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Dos exámenes orales por año. • Dos tratamientos de profilaxis (limpiezas) por año. • Dos tratamientos de flúor por año. • Dos radiografías dentales periapicales por año. • Dos radiografías dentales de aleta de mordida por año. • Una serie completa de radiografías panorámicas cada tres años. <p>Servicios dentales integrales:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Dos coronas por año. • Dos tratamientos de conducto por año. • Cuatro empastes de resina o amalgama por año (una vez por diente por superficie cada 36 meses).

Costo	2024 (este año)	2025 (próximo año)
	<p>radicular por cada cuadrante por año.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Un desbridamiento de boca completa cada 24 meses consecutivos. • Una dentadura postiza parcial cada tres años. • Una prótesis superior total (dentaduras postizas) cada tres años. • Una prótesis inferior total (dentaduras postizas) cada tres años. • Otros servicios dentales y de cirugía oral/maxilofacial cuando sean médicamente necesarios. <p><i>Es posible que se requiera autorización previa para acceder a los servicios dentales integrales.</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> • Cuatro procedimientos, incluidas las extracciones o la remoción de dientes residuales por año. • Una limpieza periodontal/un alisado radicular por cada cuadrante por año. • Un desbridamiento de boca completa cada 24 meses consecutivos. • Dos mantenimientos periodontales por año. • Una dentadura postiza completa o parcial de la mandíbula superior (por arco) cada tres años. • Una dentadura postiza completa o parcial de la mandíbula inferior (por arco) cada tres años. • Otros servicios dentales generales suplementarios cuando sean médicamente necesarios. <p><i>Es posible que se requiera autorización previa para acceder a los servicios dentales integrales.</i></p>
<p>Cuidado hospitalario para pacientes internados</p>	<p>Este plan cubre una cantidad ilimitada de días de hospitalización.</p>	<p>Este plan cubre 90 días de hospitalización por periodo de beneficios y 60 “días de</p>

Costo	2024 (este año)	2025 (próximo año)
		reserva de por vida” adicionales.
Cobertura suplementaria de medicamentos de venta libre	Este plan cubre determinados medicamentos de venta libre y artículos relacionados con la salud aprobados que se venden sin receta, hasta \$50 por mes. Los montos de artículos de venta libre (OTC) no utilizados no se transfieren de un mes al otro.	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.

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, que podrían incluir eliminar o agregar medicamentos, cambiar las restricciones que se aplican a nuestra cobertura para ciertos medicamentos, o moverlos a un nivel de costo compartido diferente. **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 ha movido a un nivel de costo compartido diferente.**

La mayoría de los cambios de la Lista de medicamentos se realizan al comienzo de cada año. Sin embargo, podríamos hacer otros cambios permitidos por las normas de Medicare que le afectarán durante el año del plan. Actualizamos nuestra Lista de medicamentos en línea al menos una vez al mes para proporcionar la lista de medicamentos más actualizada. Si realizamos un cambio que afectará su acceso a un medicamento que está tomando, le enviaremos un aviso sobre el cambio.

Si se ve afectado por un cambio en la cobertura para medicamentos al comienzo del año o durante el año, consulte el Capítulo 9 de la *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 nuevo medicamento. También puede comunicarse con Servicios para los miembros para obtener más información.

Actualmente podemos eliminar inmediatamente un medicamento de marca de nuestra Lista de medicamentos si lo sustituimos por una nueva versión de medicamento genérico en el mismo nivel de costo compartido o en uno inferior y con las mismas o menos restricciones que el medicamento de marca al que sustituye. Además, al añadir un nuevo medicamento genérico, también podemos decidir mantener el medicamento de marca en nuestra Lista de medicamentos, pero trasladarlo a un nivel de costo compartido diferente o añadir nuevas restricciones o ambas cosas.

A partir de 2025, podemos reemplazar inmediatamente los productos biológicos originales por determinados biosimilares. Esto significa, por ejemplo, que si está tomando un producto biológico original que va a ser reemplazado por un biosimilar, es posible que no reciba el aviso del cambio 30 días antes de que lo hagamos ni obtenga el suministro para un mes de su producto biológico original en una farmacia de la red. Si está tomando el producto biológico original en el momento en que realizamos el cambio, seguirá recibiendo información sobre el cambio específico que realizamos, pero es posible que le llegue después de que realicemos el cambio.

Algunos de estos tipos de medicamentos pueden ser nuevos para usted. Para conocer las definiciones de los tipos de medicamentos, consulte el Capítulo 12 de su *Evidencia de cobertura*. La Administración de Alimentos y Medicamentos (Food and Drug Administration, FDA) también proporciona información al consumidor sobre medicamentos. Consulte el sitio web de la FDA: <https://www.fda.gov/drugs/biosimilars/multimedia-education-materials-biosimilars#For%20Patients>. También puede ponerse en contacto con Servicios para los miembros o solicitar más información a su proveedor de atención médica, persona autorizada a dar recetas o farmacéutico.

Cambios en los beneficios y 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 podría 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 para 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 2024, llame a Servicios para los miembros y pida la *Cláusula adicional LIS*.

A partir de 2025, hay tres **etapas de pago de medicamentos**: la Etapa del deducible anual, la Etapa de cobertura inicial y la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas. La Etapa del período sin cobertura y el Programa de descuentos para el período sin cobertura dejarán de existir en el beneficio de la Parte D.

El Programa de descuentos para el período sin cobertura también será sustituido por el Programa de descuentos del fabricante. En el marco del Programa de descuentos del fabricante, los fabricantes de

medicamentos pagan una parte del costo total del plan por los medicamentos de marca y biológicos cubiertos de la Parte D durante la Etapa de cobertura inicial y la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas. Los descuentos pagados por los fabricantes en el marco del Programa de descuentos del fabricante no cuentan para los costos que paga de su bolsillo.

Cambios en la Etapa del deducible

Etapa	2024 (este año)	2025 (próximo año)
Etapa 1: Etapa del deducible anual	Debido a que no tenemos deducible, esta etapa de pago no se aplica a usted.	Debido a que no tenemos deducible, esta etapa de pago no se aplica a usted.

Cambios en sus costos compartidos en la Etapa de cobertura inicial

Etapa	2024 (este año)	2025 (próximo año)
<p>Etapa 2: Etapa de cobertura inicial</p> <p>Durante esta etapa, el plan paga la parte que le corresponde del costo de sus medicamentos y usted paga la parte que le corresponde a usted del costo.</p> <p>La mayoría de las vacunas para adultos de la Parte D están cubiertas sin costo alguno para usted.</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 es:</p> <p>Nivel 1: medicamentos genéricos preferidos: <i>Costo compartido estándar:</i> Usted paga \$0.00 por medicamento con receta.</p> <p>Su costo por un suministro para un mes de medicamentos con receta de pedido por correo es \$0.00.</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 es:</p> <p>Nivel 1: medicamentos genéricos preferidos: <i>Costo compartido estándar:</i> Usted paga \$0.00 por medicamento con receta.</p> <p>Su costo por un suministro para un mes de medicamentos con receta de pedido por correo es \$0.00.</p> <p><i>Costo compartido preferido:</i> Usted paga \$0.00 por medicamento con receta.</p>

Etapa	2024 (este año)	2025 (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>Su costo por un suministro para un mes de medicamentos con receta de pedido por correo es \$0.00.</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>Su costo por un suministro para un mes de medicamentos con receta de pedido por correo es \$42.00.</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>Su costo por un suministro para un mes de medicamentos con receta de pedido por correo es \$0.00.</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 \$5.00 por medicamento con receta.</p> <p>Su costo por un suministro para un mes de medicamentos con receta de pedido por correo es \$5.00.</p> <p><i>Costo compartido preferido:</i> Usted paga \$5.00 por medicamento con receta.</p>

Etapa	2024 (este año)	2025 (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>Su costo por un suministro para un mes de medicamentos con receta de pedido por correo es \$95.00.</p> <p><i>Costo compartido preferido:</i> Usted paga \$95.00 por medicamento con receta.</p> <p>Nivel 5: medicamentos especializados: <i>Costo compartido estándar:</i> Usted paga 33% del costo total.</p> <p>Su costo por un suministro para un mes de medicamentos con receta de pedido por correo es 33%.</p> <p><i>Costo compartido preferido:</i> Usted paga 33% del costo total.</p>	<p>Nivel 4: medicamentos no preferidos: <i>Costo compartido estándar:</i> Usted paga \$55.00 por medicamento con receta.</p> <p>Su costo por un suministro para un mes de medicamentos con receta de pedido por correo es \$50.00.</p> <p><i>Costo compartido preferido:</i> Usted paga \$50.00 por medicamento con receta.</p> <p>Nivel 5: medicamentos especializados: <i>Costo compartido estándar:</i> Usted paga 33% del costo total.</p> <p>Su costo por un suministro para un mes de medicamentos con receta de pedido por correo es 33%.</p> <p><i>Costo compartido preferido:</i> Usted paga 33% del costo total.</p>

Etapa	2024 (este año)	2025 (próximo año)
Etapa 2: Etapa de cobertura inicial (continuación)	<p>Nivel 6: medicamentos complementarios: <i>Costo compartido estándar:</i> Usted paga \$0.00 por medicamento con receta.</p> <p>Su costo por un suministro para un mes de medicamentos con receta de pedido por correo es \$0.00.</p> <p><i>Costo compartido preferido:</i> Usted paga \$0.00 por medicamento con receta.</p> <hr/> <p>Una vez que los costos totales de los medicamentos alcancen los \$5,030, pasará a la siguiente etapa (Etapa del período sin cobertura).</p>	<p>Nivel 6: medicamentos complementarios: <i>Costo compartido estándar:</i> Usted paga \$0.00 por medicamento con receta.</p> <p>Su costo por un suministro para un mes de medicamentos con receta de pedido por correo es \$0.00.</p> <p><i>Costo compartido preferido:</i> Usted paga \$0.00 por medicamento con receta.</p> <hr/> <p>Una vez que haya pagado \$2,000 de su bolsillo por medicamentos de la Parte D, pasará a la siguiente etapa (Etapa de cobertura en situaciones catastróficas).</p>

Si su copago es superior a \$0.00, el monto que pague dependerá de si reúne los requisitos para recibir el subsidio por bajos ingresos (Low-Income Subsidy, LIS), también conocido como programa “Ayuda Extra” (“Extra Help”) de Medicare. Para obtener más información sobre el programa “Ayuda Extra” (“Extra Help”), consulte la Sección 7 del Capítulo 2 de la *Evidencia de cobertura*.

Cambios en la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas

La Etapa de cobertura en situaciones catastróficas es la tercera y última etapa. A partir de 2025, los fabricantes de medicamentos pagan una parte del costo total del plan por los medicamentos de marca y productos biológicos de la Parte D cubiertos durante la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas. Los descuentos pagados por los fabricantes en virtud del Programa de descuentos del fabricante no cuentan como costos que paga de su bolsillo.

Si usted llega a la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas, no paga nada por los medicamentos cubiertos de la Parte D ni por los medicamentos excluidos que están cubiertos por nuestro beneficio mejorado.

Para obtener información específica sobre sus costos en la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas, consulte la Sección 6 del Capítulo 6 de su *Evidencia de Cobertura*.

SECCIÓN 2 Cambios administrativos

Descripción	2024 (este año)	2025 (próximo año)
Autorización previa y remisiones	Su plan puede requerir remisiones y/o autorizaciones previas para servicios selectos.	Su plan ha eliminado y/o agregado remisiones y algunos requisitos de autorización previa para servicios selectos. Consulte su <i>Evidencia de cobertura</i> para conocer los requisitos de remisión y autorización previa.

Descripción	2024 (este año)	2025 (próximo año)
<p>Criterios para los Beneficios complementarios especiales para personas con enfermedades crónicas (Special Supplemental Benefits for the Chronically Ill, SSBCI)</p>	<p>Usted puede ser elegible para recibir Beneficios complementarios especiales para personas con enfermedades crónicas si le diagnostican una o varias de las afecciones crónicas indicadas en el Capítulo 4 de su <i>Evidencia de cobertura</i> y cumple determinados criterios.</p>	<p>Este plan seguirá ofreciendo los Beneficios complementarios especiales para personas con enfermedades crónicas.</p> <p>Puede seguir siendo elegible para los Beneficios complementarios especiales para personas con enfermedades crónicas si le diagnostican una o varias de las afecciones crónicas que reúnen los requisitos indicados en su <i>Evidencia de cobertura</i> y su(s) afección(es):</p> <p>(1) pone en peligro su vida o limita significativamente su salud o funcionamiento general;</p> <p>(2) implica un alto riesgo de ser hospitalizado o de padecer otros efectos adversos para la salud; y</p> <p>(3) requiere coordinación de cuidados intensivos.</p>

Descripción	2024 (este año)	2025 (próximo año)
<p>Plan de pago de medicamentos con receta de Medicare</p>	<p>No se aplica</p>	<p>El Plan de pago de medicamentos con receta de Medicare es una nueva opción de pago que funciona con su cobertura para medicamentos actual, y puede ayudarle a administrar sus costos de medicamentos dividiéndolos en pagos mensuales que varían a lo largo del año (enero a diciembre).</p> <p>Para obtener más información acerca de esta opción de pago, comuníquese con nosotros llamando al 1-833-696-2087 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) o visite Medicare.gov.</p>

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 Original Medicare 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 próximo año, pero si desea cambiar de plan en 2025, 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 Original Medicare. Si cambia a Original Medicare, 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 Original Medicare y los diferentes tipos de planes de Medicare, use el Medicare Plan Finder (Buscador de planes de Medicare) disponible en www.medicare.gov/plan-compare, consulte el manual *Medicare & You 2025 (Medicare y Usted 2025)*, llame a su Programa estatal de asistencia sobre seguro médico (State Health Insurance Assistant Program, SHIP) (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 **cambiarse a Original Medicare 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 **cambiarse a Original Medicare 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 BIEN*, 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 Original Medicare 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 2025.

¿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 2025 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 Original Medicare (con o sin cobertura para medicamentos con receta de Medicare) entre el 1 de enero y el 31 de marzo de 2025.

Si se mudó recientemente a una institución (como un centro de atención de enfermería especializada o un hospital de atención a largo plazo) o vive actualmente en una, 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 Original Medicare (con o sin un plan separado de medicamentos con receta de Medicare) en cualquier momento. Si se mudó recientemente fuera de una institución, tiene la oportunidad de cambiar de plan o de cambiarse a Original Medicare durante dos meses completos después del mes en que se muda.

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 Florida 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 Florida 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 Florida 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 el 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 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; o
 - La oficina de Medicaid de su estado.
- **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. Para ser elegible para el ADAP que funciona en su estado, las personas deben cumplir con ciertos criterios, incluso comprobante de residencia en el estado y estado del VIH, comprobante de bajos ingresos según lo establece el estado y estado de no asegurado/con seguro insuficiente. Los medicamentos con receta de la Parte D de Medicare 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 (AIDS Drug Assistance Program, ADAP). Para obtener información sobre los criterios de elegibilidad, los medicamentos cubiertos, cómo inscribirse en el programa, o si está inscrito actualmente cómo seguir recibiendo ayuda, llame al 1-850-245-4422. Cuando llame, asegúrese de comunicarles el nombre de su plan de la Parte D de Medicare o el número de póliza.
 - **Plan de pagos de medicamentos con receta de Medicare.** El Plan de pagos de medicamentos con receta de Medicare es una nueva opción de pago para ayudarle a administrar los costos que paga de su bolsillo a partir de 2025. Esta nueva opción de pago funciona con su cobertura actual de medicamentos y puede ayudarle a administrar los costos de sus medicamentos dividiéndolos en **pagos mensuales que varían durante el año** (de enero a diciembre). **Esta opción de pago puede ayudarle a administrar sus gastos, pero no le ahorra dinero ni disminuye los costos de sus medicamentos.**

La “Ayuda Extra” (“Extra Help”) de Medicare y la ayuda de sus SPAP y ADAP, para las personas que reúnen los requisitos, es más beneficiosa que participar en el Plan de medicamentos con receta de Medicare. Todos los miembros son elegibles para participar en esta opción de pago, independientemente de su nivel de ingresos, y todos los planes de medicamentos de Medicare y planes de salud de Medicare con cobertura de medicamentos deben ofrecer esta opción de pago. Para obtener más información sobre esta opción de pago, llámenos al 1-833-696-2087 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) o visite Medicare.gov.

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). Horario de atención para llamadas telefónicas: 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. Las llamadas a estos números son gratuitas.

Lea su *Evidencia de cobertura de 2025* (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 2025. Para obtener detalles, consulte la *Evidencia de cobertura de 2025* 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 en 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 2025 (Medicare y Usted 2025)*

Lea el manual *Medicare & You 2025 (Medicare y Usted 2025)*. 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 2024, puede tener acceso a la documentación importante de su plan en línea.

Inicie sesión o regístrese en su cuenta segura en línea en www.healthsun.com.

Documentos del plan disponibles el 15 de octubre de 2024:



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

Visite www.healthsun.com. En Información para miembros (Membership Information), seleccione Recursos para miembros (Member Resources), luego vaya a Formularios y documentos (Forms & Documents) 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 Información para miembros (Membership Information), seleccione Beneficios de medicamentos con receta (Prescription Drug Benefits), desplácese hasta Formularios de medicamentos con receta (Prescription Drug Formularies) 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 Proveedor o farmacia (Provider or Pharmacy) 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 medicamentos 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 con 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 **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 제 공하고 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 presta servicios de administración de beneficios de farmacia en nombre de su plan de salud.

