Resumen de Beneficios

HealthSun HEALTH PLANS

Gracias por su interés en nuestros planes Medicare Advantage

HealthSun Health Plans ofrece 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 2026

Florida

Condados de Broward y Miami-Dade

HealthSun MediSun Extra (HMO D-SNP)

26FLH5431019S_26_HSP_SP_D3

Y0114_26_3016433_0174_U_M
H5431_019-000_FL_HMO D-SNP

1083126FLSSPHSP_0174

HealthSun MediSun Extra (HMO D-SNP)

HealthSun MediSun Extra (HMO D-SNP)
Nuestra área de servicio abarca los siguientes condados de FL: Broward, Miami-Dade.

¿Tiene alguna pregunta?

Puede obtener más información en nuestro sitio web, **healthsun.com**. Llame a nuestra línea gratuita al **1-844-594-2422** (TTY: **1-877-206-0500**). Horario de atención: de 8 a.m. a 8 p.m. los siete días de la semana (excepto el Día de Acción de Gracias y Navidad) desde el 1.º de octubre hasta el 31 de marzo, y de lunes a viernes (excepto los días feriados) desde el 1.º de abril hasta el 30 de septiembre.

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

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

HealthSun MediSun Extra (HMO D-SNP) es un plan Medicare Advantage. Para inscribirse en este plan, debe cumplir con lo siguiente[†]:

- ☐ Tiene derecho a Medicare Parte A.
- ☐ Está inscrito en Medicare Parte B y Agency for Healthcare Administration (el programa de Medicaid del estado).
- ☐ Vive en nuestra área de servicio.

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

HealthSun MediSun Extra (HMO D-SNP)

Elegibilidad

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

HealthSun MediSun Extra (HMO D-SNP)

- Si tiene el estado de **Trabajador discapacitado calificado (QDWI),** usted es elegible para el programa Agency for Healthcare Administration, que paga la prima de Medicare Parte A.

- Si tiene el estado de **Beneficiario calificado de Medicare (QMB),** es elegible para el programa Agency for Healthcare Administration, que paga las primas, los deducibles y los costos compartidos de Medicare, excepto para Medicare Parte D.

- Si tiene el estado de **Beneficiario de Medicare con ingresos bajos especificados (SLMB)**, usted es elegible para el programa Agency for Healthcare Administration. Esto paga su prima de Medicare Parte B.

- Si tiene el estado de **Persona calificada (QI)**, usted es elegible para el programa Agency for Healthcare Administration. Esto paga su prima de Medicare Parte B.

Cobertura de Medicare que ofrece más que Medicare Original

- Los planes Medicare Advantage cubren todo lo que cubre Medicare Original: Parte A (servicios hospitalarios) y Parte B (servicios médicos), y más.
- Los Planes de Medicamentos Recetados de Medicare Advantage cubren los medicamentos de Medicare Parte D y Parte B.
- Si se modifica la elegibilidad para Medicaid, es posible que también se modifique su costo. Debe volver a certificar su inscripción en Medicaid para seguir recibiendo la cobertura de los costos compartidos de Medicare.

¿Se encuentra su PCP en la red de médicos de nuestro plan?

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

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

- Visite **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 forma parte de 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 **healthsun.com**.

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

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

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

Resumen de beneficios médicos de 2026

HealthSun MediSun Extra (HMO D-SNP)

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

$0.00 por mes

¿Cuál es el valor del deducible?

Este plan no tiene deducible médico.

Este plan no tiene un deducible de la Parte D.

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

$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 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.

NOTA: Si usted es elegible para recibir ayuda con los costos compartidos de Medicare en virtud de Medicaid, usted paga un monto de copago de $0.00 por los servicios médicos cubiertos por Medicare y los costos compartidos se indican en el cuadro de beneficios.

HealthSun MediSun Extra (HMO D-SNP)

Hospital para pacientes internados[1,2]

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

Nuestro plan cubre 90 días de hospitalización.

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

Hospital para pacientes ambulatorios[1,2]

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

Centro quirúrgico ambulatorio[1,2]

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

Visitas al consultorio del médico

Visita al médico de atención primaria (PCP):

PCP de nuestro plan: copago de **$0.00**

Visita a un especialista:[1,2]

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

NOTA: Si usted es elegible para recibir ayuda con los costos compartidos de Medicare en virtud de Medicaid, usted paga un monto de copago de $0.00 por los servicios médicos cubiertos por Medicare y los costos compartidos se indican en el cuadro de beneficios.

HealthSun MediSun Extra (HMO D-SNP)

Pruebas de detección preventivas

Pruebas de detección preventivas:[1,2]

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

NOTA: Si usted es elegible para recibir ayuda con los costos compartidos de Medicare en virtud de Medicaid, usted paga un monto de copago de $0.00 por los servicios médicos cubiertos por Medicare y los costos compartidos se indican en el cuadro de beneficios.

Pruebas de detección preventivas

Pruebas de detección preventivas cubiertas:

- ☐ Prueba de detección de aneurisma aórtico abdominal
- ☐ Visita anual de bienestar
- ☐ Examen de densitometría ósea
- ☐ Prueba de detección de cáncer de mamas (mamografía)
- ☐ Visita para disminuir el riesgo de enfermedades cardiovasculares (terapia para enfermedades cardiovasculares)
- ☐ Pruebas de detección de enfermedades cardiovasculares
- ☐ Pruebas de detección de cáncer vaginal y de cuello uterino
- ☐ Pruebas de detección de cáncer colorrectal
- ☐ Prueba de detección de depresión
- ☐ Prueba de detección de diabetes
- ☐ Entrenamiento de autoadministración para la diabetes, servicios y suministros para la diabetes
- ☐ Programas de educación sobre salud y bienestar
- ☐ Prueba de detección del VIH
- ☐ Vacunación
- ☐ Terapia nutricional médica
- ☐ Programa para la Prevención de la Diabetes de Medicare (MDPP)
- ☐ Prueba de obesidad y terapia para favorecer la pérdida de peso sostenida
- ☐ Profilaxis preexposición (PrEP) para la prevención del VIH
- ☐ Exámenes de detección de cáncer de próstata
- ☐ Evaluación y consejería para reducir el abuso del alcohol
- ☐ Prueba de detección de infección por el virus de la hepatitis C
- ☐ Prueba de detección de cáncer de pulmón con tomografía computarizada de baja dosis (LDCT)
- ☐ Pruebas de detección de infecciones de transmisión sexual (ITS) y consejería para su prevención
- ☐ Servicios para dejar de fumar y consumir tabaco (consejería para dejar de fumar y consumir tabaco)
- ☐ Cuidado de visión
- ☐ Visita preventiva de “Bienvenida a Medicare” (por única vez)

NOTA: Si usted es elegible para recibir ayuda con los costos compartidos de Medicare en virtud de Medicaid, usted paga un monto de copago de $0.00 por los servicios médicos cubiertos por Medicare y los costos compartidos se indican en el cuadro de beneficios.

Pruebas de detección preventivas

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

Atención de emergencia

Copago de **$0.00**

Cobertura internacional de atención de urgencia y de emergencia

Copago de **$0.00**

Este plan cubre los servicios de atención de urgencia y de emergencia, incluido el transporte de emergencia, si está de viaje fuera de los Estados Unidos durante menos de seis meses. Este beneficio se limita a **$100,000** por año.

Servicios de urgencia

Copago de **$0.00**

NOTA: Si usted es elegible para recibir ayuda con los costos compartidos de Medicare en virtud de Medicaid, usted paga un monto de copago de $0.00 por los servicios médicos cubiertos por Medicare y los costos compartidos se indican en el cuadro de beneficios.

HealthSun MediSun Extra (HMO D-SNP)

Servicios de diagnóstico, análisis de laboratorio y diagnóstico por imágenes[1,2]

Servicios de radiología de diagnóstico	
TC, MRI, MRA, PET en el consultorio de un médico o en centros de proveedores independientes de nuestro plan:	**Copago de $0.00**
TC, MRI, MRA, PET en los centros hospitalarios ambulatorios de nuestro plan:	**Copago de $0.00**
Ecografías en el consultorio de un médico o en centros de proveedores independientes de nuestro plan:	**Copago de $0.00**
Ecografías en centros hospitalarios ambulatorios de nuestro plan:	**Copago de $0.00**
Procedimientos y pruebas de diagnóstico	
En el consultorio de un médico o en centros de proveedores independientes de nuestro plan:	**Copago de $0.00**
En centros hospitalarios ambulatorios de nuestro plan:	**Copago de $0.00**

NOTA: Si usted es elegible para recibir ayuda con los costos compartidos de Medicare en virtud de Medicaid, usted paga un monto de copago de $0.00 por los servicios médicos cubiertos por Medicare y los costos compartidos se indican en el cuadro de beneficios.

HealthSun MediSun Extra (HMO D-SNP)

Servicios de diagnóstico, análisis de laboratorio y diagnóstico por imágenes[1,2]

Servicios de laboratorio	
En el consultorio de un médico o en centros de proveedores independientes de nuestro plan:	**Copago de $0.00**
En centros hospitalarios ambulatorios de nuestro plan:	**Copago de $0.00**
Radiografías ambulatorias	
En el consultorio de un médico de nuestro plan:	**Copago de $0.00**
En centros hospitalarios ambulatorios de nuestro plan:	**Copago de $0.00**
En un centro independiente o servicios de radiografía portátil en el hogar de nuestro plan:	**Copago de $0.00**
Servicios de radiología terapéutica (como tratamiento de radiación para el cáncer)	
En consultorio médico, proveedor independiente o centros hospitalarios ambulatorios de nuestro plan:	**Copago de $0.00**

NOTA: Si usted es elegible para recibir ayuda con los costos compartidos de Medicare en virtud de Medicaid, usted paga un monto de copago de $0.00 por los servicios médicos cubiertos por Medicare y los costos compartidos se indican en el cuadro de beneficios.

Servicios de audición

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

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

Servicios de audición de rutina:

Este plan cubre 1 examen de audición de rutina por año. Este plan cubre 1 evaluación de 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, los empastes, la extracción o la sustitución de dientes):[1]

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

NOTA: Si usted es elegible para recibir ayuda con los costos compartidos de Medicare en virtud de Medicaid, usted paga un monto de copago de $0.00 por los servicios médicos cubiertos por Medicare y los costos compartidos se indican en el cuadro de beneficios.

Servicios dentales

Asignación dental preventiva e integral[1] combinada:

Este plan cubre una asignación de hasta **$5,000** para servicios dentales integrales y preventivos cubiertos por año.

Todo monto no utilizado caducará al final del año del plan. 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.

NOTA: Si usted es elegible para recibir ayuda con los costos compartidos de Medicare en virtud de Medicaid, usted paga un monto de copago de $0.00 por los servicios médicos cubiertos por Medicare y los costos compartidos se indican en el cuadro de beneficios.

Servicios dentales

Servicios dentales integrales:[1]

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/alisado 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 los procedimientos quirúrgicos u operativos.

Consulte el Capítulo 4 en la Evidencia de Cobertura del plan para obtener más información sobre las autorizaciones previas, los servicios dentales cubiertos, las limitaciones y las exclusiones.

Para encontrar un proveedor de servicios dentales en nuestro plan, siga los mismos pasos indicados en el recuadro “Cómo encontrar un proveedor/PCP en nuestro plan” que se incluye 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**

NOTA: Si usted es elegible para recibir ayuda con los costos compartidos de Medicare en virtud de Medicaid, usted paga un monto de copago de $0.00 por los servicios médicos cubiertos por Medicare y los costos compartidos se indican en el cuadro de beneficios.

Servicios de la visión

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

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

Servicios de la visión de rutina:

Examen de visión de rutina:

Este plan cubre 1 examen de la vista de rutina por año.
Médicos de nuestro plan: copago de **$0.00**

Anteojos de rutina (lentes y marcos)**:**

Este plan cubre hasta **$400** para anteojos o lentes de contacto por año.
Médicos de nuestro plan: copago de **$0.00**

NOTA: Si usted es elegible para recibir ayuda con los costos compartidos de Medicare en virtud de Medicaid, usted paga un monto de copago de $0.00 por los servicios médicos cubiertos por Medicare y los costos compartidos se indican en el cuadro de beneficios.

Cuidado de salud mental

Visita para pacientes hospitalizados:[1,2]

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 individual y grupal para pacientes ambulatorios:[1,2]

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

Centro de enfermería especializada (SNF)[1,2]

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

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

NOTA: Si usted es elegible para recibir ayuda con los costos compartidos de Medicare en virtud de Medicaid, usted paga un monto de copago de $0.00 por los servicios médicos cubiertos por Medicare y los costos compartidos se indican en el cuadro de beneficios.

HealthSun MediSun Extra (HMO D-SNP)

Fisioterapia[1,2]

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

Ambulancia[1]

Ambulancia terrestre/acuática:

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

Ambulancia aérea:

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

Transporte[1,2]

Sitios relacionados con la salud aprobados por el plan
Copago de **$0.00**. Este plan cubre servicios ilimitados de transporte de ida o de vuelta de rutina por año. Los viajes se limitan a 50 millas.

NOTA: Si usted es elegible para recibir ayuda con los costos compartidos de Medicare en virtud de Medicaid, usted paga un monto de copago de $0.00 por los servicios médicos cubiertos por Medicare y los costos compartidos se indican en el cuadro de beneficios.

Medicamentos de Medicare Parte B

Insulina proporcionada a través de una bomba de insulina:

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

Otros medicamentos de la Parte B:[1]

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

Medicamentos de quimioterapia:[1]

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

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

Se aplica el 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 un consultorio médico o en un centro hospitalario como servicio para pacientes ambulatorios.

Puede pagar menos del coseguro máximo para ciertos medicamentos de la Parte B y los medicamentos reembolsables de quimioterapia. La lista y el costo de cada medicamento reembolsable cambian cada trimestre.

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

NOTA: Si usted es elegible para recibir ayuda con los costos compartidos de Medicare en virtud de Medicaid, usted paga un monto de copago de $0.00 por los servicios médicos cubiertos por Medicare y los costos compartidos se indican en el cuadro de beneficios.

Beneficios adicionales

HealthSun MediSun Extra (HMO D-SNP)

Acupuntura

Servicios de acupuntura cubiertos por Medicare:[1,2]

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

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

Terapia alternativa: Plasma rico en plaquetas (PRP) para el manejo del dolor de la osteoartritis[1,2]

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[1,2]

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

Cuidados quiroprácticos[1,2]

Servicios de quiropráctica cubiertos por Medicare:

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

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

Mejor cobertura de medicamentos

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

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

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.

NOTA: Si usted es elegible para recibir ayuda con los costos compartidos de Medicare en virtud de Medicaid, usted paga un monto de copago de $0.00 por los servicios médicos cubiertos por Medicare y los costos compartidos se indican en el cuadro de beneficios.

HealthSun MediSun Extra (HMO D-SNP)

Asignación de Opciones Everyday

Este plan ofrece una asignación para gastos de **$225 cada mes** para lo siguiente:

- **Dispositivos de asistencia:** Asientos para retretes, banquetas para duchas, duchas de mano, dispositivos de alcance, rampas temporales en umbrales para silla de ruedas y más, todo en cumplimiento con la Ley para Estadounidenses con Discapacidades (ADA).

Si es elegible para recibir Beneficios suplementarios especiales para enfermos crónicos (SSBCI), también puede utilizar la asignación para:

- **Alimentos saludables:**[6] Alimentos saludables que ayudan a satisfacer sus necesidades nutricionales, como productos lácteos, frutas frescas, verduras, carne, mariscos y otros alimentos básicos saludables.
- **Servicios públicos:**[6] Utilícelos para el pago del gas en su casa, la electricidad, el agua, la televisión por cable, Internet o los servicios de telefonía celular.

Los montos no utilizados caducan al final de cada mes.

Cuidado de los pies (servicios de podología)[1]

Podología cubierta por Medicare:

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

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

NOTA: Si usted es elegible para recibir ayuda con los costos compartidos de Medicare en virtud de Medicaid, usted paga un monto de copago de $0.00 por los servicios médicos cubiertos por Medicare y los costos compartidos se indican en el cuadro de beneficios.

Cuidado de los pies (servicios de podología)[1]

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.

Comidas Saludables - para condiciones crónicas[1,6]

Copago de **$0.00**. Si le diagnosticaron una condición crónica, es elegible para recibir 1 comida al día hasta un máximo de 20 comidas al mes para satisfacer las necesidades nutricionales de su condición crónica.

Se proporcionan comidas en ubicaciones participantes.

Comidas Saludables - después del alta hospitalaria

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

Máximo de dos eventos calificados por año.

Cuidado médico en el hogar[1,2]

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

NOTA: Si usted es elegible para recibir ayuda con los costos compartidos de Medicare en virtud de Medicaid, usted paga un monto de copago de $0.00 por los servicios médicos cubiertos por Medicare y los costos compartidos se indican en el cuadro de beneficios.

Suministros/equipos médicos

Equipo médico duradero (sillas de ruedas, oxígeno, etc.):[1]

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

Suministros médicos y dispositivos prostéticos (férulas, extremidades artificiales, etc.):[1]

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

Suministros y servicios para diabéticos:[1]

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 conocer 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)**:**[1,2]

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):[1,2]

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

NOTA: Si usted es elegible para recibir ayuda con los costos compartidos de Medicare en virtud de Medicaid, usted paga un monto de copago de $0.00 por los servicios médicos cubiertos por Medicare y los costos compartidos se indican en el cuadro de beneficios.

Rehabilitación para pacientes ambulatorios

Visita de terapia ocupacional:[1,2]

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

Abuso de sustancias para pacientes ambulatorios[1,2]

Visita de terapia individual y de grupo:

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

Productos de venta libre

Este plan cubre determinados medicamentos y artículos relacionados con la salud aprobados de venta libre, hasta **$128** por mes. Los montos de artículos de venta libre (OTC) no utilizados caducan al final de cada mes. Los pedidos por catálogo se limitan a uno por mes.

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

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

Cobertura del Sistema de respuesta ante emergencias personales (PERS)

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

NOTA: Si usted es elegible para recibir ayuda con los costos compartidos de Medicare en virtud de Medicaid, usted paga un monto de copago de $0.00 por los servicios médicos cubiertos por Medicare y los costos compartidos se indican en el cuadro de beneficios.

HealthSun MediSun Extra (HMO D-SNP)

Diálisis renal[1,2]

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

Programa de Ejercicios SilverSneakers®††

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

††SilverSneakers es una marca comercial registrada de 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.

Línea de Enfermería 24/7

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

Notas al pie

Los servicios con un 1 pueden requerir autorización previa (aprobación previa) del plan.

Es posible que los servicios con un 2 requieran una referencia de su médico o médico de atención primaria (PCP).

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

NOTA: Si usted es elegible para recibir ayuda con los costos compartidos de Medicare en virtud de Medicaid, usted paga un monto de copago de $0.00 por los servicios médicos cubiertos por Medicare y los costos compartidos se indican en el cuadro de beneficios.

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.

NOTA: Si usted es elegible para recibir ayuda con los costos compartidos de Medicare en virtud de Medicaid, usted paga un monto de copago de $0.00 por los servicios médicos cubiertos por Medicare y los costos compartidos se indican en el cuadro de beneficios.

Resumen de la cobertura de medicamentos recetados de 2026

HealthSun MediSun Extra (HMO D-SNP)

Etapa 1: Deducible anual

Este plan no tiene un deducible de la Parte D.

Etapa 2: Cobertura inicial

Después de pagar su deducible anual (si su plan tiene uno), pasa a la etapa de cobertura inicial. En esta etapa, usted paga los montos que figuran en la tabla de las páginas siguientes hasta que el total de sus gastos de bolsillo de este año hasta la fecha alcance **$2,100**.

Usted puede obtener sus medicamentos cubiertos en las farmacias minoristas y de venta 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.

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. Si recibe Ayuda Extra (“Extra Help”), usted paga **$0.00 - $10.00** por un suministro para un mes de cualquier medicamento de insulina cubierto. Si no reúne los requisitos para recibir Ayuda Extra (“Extra Help”), no pagará más de **$10.00** por un suministro para un mes de cualquier medicamento de insulina cubierto.

Etapa 2: Cobertura inicial

Costos compartidos	HealthSun MediSun Extra (HMO D-SNP)
Nivel 1: Medicamentos genéricos preferidos	
Suministro para un mes en farmacia minorista estándar	**$0.00**
Suministro para tres meses a través de pedido por correo[100]	**$0.00**
Nivel 2: Medicamentos genéricos	
Suministro para un mes en farmacia minorista estándar	**$0.00**
Suministro para tres meses a través de pedido por correo	**$0.00**
Nivel 3: Medicamentos de marca preferida	
Suministro para un mes en farmacia minorista estándar	**$0.00 - $10.00 O $10.00**‡
Suministro para tres meses a través de pedido por correo	**No disponible**
Nivel 4: Medicamentos no preferidos	
Suministro para un mes en farmacia minorista estándar	**$0.00 - $12.65 O $50.00**‡
Suministro para tres meses a través de pedido por correo	**No disponible**
Nivel 5: Medicamentos especializados	
Suministro para un mes en farmacia minorista estándar	**$0.00 - $12.65 O EL 33%**‡

Etapa 2: Cobertura inicial

Costos compartidos	HealthSun MediSun Extra (HMO D-SNP)
Suministro para tres meses a través de pedido por correo	**No disponible**
Nivel 6: Medicamentos suplementarios	
Suministro para un mes en farmacia minorista estándar	**$0.00**
Suministro para tres meses a través de pedido por correo	**$0.00**

‡ Si recibe Ayuda Extra (“Extra Help”), el monto que paga está determinado por su cobertura de Ayuda Extra (“Extra Help”) del subsidio por bajos ingresos (LIS) y si usa un medicamento genérico o de marca. Consulte su cláusula adicional del subsidio por bajos ingresos (LIS) para conocer el monto específico de su copago. Si no califica para recibir Ayuda Extra (“Extra Help”), usted pagará $10 para el Nivel 3, $50 para el Nivel 4 o el 33% para el Nivel 5.

[100] El suministro para tres meses para este nivel del plan es de 100 días.

Etapa 3: Cobertura catastrófica

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

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

Beneficios con un 6: Los beneficios mencionados son Beneficios suplementarios especiales para enfermos crónicos (SSBCI). Puede calificar para 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.

La tarjeta prepagada de beneficios Mastercard® es emitida por The Bancorp Bank N.A., miembro de la FDIC, conforme a la licencia de Mastercard International Incorporated y se puede utilizar para gastos elegibles en cualquier lugar que 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 contraprestación.

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