Aviso anual de cambios para 2026

HealthSun MediSun Full Dual Extra (HMO D-SNP)

Servicios para los miembros:

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

www.healthsun.com

HealthSun
HEALTH PLANS

Aproveche al máximo su plan.

Sabemos que la atención médica puede ser confusa. Por eso queremos que tenga la información y las herramientas necesarias para tomar las mejores decisiones.

Su *Aviso anual de cambios* compara sus beneficios de 2025 actuales con sus nuevos beneficios de 2026. 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 algún cambio en su cobertura médica y sus costos (así como cambios en la cobertura para medicamentos con receta, si corresponde). Esto lo ayudará a saber qué esperar cuando sus beneficios estén disponibles en 2026.
- ☐ Obtenga más información. Este documento explica cuáles son los cambios generales en 2026, mientras que su *Evidencia de Cobertura* (EOC) incluye el detalle de todos los beneficios de su plan. La información de su plan para 2026, incluyendo su EOC, estará disponible en su cuenta segura en línea en www.healthsun.com el 15 de octubre. Revísela para prepararse para el Período de inscripción abierta, que va del 15 de octubre al 7 de diciembre de 2025. Este es el período anual en el que usted puede cambiar su plan Medicare Advantage y/o la cobertura de la Parte D y/o volver a Original Medicare. También puede comunicarse con Servicios para los miembros para solicitar una copia impresa.
- ☐ Comuníquese con nosotros si tiene preguntas. Estamos aquí para apoyarlo durante su atención médica. Puede llamarnos al número que figura en el reverso de su tarjeta de identificación de miembro.

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

HealthSun MediSun Full Dual Extra (HMO D-SNP) es ofrecido por HealthSun Health Plans

Aviso anual de cambios para 2026

Usted está inscrito como miembro de HealthSun MediSun Extra (HMO D-SNP).

Este material describe los cambios en los costos y beneficios de nuestro plan para el próximo año.

- **Usted tiene desde el 15 de octubre hasta el 7 de diciembre para hacer cambios en su cobertura de Medicare para el próximo año.** Si no se inscribe en otro plan antes del 7 de diciembre de 2025, permanecerá inscrito en HealthSun MediSun Full Dual Extra (HMO D-SNP).
- Para cambiarse a un **plan diferente**, visite www.Medicare.gov o revise la lista al dorso de su manual *Medicare & You 2026 (Medicare y Usted 2026)*.
- Tenga en cuenta que esto es solo un resumen de los cambios. Hay más información sobre costos, beneficios y normas en la *Evidencia de Cobertura*. Obtenga una copia en www.healthsun.com o llame a Servicios para los miembros al 1-877-336-2069 (los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-206-0500) para obtener una copia por correo.

Más recursos

- Este material está disponible de forma gratuita en español.
- Llame a Servicios para los miembros al 1-877-336-2069 (los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-206-0500) para obtener más información. Horario de atención: 8 a.m. a 8 p.m., los siete días de la semana (excepto el día de Acción de Gracias y el día de Navidad) del 1 de octubre al 31 de marzo, y de lunes a viernes (excepto los días feriados) del 1 de abril al 30 de septiembre. Esta llamada es gratuita.
- Este documento está disponible en braille, en tamaño de letra grande y en audio. Para solicitar este documento en un formato alternativo, llame a Servicios para los miembros al teléfono impreso en la portada de este documento.

Acerca de HealthSun MediSun Full Dual Extra (HMO D-SNP)

- HealthSun Health Plans es un plan HMO D-SNP con un contrato con Medicare y con la Agencia para la Administración del Cuidado de la Salud del Estado de Florida (State of Florida Agency for Health Care Administration). La inscripción en HealthSun Health Plans depende de la renovación del contrato. Nuestro plan también tiene un contrato por escrito con el programa de Medicaid de Agency for Healthcare Administration para coordinar sus beneficios de Medicaid.

- Cuando en este documento dice “nosotros”, “nos” o “nuestro/a”, hace referencia a HealthSun Cuando dice “plan” o “nuestro plan”, hace referencia a HealthSun MediSun Full Dual Extra (HMO D-SNP).
- El 1 de enero de 2026, HealthSun Health Plans lo pasará de HealthSun MediSun Extra (HMO D-SNP) a HealthSun MediSun Full Dual Extra (HMO D-SNP). Este material le indica las diferencias entre sus beneficios actuales en HealthSun MediSun Extra (HMO D-SNP) y los beneficios que tendrá el 1 de enero de 2026 como miembro de HealthSun MediSun Full Dual Extra (HMO D-SNP).
- **Si no hace nada antes del 7 de diciembre de 2025, se lo inscribirá automáticamente en HealthSun MediSun Full Dual Extra (HMO D-SNP)**. A partir del 1 de enero de 2026, recibirá su cobertura médica y para medicamentos por medio de HealthSun MediSun Full Dual Extra (HMO D-SNP). Consulte la Sección 3 para obtener más información sobre cómo cambiar de plan y las fechas límite para realizar un cambio.

Índice

Resumen de costos importantes para 2026 4

SECCIÓN 1 Cambios en los costos y beneficios para el año próximo 9

Sección 1.1 Cambios en la prima mensual del plan 9

Sección 1.2 Cambios en el monto máximo que paga de su bolsillo 9

Sección 1.3 Cambios en la red de proveedores 10

Sección 1.4 Cambios en la red de farmacias 10

Sección 1.5 Cambios en los beneficios y costos de los servicios médicos 11

Sección 1.6 Cambios en la cobertura para medicamentos de la Parte D 15

Sección 1.7 Cambios en los beneficios y costos de los medicamentos con receta 16

SECCIÓN 2 Cambios administrativos 23

SECCIÓN 3 Cómo cambiar de plan 23

Sección 3.1 Plazos para cambiar de planes 24

Sección 3.2 ¿Puedo realizar un cambio en otro momento del año? 24

SECCIÓN 4 Cómo recibir ayuda para pagar los medicamentos con receta 25

SECCIÓN 5 ¿Preguntas? 26

Reciba ayuda de HealthSun MediSun Full Dual Extra (HMO D-SNP) 26

Obtenga asesoramiento gratuito sobre Medicare 27

Cómo recibir ayuda de Medicare 27

Reciba ayuda de Agency for Healthcare Administration 28

Resumen de costos importantes para 2026

	2025 (este año)	2026 (próximo año)
Prima mensual del plan* * Su prima puede ser mayor que este monto. Consulte la Sección 1.1 para obtener detalles.	$0.00	$0.00
Monto máximo que paga de su bolsillo Este es el monto máximo que pagará de su bolsillo por servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B. (Consulte la Sección 1.2 para obtener detalles).	$3,450.00 Si usted es elegible para recibir la ayuda de Medicare con los costos compartidos a través de Medicaid, no es responsable de ningún costo que paga de su bolsillo para alcanzar el monto máximo que paga de su bolsillo por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B.	$3,450.00 Usted no es responsable de ningún costo que paga de su bolsillo para alcanzar el monto máximo que paga de su bolsillo por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B.
Consultas en el consultorio de atención primaria	$0.00 de copago por consulta	$0.00 de copago por consulta
Consultas en el consultorio del especialista	$0.00 de copago por consulta	$0.00 de copago por consulta
Hospitalizaciones Incluye servicios hospitalarios de cuidados agudos, de rehabilitación, de atención a largo plazo y de otros tipos	$0.00 de copago por estadía	$0.00 de copago por estadía

	2025 (este año)	2026 (próximo año)
para pacientes internados. La atención hospitalaria para pacientes internados comienza el día en que usted formalmente ingresa al hospital con una orden del médico. El día anterior a su alta médica es su último día como paciente internado.		
Deducible de cobertura para medicamentos de la Parte D (Consulte la Sección 1.7 para conocer los detalles).	Deducible: Esta etapa de pago no se aplica a usted.	Deducible: Esta etapa de pago no se aplica a usted.
Cobertura para medicamentos de la Parte D (Consulte la Sección 1.7 para obtener más detalles, incluidas la Etapa del deducible anual, la Etapa de cobertura inicial y la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas). *El monto que usted paga es determinado por su cobertura del subsidio por bajos ingresos (Low-Income Subsidy, LIS) “Ayuda Extra” (“Extra Help”) y por si usted toma un medicamento genérico o de marca. Consulte su Cláusula adicional LIS para conocer el monto específico de su copago.	Usted no paga un copago por ninguno de sus medicamentos cubiertos de la Parte D.	**Si usted recibe “Ayuda Extra” (“Extra Help”),** copago durante la Etapa de cobertura inicial: • **Medicamentos de Nivel 1 -** medicamentos genéricos preferidos: $0.00 por medicamento con receta. • **Medicamentos de Nivel 2** - medicamentos genéricos: $0.00 por medicamento con receta. • **Medicamentos de Nivel 3** - medicamentos de marca preferida: $0.00 - $5.00* por

	2025 (este año)	2026 (próximo año)
		medicamento con receta. Usted paga $0.00 - $5.00* por un suministro para un mes de cada producto de insulina cubierto en este nivel. • **Medicamentos de Nivel 4** - medicamentos no preferidos:$0.00 - $12.65* por medicamento con receta. • **Medicamentos de Nivel 5** - medicamentos especializados**:** $0.00 - $12.65* por medicamento con receta. • **Medicamentos de Nivel 6** - medicamentos complementarios: $0.00 por medicamento con receta. **Si usted <u>no</u> reúne los requisitos para recibir "Ayuda Extra" ("Extra Help"),** copago/coseguro durante la Etapa de cobertura inicial:

	2025 (este año)	2026 (próximo año)
		• **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 Usted no pagará más de $5.00 por un suministro para un mes de cada producto de insulina cubierto en este nivel. • **Medicamentos de Nivel 4**: medicamentos no preferidos: $50.00 • **Medicamentos de Nivel 5**: medicamentos especializados: 33% • **Medicamentos de Nivel 6**: medicamentos complementarios: $0.00
	Etapa de cobertura en situaciones catastróficas: • Durante esta etapa de pago, usted no paga nada por los medicamentos cubiertos de la Parte D **ni por los**	Etapa de cobertura en situaciones catastróficas: • Durante esta etapa de pago, usted no paga nada por los medicamentos cubiertos de la Parte D **ni por los**

	2025 (este año)	2026 (próximo año)
	medicamentos excluidos que están cubiertos por nuestro beneficio mejorado.	**medicamentos excluidos que están cubiertos por nuestro beneficio mejorado**.

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

Sección 1.1 Cambios en la prima mensual del plan

	2025 (este año)	2026 (próximo año)
Prima mensual del plan (También debe seguir pagando su prima de la Parte B de Medicare a menos que Medicaid la pague por usted).	$0.00	$0.00

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 usted haya pagado 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 calendario.

	2025 (este año)	2026 (próximo año)
Monto máximo que paga de su bolsillo Dado que nuestros miembros también reciben ayuda de Medicaid, muy pocos miembros alcanzan este monto máximo que pagan de su bolsillo. Usted no es responsable de ningún costo que paga de su bolsillo para alcanzar el monto máximo que paga de su bolsillo por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B.	$3,450.00	$3,450.00 Su plan proporciona cobertura para el costo compartido de Medicare aplicado a los servicios cubiertos.

	2025 (este año)	2026 (próximo año)
Los costos por los servicios médicos cubiertos (como los 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.		

Sección 1.3 Cambios en la red de proveedores

Nuestra red de proveedores tiene cambios para el próximo año. Revise el *Directorio de proveedores* de 2026 en el sitio web www.healthsun.com para ver si sus proveedores (proveedor de atención primaria, especialistas, hospitales, etc.) se encuentran en nuestra red. Cómo obtener un *Directorio de proveedores* actualizado:

- Consulte nuestro sitio web en www.healthsun.com.
- Comuníquese con Servicios para los miembros al 1-877-336-2069 (los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-206-0500) para obtener la información actual de los proveedores o para pedirnos que le enviemos por correo un *Directorio de proveedores*.

Podemos realizar cambios en los hospitales, los médicos y especialistas (proveedores) que forman parte de nuestro plan durante el año. Si un cambio de mediados de año en nuestros proveedores lo afecta, llame a Servicios para los miembros al 1-877-336-2069 (los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-206-0500) para obtener ayuda. Para obtener más información sobre sus derechos cuando un proveedor de la red deja nuestro plan, consulte el Capítulo 3, Sección 2.3 de su *Evidencia de Cobertura*.

Sección 1.4 Cambios en la red de farmacias

Los montos que paga por sus medicamentos con receta pueden depender de la farmacia que utilice. Los planes de medicamentos de Medicare tienen una red de farmacias. En la mayoría de los casos, los medicamentos con receta están cubiertos *solo* si se obtienen en una de nuestras farmacias de la red.

Nuestra red de farmacias tiene cambios para el próximo año. Revise el *Directorio de farmacias* para 2026 en www.healthsun.com para conocer qué farmacias se encuentran en nuestra red. Cómo obtener un *Directorio de farmacias* actualizado:

- Visite nuestro sitio web en www.healthsun.com.

- Llame a Servicios para los miembros al 1-877-336-2069 (los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-206-0500) para obtener información actualizada sobre farmacias o para solicitarnos que le enviemos por correo un *Directorio de farmacias*.

Podemos realizar cambios en las farmacias que forman parte de nuestro plan durante el año. Si un cambio de mediados de año en nuestras farmacias lo afecta, comuníquese con Servicios para los miembros al 1-877-336-2069 (los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-206-0500) para que podamos ayudarlo.

Sección 1.5 Cambios en los beneficios y costos de los servicios médicos

El *Aviso anual de cambios* le informa los cambios en sus beneficios y costos de Medicare.

Estamos modificando los requisitos de elegibilidad para permanecer en nuestro plan. Los nuevos requisitos de elegibilidad se detallan en el Capítulo 1 de la *Evidencia de Cobertura* para 2026.

	2025 (este año)	2026 (próximo año)
Asignación de Everyday Options	Usted paga **$0.00** de copago. Este plan ofrece una asignación para gastos combinada de **$225** cada mes para dispositivos de asistencia, alimentos saludables (abarrotes), y servicios públicos. Los alimentos saludables (abarrotes) y servicios públicos son beneficios cubiertos para todos los miembros inscritos en este plan a través del Modelo de Diseño de seguros basado en el valor (Value-Based Insurance Design, VBID).	Usted paga **$0.00** de copago. Este plan ofrece una asignación para gastos de **$225** cada mes para: • **Dispositivos de asistencia**: asientos de inodoro que cumplen con los requisitos de la Ley de Estadounidenses con Discapacidades (Americans with Disabilities Act, ADA), banquetas para duchas, duchas de mano, dispositivos de alcance, rampas temporales en umbrales para silla de ruedas y más. Si usted es elegible para los Beneficios complementarios especiales para personas con

	2025 (este año)	2026 (próximo año)
		afecciones crónicas (Special Supplemental Benefits for the Chronically Ill, SSBCI), usted también puede usar la asignación para los siguiente: • **Alimentos saludables***: alimentos saludables que ayudan a satisfacer sus necesidades nutricionales, como productos lácteos, frutas y verduras frescas, carne, mariscos y otros productos de despensa básicos saludables. • **Servicios públicos***: úsela para el pago del gas en su casa, electricidad, agua, televisión por cable, internet o servicios de telefonía celular. *Los beneficios mencionados son Beneficios complementarios especiales para personas con afecciones crónicas (Special Supplemental Benefits for the Chronically Ill, SSBCI). Puede calificar para recibir los SSBCI si tiene un riesgo alto de hospitalización y requiere coordinación de cuidados intensivos para manejar afecciones crónicas, como afecciones renales crónicas, trastornos pulmonares

	2025 (este año)	2026 (próximo año)
		crónicos, trastornos cardiovasculares, insuficiencia cardíaca crónica o diabetes. Para obtener una lista completa de afecciones crónicas o para obtener más información sobre otros requisitos de elegibilidad necesarios para calificar para los beneficios de SSBCI, consulte el Capítulo 4 en la Evidencia de Cobertura del plan.
Medicamentos de la Parte B de Medicare	**Medicamentos de insulina de la Parte B de Medicare:** Usted paga **$0.00** de copago - **$35.00** de copago. **Medicamentos para quimioterapia y radiación de la Parte B de Medicare**: Usted paga **$0.00** de copago - **20%** de coseguro. **Otros medicamentos de la Parte B de Medicare:** Usted paga **$0.00** de copago - **20%** de coseguro. El costo compartido se basa en el entorno médico donde se reciba el servicio.	**Medicamentos de insulina de la Parte B de Medicare:** Usted paga **$0.00** de copago. **Medicamentos para quimioterapia y radiación de la Parte B de Medicare**: Usted paga **$0.00** de copago. **Otros medicamentos de la Parte B de Medicare:** Usted paga **$0.00** de copago.
Productos de venta libre (Over the Counter, OTC)	Este plan cubre determinados medicamentos de venta libre y artículos relacionados con la salud aprobados que se venden sin receta, hasta **$128** por mes. Los montos de los artículos de venta libre (Over-the-Counter, OTC) no	Este plan cubre determinados medicamentos de venta libre y artículos relacionados con la salud aprobados que se venden sin receta, hasta **$125** por mes. Los montos de los artículos de venta libre (Over-the-Counter, OTC) no

	2025 (este año)	2026 (próximo año)
	utilizados vencen al final de cada mes.	utilizados vencen al final de cada mes.
Transporte	Usted paga **$0.00** de copago. Este plan ofrece cobertura para una cantidad ilimitada de servicios de transporte de rutina cada año a ubicaciones relacionadas con la salud. Los viajes se limitan a 50 millas. Además, el plan cubre 6 servicios de transporte de rutina de un tramo cada año a ubicaciones aprobadas por el plan que no estén relacionadas con la salud. Los viajes se limitan a 50 millas. El transporte no relacionado con la salud es un beneficio cubierto para todos los miembros inscritos en este plan a través del Modelo de Diseño de seguros basado en el valor (Value-Based Insurance Design, VBID).	Usted paga **$0.00** de copago. Este plan ofrece cobertura para una cantidad ilimitada de servicios de transporte de rutina cada año. Los viajes se limitan a 50 millas. El transporte no relacionado con la salud no está cubierto. Los viajes relacionados con la salud son hacia y desde: • Consultorios médicos y dentales • Farmacias independientes y aquellas que se encuentran dentro de tiendas minoristas o tiendas de abarrotes para comprar medicamentos con recetas y artículos de venta libre (OTC) • Clínicas sin cita previa para pruebas de detección preventivas, consultas de bienestar y vacunas

Sección 1.6 Cambios en la cobertura para medicamentos de la Parte D

Cambios en nuestra Lista de medicamentos

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

Hemos realizado cambios en nuestra Lista de medicamentos, que podría 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 nuevos en la Lista de medicamentos se realizan al comienzo de cada año. No obstante, podemos hacer otros cambios permitidos por las normas de Medicare que lo afectarán durante el año calendario. Actualizamos nuestra Lista de medicamentos en línea por lo 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 de medicamentos al comienzo del año o durante el año, consulte el Capítulo 9 de su *Evidencia de Cobertura* y hable con su médico para conocer sus opciones, como solicitar un suministro temporal, solicitar una excepción y/o trabajar para encontrar un nuevo medicamento. Llame a Servicios para los miembros al 1-877-336-2069 (los usuarios de TTY llamen al 1-877-206-0500) para obtener más información.

A partir de 2026, podemos eliminar inmediatamente los medicamentos de marca o los productos biológicos originales de nuestra Lista de medicamentos si los reemplazamos por nuevos genéricos o ciertas versiones biosimilares del medicamento de marca o producto biológico original del mismo nivel de costo compartido o de un nivel de costo compartido más bajo con las mismas restricciones o menos. Además, cuando agreguemos una nueva versión, podemos decidir mantener el medicamento de marca o producto biológico original en nuestra Lista de medicamentos, pero inmediatamente moverlo a un nivel de costo compartido diferente o agregar nuevas restricciones, o ambas cosas.

Por ejemplo: Si usted toma un medicamento de marca o un producto biológico que será sustituido por una versión genérica o biosimilar, es posible que no reciba un aviso del cambio con 30 días de anticipación o antes de que usted reciba un suministro mensual del medicamento de marca o producto biológico. Podría recibir información sobre el cambio específico después de que se haya realizado el cambio.

Algunos de estos tipos de medicamentos podrían ser nuevos para usted. Para obtener 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 brinda información al consumidor sobre los medicamentos. Visite el sitio web de la FDA: www.FDA.gov/drugs/biosimilars/multimedia-education-materials-biosimilars#For%20Patients. También puede llamar a Servicios para

los miembros al 1-877-336-2069 (los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-206-0500) o solicitar más información a su proveedor de atención médica, persona autorizada a dar recetas o farmacéutico.

Sección 1.7 Cambios en los beneficios y costos de los medicamentos con receta

¿Recibe "Ayuda Extra" ("Extra Help") para pagar los costos de su cobertura para medicamentos?

Si usted participa en un programa que le ayuda a pagar sus medicamentos ("Ayuda Extra" ("Extra Help")), **la información sobre los costos de los medicamentos de la Parte D podría no aplicarse en su caso.**

Nosotros le enviamos documentación por 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),* que le informa sobre los costos de sus medicamentos. Si usted recibe "Ayuda Extra" ("Extra Help") y no recibe este material antes del 30 de septiembre de 2025, llame a Servicios para los miembros al 1-877-336-2069 (los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-206-0500) y solicite la *Cláusula adicional LIS.*

Etapas de pago de los medicamentos

Existen **3 etapas de pago de los 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 ya no existen en el beneficio de la Parte D.

- ***Etapa 1: Deducible anual***

  No tenemos deducible, por lo tanto, esta etapa de pago no se aplica a usted.

- ***Etapa 2: Cobertura inicial***

  En esta etapa, nuestro plan paga la parte que le corresponde del costo de sus medicamentos y usted paga la parte que le corresponde del costo. Por lo general, usted permanece en esta etapa hasta que los costos que paga de su bolsillo del año hasta la fecha alcancen $2,100.

- ***Etapa 3: Cobertura en situaciones catastróficas***

  Esta es la tercera y última etapa de pago de los medicamentos. Durante esta etapa, usted no paga nada por los medicamentos cubiertos de la Parte D. Generalmente, usted permanece en esta etapa durante el resto del año calendario.

El Programa de descuentos para el período sin cobertura ha sido sustituido por el Programa de descuentos del fabricante. Conforme al Programa de descuentos del fabricante, los fabricantes de medicamentos pagan una parte del costo total de nuestro plan por los medicamentos de marca y productos biológicos cubiertos de la Parte D durante la Etapa de cobertura inicial y la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas. Los descuentos que pagan los fabricantes conforme al Programa de descuentos del fabricante no se tienen en cuenta para los costos que paga de su bolsillo.

Costos de los medicamentos en la Etapa 1: Deducible anual

La tabla muestra su costo por medicamentos con receta durante esta etapa.

	2025 (este año)	2026 (próximo año)
Deducible anual	Esta etapa de pago no se aplica a usted.	Esta etapa de pago no se aplica a usted.

Costos de los medicamentos en la Etapa 2: Cobertura inicial

La tabla muestra su costo por medicamento con receta por un suministro para un mes obtenido en una farmacia de la red con costo compartido estándar.

La mayoría de las vacunas para adultos de la Parte D están cubiertas sin costo para usted. Para obtener más información sobre los costos de las vacunas o sobre los costos por un suministro a largo plazo o de medicamentos con receta de pedido por correo, consulte el Capítulo 6 de su *Evidencia de Cobertura*.

Una vez que haya pagado $2,100 de su bolsillo por los medicamentos cubiertos de la Parte D, pasará a la siguiente etapa (Etapa de cobertura en situaciones catastróficas).

	2025 **(este año)**	**2026** **(próximo año)**
	Si usted recibe "Ayuda Extra" ("Extra Help")	**Si usted recibe "Ayuda Extra" ("Extra Help")**
Nivel 1: medicamentos genéricos preferidos Hemos cambiado el nivel de algunos de los medicamentos de la Lista de medicamentos. Para saber si sus medicamentos han pasado a un nivel diferente, búsquelos en la Lista de medicamentos.	Usted no paga un copago por ninguno de sus medicamentos cubiertos de la Parte D.	**Nivel 1: medicamentos genéricos preferidos:** Usted paga $0.00 por medicamento con receta. Su costo por un medicamento con receta de pedido por correo para un mes es $0.00.
Nivel 2: medicamentos genéricos Hemos cambiado el nivel de algunos de los medicamentos de la Lista de medicamentos. Para saber si sus medicamentos han pasado a un nivel diferente, búsquelos en la Lista de medicamentos.		**Nivel 2**:**medicamentos genéricos**: Usted paga $0.00 por medicamento con receta. Su costo por un medicamento con receta de pedido por correo para un mes es $0.00.

	2025 (este año)	2026 (próximo año)
Nivel 3: medicamentos de marca preferida Hemos cambiado el nivel de algunos de los medicamentos de la Lista de medicamentos. Para saber si sus medicamentos han pasado a un nivel diferente, búsquelos en la Lista de medicamentos.		**Nivel 3: medicamentos de marca preferida:** Usted paga $0.00 - $5.00* por medicamento con receta. Usted paga $0.00 - $5.00* por un suministro para un mes de cada producto de insulina cubierto en este nivel. Su costo por un medicamento con receta de pedido por correo para un mes es $0.00 - $5.00*.
Nivel 4: medicamentos no preferidos Hemos cambiado el nivel de algunos de los medicamentos de la Lista de medicamentos. Para saber si sus medicamentos han pasado a un nivel diferente, búsquelos en la Lista de medicamentos.		**Nivel 4: medicamentos no preferidos:** Usted paga $0.00 - $12.65* por medicamento con receta. Su costo por un medicamento con receta de pedido por correo para un mes es $0.00 - $12.65*.
Nivel 5: medicamentos especializados Hemos cambiado el nivel de algunos de los medicamentos de la Lista de medicamentos. Para saber si sus medicamentos han pasado a un nivel diferente, búsquelos en la Lista de medicamentos.		**Nivel 5: medicamentos especializados:** Usted paga $0.00 - $12.65* por medicamento con receta. Su costo por un medicamento con receta de pedido por correo para un mes es $0.00 - $12.65*.

	2025 (este año)	2026 (próximo año)
Nivel 6: medicamentos complementarios Hemos cambiado el nivel de algunos de los medicamentos de la Lista de medicamentos. Para saber si sus medicamentos han pasado a un nivel diferente, búsquelos en la Lista de medicamentos.		**Nivel 6: medicamentos complementarios:** Usted paga $0.00 por medicamento con receta. Su costo por un medicamento con receta de pedido por correo para un mes es $0.00.

*El monto que usted paga es determinado por su cobertura del subsidio por bajos ingresos (Low-Income Subsidy, LIS) “Ayuda Extra” (“Extra Help”) y por si usted toma un medicamento genérico o de marca. Consulte su Cláusula adicional LIS para conocer el monto específico de su copago.

	2025 (este año)	2026 (próximo año)
	Si usted no califica para recibir “Ayuda Extra” (“Extra Help”):	**Si usted no califica para recibir “Ayuda Extra” (“Extra Help”):**
Nivel 1: medicamentos genéricos preferidos Hemos cambiado el nivel de algunos de los medicamentos de la Lista de medicamentos. Para saber si sus medicamentos han pasado a un nivel diferente, búsquelos en la Lista de medicamentos.	Usted no paga un copago por ninguno de sus medicamentos cubiertos de la Parte D.	**Nivel 1: medicamentos genéricos preferidos:** Usted paga $0.00 por medicamento con receta. Su costo por un suministro para un mes de medicamentos con receta de pedido por correo es $0.00.

	2025 (este año)	2026 (próximo año)
Nivel 2: medicamentos genéricos Hemos cambiado el nivel de algunos de los medicamentos de la Lista de medicamentos. Para saber si sus medicamentos han pasado a un nivel diferente, búsquelos en la Lista de medicamentos.		**Nivel 2: medicamentos genéricos:** Usted paga $0.00 por medicamento con receta. Su costo por un suministro para un mes de medicamentos con receta de pedido por correo es $0.00.
Nivel 3: medicamentos de marca preferida Hemos cambiado el nivel de algunos de los medicamentos de la Lista de medicamentos. Para saber si sus medicamentos han pasado a un nivel diferente, búsquelos en la Lista de medicamentos.		**Nivel 3: medicamentos de marca preferida:** Usted paga $5.00 por medicamento con receta. Usted no pagará más de $5.00 por un suministro para un mes de cada producto de insulina cubierto en este nivel. Su costo por un suministro para un mes de medicamentos con receta de pedido por correo es $5.00.
Nivel 4: medicamentos no preferidos Hemos cambiado el nivel de algunos de los medicamentos de la Lista de medicamentos. Para saber si sus medicamentos han pasado a un nivel diferente, búsquelos en la Lista de medicamentos.		**Nivel 4: medicamentos no preferidos:** Usted paga $50.00 por medicamento con receta. Su costo por un suministro para un mes de medicamentos con receta de pedido por correo es $50.00.

	2025 (este año)	2026 (próximo año)
Nivel 5: medicamentos especializados Hemos cambiado el nivel de algunos de los medicamentos de la Lista de medicamentos. Para saber si sus medicamentos han pasado a un nivel diferente, búsquelos en la Lista de medicamentos.		**Nivel 5: medicamentos especializados:** Usted paga 33% del costo total. Su costo por un suministro para un mes de medicamentos con receta de pedido por correo es 33%.
Nivel 6: medicamentos complementarios Hemos cambiado el nivel de algunos de los medicamentos de la Lista de medicamentos. Para saber si sus medicamentos han pasado a un nivel diferente, búsquelos en la Lista de medicamentos.		**Nivel 6: medicamentos complementarios:** Usted paga $0.00 por medicamento con receta. Su costo por un suministro para un mes de medicamentos con receta de pedido por correo es $0.00.

Hemos cambiado el nivel de algunos de los medicamentos de la Lista de medicamentos. Para saber si sus medicamentos han pasado a un nivel diferente, búsquelos en la Lista de medicamentos.

Cambios en su beneficio de la Parte D del Diseño de seguros basado en el valor (Value-Based Insurance Design, VBID)

En 2025, su plan cubre todos sus medicamentos de la Parte D cubiertos por Medicare incluidos en el formulario del plan con un copago de $0.00 durante las Etapas del deducible, de cobertura inicial y de cobertura en situaciones catastróficas. En 2026, según su nivel de “Ayuda Extra” (“Extra Help”), es posible que usted tenga que pagar un copago por sus medicamentos cubiertos de la Parte D hasta alcanzar el límite de situaciones catastróficas.

Cambios en la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas

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 estén cubiertos por nuestro beneficio mejorado.

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

SECCIÓN 2 Cambios administrativos

	2025 (este año)	2026 (próximo año)
MyDirectives®	Su plan brinda acceso a un recurso en línea de planificación anticipada de atención.	Su plan ya no ofrece un servicio en línea de planificación anticipada de atención.
Plan de pago de recetas de Medicare	El Plan de pago de recetas de Medicare es una opción de pago que comenzó este año y puede ayudarlo a administrar los costos que paga de su bolsillo por medicamentos cubiertos por nuestro plan, distribuyéndolos a lo largo del año calendario (de enero a diciembre). Es posible que usted esté participando en esta opción de pago.	Si usted está participando en el Plan de pago de recetas de Medicare y permanece en el mismo plan de la Parte D, su participación se renovará automáticamente para 2026. Para saber más acerca de esta opción de pago, llámenos al 1-833-246-6565 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) o visite www.Medicare.gov.

SECCIÓN 3 Cómo cambiar de plan

Para seguir inscrito en HealthSun MediSun Full Dual Extra (HMO D-SNP) no es necesario que haga nada. A menos que usted se inscriba en un plan diferente o cambie a Original Medicare para el 7 de diciembre, se lo inscribirá automáticamente en nuestro HealthSun MediSun Full Dual Extra (HMO D-SNP).

Si desea cambiar de plan para 2026, siga estos pasos:

- **Para cambiar a un plan de salud de Medicare diferente,** inscríbase en el nuevo plan. Se cancelará automáticamente su inscripción en HealthSun MediSun Full Dual Extra (HMO D-SNP).

- **Para cambiar a Original Medicare con cobertura para medicamentos de Medicare,** inscríbase en el plan de medicamentos de Medicare nuevo. Se cancelará automáticamente su inscripción en HealthSun MediSun Full Dual Extra (HMO D-SNP).
- **Para cambiar a Original Medicare sin un plan de medicamentos**, usted puede enviarnos una solicitud por escrito para cancelar la inscripción. Llame a Servicios para los miembros al 1-877-336-2069 (los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-206-0500) para obtener más información acerca de cómo hacer esto. O bien, llame a **Medicare** al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) y solicite que se cancele su inscripción. Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-877-486-2048. Si no se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare, podría pagar una multa por inscripción tardía de la Parte D (consulte la Sección 4).
- **Para obtener más información sobre Original Medicare y los diferentes tipos de planes de Medicare,** visite www.Medicare.gov, consulte el manual *Medicare & You 2026 (Medicare y Usted 2026)*, llame a su Programa estatal de asistencia sobre seguro médico (State Health Insurance Assistance Program, SHIP) (consulte la Sección 5) o llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227).

Sección 3.1 Plazos para cambiar de planes

Las personas que tienen Medicare pueden hacer cambios a su cobertura desde el **15 de octubre hasta el 7 de diciembre** de cada año.

Si usted está inscrito en un plan Medicare Advantage para el 1 de enero de 2026 y no le gusta su opción de plan, puede cambiarse a otro plan de salud de Medicare (con o sin cobertura para medicamentos de Medicare) o cambiarse a Original Medicare (con o sin cobertura separada para medicamentos de Medicare) entre el 1 de enero y el 31 de marzo de 2026.

Sección 3.2 ¿Puedo realizar un cambio en otro momento del año?

En ciertas situaciones, las personas podrían tener otras oportunidades para cambiar su cobertura durante el año. Algunos ejemplos son las personas que:

- Tienen Medicaid
- Obtienen “Ayuda Extra” (“Extra Help”) para pagar sus medicamentos
- Tienen cobertura por parte de su empleador o están dejando de tenerla
- Se han mudado fuera del área de servicio de nuestro plan

Debido a que usted tiene Medicaid, puede cancelar su membresía en nuestro plan a través de alguna de las siguientes opciones de Medicare en cualquier mes del año:

- Original Medicare *con* un plan separado de medicamentos con receta de Medicare,

- Original Medicare *sin* un plan separado de medicamentos con receta de Medicare (Si elige esta opción, Medicare puede inscribirlo en un plan de medicamentos, a menos que haya optado por no participar de la inscripción automática), o bien
- Si es elegible, un D-SNP integrado que le brinde sus beneficios y servicios de Medicare y la mayoría o la totalidad de sus beneficios y servicios de Medicaid en un solo plan.

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 cambiar su cobertura de Medicare **en cualquier momento**. Puede cambiar a cualquier otro plan de salud de Medicare (con o sin cobertura para medicamentos de Medicare) o cambiar a Original Medicare (con o sin cobertura separada para medicamentos de Medicare) en cualquier momento. Si recientemente salió de una institución, tiene la oportunidad de cambiar de plan o cambiar a Original Medicare durante 2 meses completos después del mes en que se muda.

SECCIÓN 4 Cómo recibir ayuda para pagar los medicamentos con receta

Es posible que reúna los requisitos para recibir ayuda para pagar los medicamentos con receta. Hay distintos 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 del plan de medicamentos, los deducibles anuales y el coseguro. De igual manera, las personas que reúnen los requisitos no tendrán una multa por inscripción tardía. Para saber si reúne los requisitos, llame a:
  - 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-877-486-2048, durante las 24 horas, los 7 días de la semana.
  - A la oficina del Seguro Social al 1-800-772-1213, de 8 a.m. a 7 p.m., de lunes a viernes para hablar con un representante. Los mensajes automáticos están disponibles las 24 horas. Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-800-325-0778.
  - A la oficina de Medicaid de su estado.
- **Ayuda del programa de asistencia farmacéutica de su estado (Pharmaceutical Assistance Program, SPAP).** Florida tiene un programa denominado Florida AIDS Drug Assistance Program (ADAP) que ayuda a las personas a pagar los medicamentos con receta según su necesidad económica, edad o afección médica. Para obtener más información sobre el programa, consulte con su Programa estatal de asistencia sobre seguro médico (State Pharmaceutical Assistance Program, SHIP). Para obtener el número de su estado, consulte www.shiphelp.org, o llame al 1-800-MEDICARE.

- **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, usted debe 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 de la Parte D de Medicare que también están cubiertos por el ADAP califican para la ayuda con los costos compartidos para medicamentos con receta 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 pago de recetas de Medicare.** El plan de pago de recetas de Medicare es una opción de pago que funciona con su cobertura para medicamentos actual para ayudarlo a administrar los costos que paga de su bolsillo por los medicamentos cubiertos por nuestro plan, extendiéndolos a través del año calendario (de enero a diciembre). Cualquier persona con un plan de medicamentos de Medicare o un plan de salud de Medicare con cobertura para medicamentos (como un plan Medicare Advantage con cobertura para medicamentos) puede usar esta opción de pago. **Esta opción de pago podría ayudarlo a administrar sus gastos, pero no le ahorrará dinero ni reducirá los costos de sus medicamentos.**

  La “Ayuda Extra” (“Extra Help”) de Medicare y la ayuda del Programa de asistencia farmacéutica de su estado (State Pharmaceutical Assistance Program, SPAP) y del Programa de asistencia de medicamentos para el SIDA (AIDS Drug Assistance Program, ADAP), para las personas que reúnen los requisitos, es más ventajosa que la participación en el plan de pago de recetas de Medicare. Todos los miembros son elegibles para participar en la opción del Plan de pago de medicamentos con receta de Medicare, sin importar el nivel de ingresos. Para saber más acerca de esta opción de pago, llame al 1-833-246-6565 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) o visite www.Medicare.gov.

SECCIÓN 5 ¿Preguntas?

Reciba ayuda de HealthSun MediSun Full Dual Extra (HMO D-SNP)

- **Llame a Servicios para los miembros al 1-877-336-2069. (Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-206-0500).**

  Estamos a su disposición para llamadas telefónicas en el siguiente horario: 8 a.m. a 8 p.m., los siete días de la semana (excepto el día de Acción de Gracias y el día de Navidad) del 1 de octubre

al 31 de marzo, y de lunes a viernes (excepto los días feriados) del 1 de abril al 30 de septiembre. Las llamadas a estos números son gratuitas.

- **Lea su *Evidencia de Cobertura* para 2026**

  Este *Aviso anual de cambios* le ofrece un resumen de los cambios en sus beneficios y costos para 2026. Para obtener detalles, consulte la *Evidencia de Cobertura* para 2026 para HealthSun MediSun Full Dual Extra (HMO D-SNP). La *Evidencia de Cobertura* es la descripción detallada legal de los beneficios de nuestro plan. Explica sus derechos y las normas que debe seguir para recibir sus servicios cubiertos y medicamentos con receta. Obtenga su *Evidencia de Cobertura* en nuestro sitio web en www.healthsun.com o llame a Servicios para los miembros al 1-877-336-2069 (los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-206-0500) para pedirnos que le enviemos una copia por correo.

- **Visite www.healthsun.com**

  Nuestro sitio web tiene la información más actualizada acerca de nuestra red de proveedores (*Directorio de proveedores y de farmacias*) y nuestra *Lista de medicamentos cubiertos* (Formulario/Lista de medicamentos).

Obtenga 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 denomina Florida Serving Health Insurance Needs of Elders (SHINE).

Llame a Florida Serving Health Insurance Needs of Elders (SHINE) para obtener asesoramiento gratuito y personalizado sobre seguro médico. Podrán ayudarlo a comprender las opciones de los planes de Medicare además de responder preguntas sobre cómo cambiar de plan. Llame a Florida Serving Health Insurance Needs of Elders (SHINE) al 1-800-963-5337. Obtenga más información sobre Florida Serving Health Insurance Needs of Elders (SHINE) visitando http://www.floridashine.org/.

Cómo recibir ayuda de Medicare

- **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 pueden llamar al 1-877-486-2048.

- **Hable por chat en vivo con www.Medicare.gov**

  Puede hablar por chat en vivo en www.Medicare.gov/talk-to-someone.

- **Escriba a Medicare**

  Puede escribir a Medicare a PO Box 1270, Lawrence, KS 66044

- **Visite www.Medicare.gov**

  El sitio web oficial de Medicare tiene información sobre el costo, la cobertura y las Calificaciones de calidad por estrellas para ayudarlo a comparar los planes de salud de Medicare en su área.

- **Lea *Medicare & You 2026 (Medicare y Usted 2026)***

  El manual *Medicare & You 2026 (Medicare y Usted 2026)* se envía por correo cada otoño 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. Obtenga una copia en www.Medicare.gov o llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-877-486-2048.

Reciba ayuda de Agency for Healthcare Administration

Comuníquese con Agency for Healthcare Administration al 1-877-711-3662. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-866-467-4970 para recibir ayuda con la inscripción en Medicaid o para hacer preguntas sobre los beneficios.

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

A partir del **15 de octubre de 2025, puede consultar la documentación importante de su plan en línea.** Solo inicie sesión o regístrese para obtener su cuenta en línea en **www.healthsun.com**, donde podrá acceder a la información y los documentos del plan con rapidez y facilidad.

Consulte la *Evidencia de Cobertura (Evidence of Coverage, EOC)* en la sección Documentos (Documents) de su cuenta en línea para revisar los detalles sobre su cobertura y costos. La EOC incluye tablas de beneficios y explica sus derechos y responsabilidades como miembro del plan.

Averigüe qué medicamentos con receta están cubiertos por su plan revisando el Formulario en la sección Documentos (Documents) de su cuenta en línea. También puede consultar los precios de los medicamentos a través de la herramienta Estimar el precio de un medicamento (Price a medication) y Consultar medicamentos con receta (View Prescriptions) para verificar su cobertura de medicamentos.

Busque un médico, un médico de la red o una farmacia con la herramienta en línea Buscar atención (Find Care). Puede buscar por nombre del médico o especialidad y tipo de farmacia o distancia desde su hogar.

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:

El uso de 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 consultar a su médico son las siguientes: medicamentos no opioides, acupuntura o fisioterapia para saber si estos son adecuados para usted. Averigüe cómo su plan cubre estas opciones accediendo a su cuenta 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, hágaselo 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**.

Notice of Availability of Language Assistance Services and Auxiliary Aids and Services

ATTENTION: If you speak English, free language assistance services are available to you. Appropriate auxiliary aids and services to provide information in accessible formats are also available free of charge. Call the phone number on your member ID card or speak to your provider.

Spanish – ATENCIÓN: Si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia en otros idiomas. También puede obtener ayudas y servicios auxiliares adecuados gratuitos para proporcionar información en formatos accesibles. Llame al número de teléfono que figura en su tarjeta de identificación del miembro o hable con su proveedor.

Arabic - تنبيه: إذا كنت تتحدث العربية، فإن خدمات المساعدة اللغوية المجانية متاحة لك. كما تتوفر مساعدات وخدمات مساعدة مناسبة لتوفير المعلومات بأشكال يسهل الوصول إليها مجانا. اتصل برقم الهاتف الموجود على بطاقة ID هوية العضو الخاصة بك أو تحدث إلى مقدم الخدمة.

Chinese Simplified – 注意：如果您说简体中文，我们可以为您提供免费的语言协助服务。我们还免费提供适当的辅助工具和服务，以可访问的格式提供信息。请拨打您的会员 ID 卡上的电话号码或与您的提供者交谈。

Chinese Traditional – 注意：如果您說繁體中文，我們可以為您提供免費的語言協助服務。我們還免費提供適當的輔助工具和服務，以無障礙格式提供資訊。請撥打您的會員 ID 卡上的電話號碼或與您的提供者交談。

French – ATTENTION : Si vous parlez français, des services gratuits d'assistance linguistique sont disponibles. Des aides et services auxiliaires appropriés permettant de fournir des informations dans des formats accessibles sont également disponibles gratuitement. Appelez le numéro de téléphone figurant sur votre carte d'ID de membre ou appelez votre prestataire.

German – ACHTUNG: Wenn Sie Deutsch sprechen, stehen Ihnen kostenlose Dienste zur sprachlichen Unterstützung zur Verfügung. Außerdem sind kostenlose Hilfsmittel und Dienste verfügbar, um Informationen in zugänglichen Formaten bereitzustellen. Rufen Sie die Telefonnummer auf Ihrer Mitglieds-ID-Karte an oder wenden Sie sich an Ihren Anbieter.

Gujarati – ધ્યાન આપો: જો તમે ગુજરાતી બોલો છો, તો તમારા માટે વિના મૂલ્યે ભાષા સહાય સેવાઓ ઉપલબ્ધ છે. સુલભ ફોર્મેટમાં માહિતી પ્રદાન કરવા માટે યોગ્ય સહાયક સહાય અને સેવાઓ પણ વિના

મૂલ્યે ઉપલબ્ધ છે. તમારા સભ્ય ID કાર્ડ પર આપેલા ફોન નંબર પર કૉલ કરો અથવા તમારા પ્રદાતા સાથે વાત કરો.

Haitian Creole – ATANSYON: Si w pale kreyòl ayisyen, sèvis asistans lenguistik gratis disponib pou ou. Èd ak sèvis oksilyè apwopriye pou bay enfòmasyon nan fòma ki aksesib disponib tou san w p ap peye. Rele nimewo telefòn ki sou kat ID manm ou an oswa pale ak founisè w la.

Hebrew – לתשומת לבך: אם הנך דובר/ת עברית, שירותי סיוע בשפה בחינם זמינים עבורך. אמצעי עזר ושירותים נלווים מתאימים, שנועדו לספק מידע בפורמטים נגישים, זמינים גם הם ללא תשלום. יש להתקשר למספר הטלפון המופיע על כרטיס החבר שלך או לפנות לספק השירות שלך.

Hindi – ध्यान दें: यदि आप हिंदी बोलते हैं, तो आपके लिए निशुल्क भाषा सहायता सेवाएं उपलब्ध हैं। पहुँच योग्य प्रारूपों में जानकारी प्रदान करने के लिए उपयुक्त सहायक साधन और सेवाएँ भी निशुल्क उपलब्ध हैं। अपने सदस्य ID कार्ड पर दिए गए फ़ोन नंबर पर कॉल करें या अपने प्रदाता से बात करें।

Italian – ATTENZIONE: sono disponibili servizi di assistenza linguistica gratuita in italiano. Sono inoltre disponibili gratuitamente adeguati supporti e servizi per ottenere informazioni in formato accessibile. Chiamare il numero di telefono riportato sulla propria tessera associativa o rivolgersi al proprio fornitore.

Korean – 주의: 한국어를 구사하시는 경우 무료 언어 지원 서비스를 이용하실 수 있습니다. 대체 형식으로 정보를 제공하기 위한 적절한 보조 장치 및 서비스도 무료로 제공됩니다. 가입자 ID 카드에 기재된 전화 번호로 전화하시거나 담당 의료 제공자에게 문의해 주십시오.

Polish – UWAGA: Jeśli mówisz po polsku, możesz skorzystać z bezpłatnych usług pomocy językowej. Dostępne są również nieodpłatnie odpowiednie pomoce i usługi zapewniające informacje w dostępnych formatach. Zadzwoń pod numer telefonu podany na karcie ID członka lub porozmawiaj ze swoim dostawcą.

Portuguese – ATENÇÃO: Se fala português, tem à sua disposição serviços de assistência linguística gratuitos. Estão também disponíveis, a título gratuito, ajudas e serviços auxiliares adequados para fornecer informações em formatos acessíveis. Ligue para o número de telefone indicado no seu cartão de identificação de membro ou fale com o seu prestador.

Russian – ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русском языке, вам могут предоставить бесплатные услуги переводчика. Также бесплатно предоставляются вспомогательные средства и услуги, позволяющие получать информацию в доступных форматах. Позвоните по номеру телефона, указанному на вашей ID-карте участника, или обсудите этот вопрос с вашим поставщиком услуг.

Tagalog – PAUNAWA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, mayroong available na mga libreng serbisyo sa tulong sa wika para sa iyo. Ang naaangkop na mga karagdagang tulong at serbisyo para magbigay ng impormasyon sa mga naa-access na format ay available rin nang walang bayad. Tawagan ang numero ng telepono sa iyong ID card ng miyembro o makipag-usap sa iyong provider.

Thai – หมายเหตุ: หากคุณพูด ภาษาไทย เรามีบริการช่วยเหลือด้านภาษาฟรีสำหรับคุณ นอกจากนียังมีความช่วยเหลือและบริการเสริมทีเหมาะสม เพือให้ข้อมูลในรูปแบบทีเข้าถึง ได้โดยไม่เสียค่าใช้จ่ายอีกด้วย โทรไปทีหมายเลขโทรศัพท์บนบัตรประจำตัวสมาชิกของคุณ หรือพูดคุยกับผู้ให้บริการของคุณ.

Ukrainian – УВАГА. Якщо ви розмовляєте українською here, вам доступні безкоштовні послуги мовної допомоги. Відповідні допоміжні засоби й послуги для надання інформації в доступних форматах також можна отримати безкоштовно. Зателефонуйте за номером, указаним на ідентифікаційній карті учасника, або зверніться до свого постачальника.

Vietnamese – CHÚ Ý: Nếu quý vị nói tiếng Việt, các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí luôn sẵn sàng phục vụ quý vị. Các dịch vụ và hỗ trợ phụ trợ thích hợp cung cấp thông tin ở các định dạng có thể truy cập cũng được cung cấp miễn phí. Gọi số điện thoại trên thẻ ID thành viên của quý vị hoặc nói chuyện với nhà cung cấp của quý vị.

Aviso sobre no discriminación

La discriminación es ilegal. Por eso cumplimos con las leyes federales vigentes de derechos civiles y no discrimina, excluye ni trata de manera diferente a las personas por su raza, color, nacionalidad de origen, sexo, edad o discapacidad.

Para las personas con discapacidades, ofrecemos ayudas y servicios gratuitos para que se comuniquen eficazmente con nosotros, tales como:

- Intérpretes calificados de lenguaje de señas
- Información escrita en otros formatos (letra grande, audio, formatos electrónicos accesibles, otros formatos)

Para las personas cuya lengua materna no sea el inglés, ofrecemos servicios de asistencia en otros idiomas gratuitos, que pueden incluir:

- Intérpretes calificados
- Información escrita en otros idiomas

Si necesita estos servicios, llame a Servicios para Miembros al (TTY: **711**) para obtener ayuda.

Si cree que no le ofrecemos estos servicios o que lo discriminamos por motivos de raza, color, nacionalidad de origen, edad, sexo o discapacidad, puede presentar una queja, también conocida como reclamo. Puede presentar una queja por escrito a nuestro Coordinador de Derechos Civiles a:

Civil Rights Coordinator
11430 NW 20th Street
Suite 300
Miami, FL 33172

También puede presentar una queja ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos de manera electrónica a través del portal de quejas de la Oficina de Derechos Civiles, disponible en https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf. O bien, puede hacerlo por correo o por teléfono:

U.S. Department of Health and Human Services
200 Independence Avenue, SW
Room 509F, HHH Building
Washington, D.C. 20201
1-800-368-1019 (TTY: **1-800-537-7697**)

Los formularios de queja están disponibles en http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html.

Notas:

Notas:

Notas:

HealthSun Health Plans es un plan HMO D-SNP con un contrato con Medicare y con la Agencia para la Administración del Cuidado de la Salud del Estado de Florida (State of Florida Agency for Health Care Administration). La inscripción en HealthSun Health Plans depende de la renovación del contrato. El plan también tiene un acuerdo por escrito con el programa de Medicaid de Florida para coordinar sus beneficios de Medicaid.

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

La Tarjeta Benefits Mastercard® prepagada es emitida por The Bancorp Bank N.A., Miembro de la FDIC, conforme a una licencia de Mastercard International Incorporated, y la tarjeta puede utilizarse para gastos elegibles en cualquier lugar donde se acepte Mastercard. Válida únicamente en los Estados Unidos. Sin acceso a efectivo. No es una tarjeta de regalo ni un certificado de regalo. Usted ha recibido esta tarjeta a modo de gratificación, sin el pago de ningún valor monetario o contraprestación.