

# Resumen de beneficios



Gracias por su interés en nuestros planes Medicare Advantage

HealthSun Health Plans ofrece beneficios para ayudar a respaldar su salud y ayudarlo a administrar sus costos médicos. Este plan incluye beneficios médicos y hospitalarios, y cobertura de medicamentos con receta.

## Medicare Advantage y Parte D

**Año del plan:** 1.º de enero al 31 de diciembre de 2027

### Florida

Condados de Broward, Miami-Dade, Palm Beach

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

# HealthSun MediSun Extra (HMO D-SNP)

Nuestra área de servicio incluye los siguientes condados en FL: Broward, Miami-Dade, Palm Beach.

## ¿Tiene alguna pregunta?

Puede obtener más información en nuestro sitio web en **healthsun.com**. Llame a nuestra línea gratuita al **1-844-594-2422** (TTY: **1-877-206-0500**). 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.

El Resumen de Beneficios no indica todas las normas ni todos los servicios cubiertos. La Evidencia de Cobertura incluye la información completa. Llámenos para solicitar una copia.

## Este es un Plan de necesidades especiales de doble elegibilidad (D-SNP)

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

- Tiene derecho a la Parte A de Medicare.
- Está inscrito en la Parte B de Medicare y Florida Medicaid (el programa de Medicaid del estado).
- Vive en nuestra área de servicio.

---

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

## Elegibilidad

Para inscribirse en este plan, también debe recibir algún grado de asistencia médica de Florida Medicaid (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 Florida Medicaid, que paga la prima de la Parte A de Medicare.
- Si tiene el estado de **Beneficiario calificado de Medicare (QMB)**, es elegible para el programa Florida Medicaid, que paga las primas, los deducibles y los costos compartidos de Medicare, excepto para la Parte D de Medicare.
- Si tiene el estado de **Beneficiario de Medicare con ingresos bajos especificados (SLMB)**, usted es elegible para el programa Florida Medicaid. Esto paga su prima de la Parte B de Medicare.
- Si tiene el estado de **Persona calificada (QI)**, usted es elegible para el programa Florida Medicaid. Esto paga su prima de la Parte B de Medicare.

## Cobertura de Medicare que ofrece más que Original Medicare

- Los planes Medicare Advantage cubren todo lo que cubre Original Medicare — la Parte A (servicios hospitalarios) y la Parte B (servicios médicos) — y más.
- Los Planes de medicamentos con receta de Medicare Advantage cubren los medicamentos de la Parte D y los medicamentos de la Parte B de Medicare.
- Si la elegibilidad para Medicaid cambia, es posible que también cambie su costo. Usted debe volver a certificar su inscripción en Medicaid para seguir recibiendo su cobertura de costo compartido de Medicare.

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

Si necesita cambiar de médico de atención primaria (Primary Care Physician, 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 Find a Provider (Buscar un proveedor). Siga los pasos indicados.

## Cómo encontrar un proveedor/PCP en nuestro plan:

- Visite **healthsun.com**
  1. Seleccione **Find a Provider (Encontrar un proveedor)**.
  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. Consulte el Directorio de farmacias para confirmar si su farmacia está dentro de la red. Si su farmacia no forma parte de este plan, podría terminar pagando más por sus medicamentos.

Para confirmar si su farmacia está en la red de su plan (o para buscar una nueva), visite **healthsun.com** para consultar el Directorio de farmacias. O llámenos y le enviaremos el directorio.

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



- Visite **healthsun.com**
  1. Seleccione **Plans & Coverage (Planes y cobertura)**.
  2. Seleccione **Prescription Drug Benefits (Beneficios de medicamentos con receta)**.
  3. Desplácese hacia abajo hasta **Prescription Drug Formularies (Formularios de medicamentos con receta)**.
  4. Seleccione **Prescription Drug Formulary (Formulario de medicamentos con receta)**.
  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 & You (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](https://www.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 2027**

## HealthSun MediSun Extra (HMO D-SNP)

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

**\$0.00** por mes

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

### ¿Cuál es el valor del deducible?

Este plan no tiene deducible por atención médica.

Si recibe Ayuda Extra (Extra Help) de Medicare, el deducible de la Parte D no se aplica a usted.

Si no califica para recibir Ayuda Extra (Extra Help), el deducible es **\$700.00** por año por los medicamentos con receta de la Parte D. Los medicamentos que figuran en el Nivel 3: Medicamentos de marca preferida, Nivel 4: Medicamentos no preferidos y Nivel 5: Medicamentos especializados se incluyen en el deducible de la Parte D.

El deducible de la Parte D no se aplica a los medicamentos de insulina.

**NOTA:** Si usted es elegible para recibir ayuda con los costos compartidos de Medicare a través de Medicaid, es muy probable que pague \$0.00 de copago por los servicios médicos cubiertos por Medicare con el costo compartido descrito en la tabla de beneficios.

## HealthSun MediSun Extra (HMO D-SNP)

¿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 los costos que paga de su bolsillo por atención médica y hospitalaria.

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 costos que paga de su bolsillo, no tendrá que pagar ningún otro costo de bolsillo por los servicios cubiertos de la Parte A y de la Parte B por el resto del año.

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

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

Nuestro plan cubre 90 días de hospitalización.

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

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

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

**NOTA:** Si usted es elegible para recibir ayuda con los costos compartidos de Medicare a través de Medicaid, es muy probable que pague \$0.00 de copago por los servicios médicos cubiertos por Medicare con el costo compartido descrito en la tabla de beneficios.

## HealthSun MediSun Extra (HMO D-SNP)

### Centro quirúrgico ambulatorio<sup>1,2</sup>

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

### Consultas en el consultorio del médico

#### Consulta con el médico de atención primaria (PCP):

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

#### Consultas a especialistas:<sup>1,2</sup>

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

### Pruebas de detección preventivas

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

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

**NOTA:** Si usted es elegible para recibir ayuda con los costos compartidos de Medicare a través de Medicaid, es muy probable que pague \$0.00 de copago por los servicios médicos cubiertos por Medicare con el costo compartido descrito en la tabla de beneficios.

### Pruebas de detección preventivas

#### Pruebas de detección preventivas cubiertas:

- Prueba de detección de aneurisma aórtico abdominal
- Consulta anual de bienestar
- Examen de densitometría ósea
- Prueba de detección de cáncer de mamas (mamografía)
- Consulta 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
- Capacitación para el autocontrol de 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)
- Atención de la vista
- Consulta preventiva “Bienvenido a Medicare” (por única vez)

**NOTA:** Si usted es elegible para recibir ayuda con los costos compartidos de Medicare a través de Medicaid, es muy probable que pague \$0.00 de copago por los servicios médicos cubiertos por Medicare con el costo compartido descrito en la tabla de beneficios.

## HealthSun MediSun Extra (HMO D-SNP)

### Pruebas de detección preventivas

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

### Atención de emergencia

**\$0.00** de copago

#### **Cobertura en todo el mundo de atención de urgencia y de emergencia**

**\$0.00** de copago

Este plan cubre la atención de urgencia y los servicios de emergencia, incluido el transporte de emergencia, cuando viaja fuera de los Estados Unidos por menos de seis meses. Este beneficio se limita a **\$100,000** por año.

### Servicios de urgencia

**\$0.00** de copago

**NOTA:** Si usted es elegible para recibir ayuda con los costos compartidos de Medicare a través de Medicaid, es muy probable que pague \$0.00 de copago por los servicios médicos cubiertos por Medicare con el costo compartido descrito en la tabla de beneficios.

## HealthSun MediSun Extra (HMO D-SNP)

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

#### Servicios de radiología de diagnóstico

TC, MRI, MRA, PET en el consultorio de un médico o en centros de proveedores independientes de nuestro plan:

**\$0.00 de copago**

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

**\$0.00 de copago**

Ecografías en el consultorio de un médico o en centros de proveedores independientes de nuestro plan:

**\$0.00 de copago**

Ecografías en centros hospitalarios ambulatorios de nuestro plan:

**\$0.00 de copago**

#### Procedimientos y pruebas de diagnóstico

En el consultorio de un médico o en centros de proveedores independientes de nuestro plan:

**\$0.00 de copago**

En centros hospitalarios ambulatorios de nuestro plan:

**\$0.00 de copago**

**NOTA:** Si usted es elegible para recibir ayuda con los costos compartidos de Medicare a través de Medicaid, es muy probable que pague \$0.00 de copago por los servicios médicos cubiertos por Medicare con el costo compartido descrito en la tabla de beneficios.

## HealthSun MediSun Extra (HMO D-SNP)

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

#### Servicios de laboratorio

En el consultorio de un médico o en centros de proveedores independientes de nuestro plan:

**\$0.00 de copago**

En centros hospitalarios ambulatorios de nuestro plan:

**\$0.00 de copago**

#### Radiografías ambulatorias

En el consultorio de un médico o en centros de proveedores independientes de nuestro plan:

**\$0.00 de copago**

En centros hospitalarios ambulatorios de nuestro plan:

**\$0.00 de copago**

#### Servicios de radiología terapéutica (como tratamiento de radiación para el cáncer)

En el consultorio de un médico o en centros de proveedores independientes de nuestro plan:

**\$0.00 de copago**

En centros hospitalarios ambulatorios de nuestro plan:

**\$0.00 de copago**

**NOTA:** Si usted es elegible para recibir ayuda con los costos compartidos de Medicare a través de Medicaid, es muy probable que pague \$0.00 de copago por los servicios médicos cubiertos por Medicare con el costo compartido descrito en la tabla 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: **\$0.00** de copago

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

Este plan cubre 1 examen auditivo de rutina cada año. Este plan cubre 1 evaluación de adaptación de audífonos de rutina y un beneficio máximo del plan de **\$2,000** para 2 audífonos con receta cada año.

Médicos de nuestro plan: **\$0.00** de copago por exámenes de audición de rutina. **\$0.00** de copago por dispositivos para la audición de hasta el monto del beneficio máximo del plan.

Los audífonos, y los ajustes o evaluaciones para audífonos, no requieren autorización previa ni una referencia.

---

**NOTA:** Si usted es elegible para recibir ayuda con los costos compartidos de Medicare a través de Medicaid, es muy probable que pague \$0.00 de copago por los servicios médicos cubiertos por Medicare con el costo compartido descrito en la tabla de beneficios.

## HealthSun MediSun Extra (HMO D-SNP)

### 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):<sup>1</sup>

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

#### **Asignación dental preventiva e integral<sup>1</sup> combinada:**

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

Todo monto no utilizado vencerá 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: **\$0.00** de copago

Este plan cubre: 2 exámenes cada año, 2 limpiezas profilácticas cada año, 2 tratamientos con fluoruro cada año, 2 radiografías dentales periapicales cada año, 2 series de radiografías de aleta de mordida cada año y 1 radiografía panorámica cada tres años.

---

**NOTA:** Si usted es elegible para recibir ayuda con los costos compartidos de Medicare a través de Medicaid, es muy probable que pague \$0.00 de copago por los servicios médicos cubiertos por Medicare con el costo compartido descrito en la tabla de beneficios.

### Servicios dentales

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

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

Este plan cubre hasta: 4 empastes de resina o amalgama cada año, 2 coronas cada año, 2 tratamientos de conducto cada año, 1 limpieza periodontal / alisado radicular por cuadrante cada año, 1 desbridamiento de boca completa cada 24 meses consecutivos, 2 servicios de mantenimiento periodontal cada año, 2 implantes cada año, 4 procedimientos cada 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 de la Evidencia de Cobertura del plan para obtener más detalles 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 **Search by specialty (Búsqueda por especialidad)**.

**NOTA:** Si usted es elegible para recibir ayuda con los costos compartidos de Medicare a través de Medicaid, es muy probable que pague \$0.00 de copago por los servicios médicos cubiertos por Medicare con el costo compartido descrito en la tabla de beneficios.

## HealthSun MediSun Extra (HMO D-SNP)

### Servicios de la vista

#### Servicios de la vista cubiertos por Medicare:

##### Examen para diagnosticar y tratar enfermedades y afecciones de la vista:

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

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

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

#### Servicios de la vista de rutina:

##### Examen de la vista de rutina:

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

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

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

Este plan cubre hasta **\$400** cada año para anteojos o lentes de contacto.

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

**NOTA:** Si usted es elegible para recibir ayuda con los costos compartidos de Medicare a través de Medicaid, es muy probable que pague \$0.00 de copago por los servicios médicos cubiertos por Medicare con el costo compartido descrito en la tabla de beneficios.

## HealthSun MediSun Extra (HMO D-SNP)

### Atención de salud mental

#### Consulta como paciente internado:<sup>1,2</sup>

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

Nuestro plan cubre 90 días de servicios de atención de salud mental para pacientes internados.

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.

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

#### Servicios de terapia individual y grupal para pacientes externos:<sup>1,2</sup>

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

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

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

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

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

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

**NOTA:** Si usted es elegible para recibir ayuda con los costos compartidos de Medicare a través de Medicaid, es muy probable que pague \$0.00 de copago por los servicios médicos cubiertos por Medicare con el costo compartido descrito en la tabla de beneficios.

## HealthSun MediSun Extra (HMO D-SNP)

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

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

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

#### **Ambulancia aérea:**

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

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

#### **Sitios relacionados con la salud aprobados por el plan**

**\$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.

**NOTA:** Si usted es elegible para recibir ayuda con los costos compartidos de Medicare a través de Medicaid, es muy probable que pague \$0.00 de copago por los servicios médicos cubiertos por Medicare con el costo compartido descrito en la tabla de beneficios.

## HealthSun MediSun Extra (HMO D-SNP)

### Medicamentos de la Parte B de Medicare

#### **Insulina proporcionada a través de una bomba de insulina:**

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

#### **Otros medicamentos de la Parte B:<sup>1</sup>**

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

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

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

El copago mínimo se aplica a medicamentos de insulina selectos cubiertos por la Parte B de Medicare, medicamentos de quimioterapia / radioterapia de la Parte B de Medicare 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 la Parte B de Medicare, medicamentos de quimioterapia / radioterapia de la Parte B de Medicare y otros medicamentos de la Parte B administrados en un consultorio médico o en un centro hospitalario como servicio para pacientes externos.

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 la Parte B de Medicare.

**NOTA:** Si usted es elegible para recibir ayuda con los costos compartidos de Medicare a través de Medicaid, es muy probable que pague \$0.00 de copago por los servicios médicos cubiertos por Medicare con el costo compartido descrito en la tabla de beneficios.

# Beneficios adicionales

## HealthSun MediSun Extra (HMO D-SNP)

### Acupuntura

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

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

Disponible para personas con dolor crónico en la parte baja de la espalda en determinadas circunstancias. Consulte la Evidencia de Cobertura para obtener más información.

### Atención quiropráctica<sup>1,2</sup>

#### Servicios de quiropráctica cubiertos por Medicare:

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

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).

**NOTA:** Si usted es elegible para recibir ayuda con los costos compartidos de Medicare a través de Medicaid, es muy probable que pague \$0.00 de copago por los servicios médicos cubiertos por Medicare con el costo compartido descrito en la tabla de beneficios.

## HealthSun MediSun Extra (HMO D-SNP)

### Monitores para la diabetes, suministros y servicios<sup>1</sup>

#### **Monitores de glucosa continuos (Continuous Glucose Monitor, CGM) y sensores:**

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

#### **Glucómetros:**

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

#### **Tiras reactivas y lancetas para análisis de glucosa en sangre:**

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

Pueden aplicarse limitaciones de cobertura. Consulte su Evidencia de Cobertura para conocer todos los detalles de la cobertura.

---

**NOTA:** Si usted es elegible para recibir ayuda con los costos compartidos de Medicare a través de Medicaid, es muy probable que pague \$0.00 de copago por los servicios médicos cubiertos por Medicare con el costo compartido descrito en la tabla de beneficios.

## HealthSun MediSun Extra (HMO D-SNP)

### Cobertura para medicamentos mejorada

Nuestro plan ofrece cobertura adicional de algunos medicamentos con receta que normalmente no están cubiertos en un plan de medicamentos con receta de Medicare. Los medicamentos cubiertos incluyen lo siguiente:

- 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 a través de Medicaid, es muy probable que pague \$0.00 de copago por los servicios médicos cubiertos por Medicare con el costo compartido descrito en la tabla de beneficios.

### Asignación de Everyday Options

Este plan ofrece una asignación para gastos de **\$275** cada mes para:

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

Si usted califica para los Beneficios complementarios especiales para personas con enfermedades crónicas (Special Supplemental Benefits for the Chronically Ill, SSBCI), usted también podría usar la asignación para lo siguiente:

- **Alimentos saludables:**<sup>6</sup> Alimentos saludables que ayudan a satisfacer sus necesidades nutricionales, como productos lácteos, frutas frescas, verduras, carne, mariscos y otros alimentos básicos saludables.
- **Servicios públicos:**<sup>6</sup> 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 vencerán al final de cada mes.

---

**NOTA:** Si usted es elegible para recibir ayuda con los costos compartidos de Medicare a través de Medicaid, es muy probable que pague \$0.00 de copago por los servicios médicos cubiertos por Medicare con el costo compartido descrito en la tabla de beneficios.

## HealthSun MediSun Extra (HMO D-SNP)

### Cuidado de los pies (servicios de podiatría)<sup>1,2</sup>

#### Podiatría cubierta por Medicare:

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

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

#### Atención de rutina de los pies:

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

Este plan cubre: 1 consulta(s) para el cuidado de rutina de los pies cada trimestre.

### Comidas saludables (Healthy Meals) - Afección crónica<sup>1,6</sup>

**\$0.00** de copago. Si usted tiene una afección crónica diagnosticada, es elegible para 1 comida al día por hasta 20 comidas al mes para apoyar sus necesidades nutricionales relacionadas con la afección.

Se proporcionan comidas en ubicaciones participantes.

### Comidas Saludables - Después del alta hospitalaria

**\$0.00** de copago por hasta 3 comidas por día durante 14 días (un máximo de 42 comidas) después de que se le da de alta del hospital o de un centro de atención de enfermería especializada (Skilled Nursing Facility, SNF).

Máximo de dos eventos calificados por año.

**NOTA:** Si usted es elegible para recibir ayuda con los costos compartidos de Medicare a través de Medicaid, es muy probable que pague \$0.00 de copago por los servicios médicos cubiertos por Medicare con el costo compartido descrito en la tabla de beneficios.

## HealthSun MediSun Extra (HMO D-SNP)

### Atención médica a domicilio<sup>1,2</sup>

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

### Suministros/equipos médicos

**Equipo médico duradero** (sillas de ruedas, oxígeno, etc.):<sup>1</sup>

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

**Suministros médicos y dispositivos protésicos** (férulas, extremidades artificiales, etc.):<sup>1</sup>

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

**NOTA:** Si usted es elegible para recibir ayuda con los costos compartidos de Medicare a través de Medicaid, es muy probable que pague \$0.00 de copago por los servicios médicos cubiertos por Medicare con el costo compartido descrito en la tabla de beneficios.

## HealthSun MediSun Extra (HMO D-SNP)

### Rehabilitación para pacientes externos

**Servicios de rehabilitación cardíaca (del corazón)** (con un límite de dos sesiones de una hora por día y un máximo de 36 sesiones en un periodo de 36 semanas):<sup>1,2</sup>

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

**Servicios de rehabilitación pulmonar** (con un límite de dos sesiones de una hora por día y un máximo de 36 sesiones):<sup>1,2</sup>

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

**Consulta de terapia ocupacional:**<sup>1,2</sup>

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

### Servicios por abuso de sustancias para pacientes externos<sup>1,2</sup>

**Consulta de terapia individual y grupal:**

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

**NOTA:** Si usted es elegible para recibir ayuda con los costos compartidos de Medicare a través de Medicaid, es muy probable que pague \$0.00 de copago por los servicios médicos cubiertos por Medicare con el costo compartido descrito en la tabla de beneficios.

## HealthSun MediSun Extra (HMO D-SNP)

### Productos de venta libre

Este plan cubre determinados medicamentos de venta libre y artículos relacionados con la salud aprobados que se venden sin receta, hasta **\$112** cada mes. Los montos de artículos de venta libre (OTC) no utilizados vencen 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 de Servicios de respuesta de emergencias personales (PERS)

Usted paga **\$0.00** de copago por la cobertura por Servicios de respuesta de emergencias personales (Personal Emergency Response Services, PERS) que incluye el dispositivo de monitoreo y el servicio de supervisión. Para comenzar e instalar los servicios, llámenos. Podemos ayudarlo.

### Diálisis renal

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

**NOTA:** Si usted es elegible para recibir ayuda con los costos compartidos de Medicare a través de Medicaid, es muy probable que pague \$0.00 de copago por los servicios médicos cubiertos por Medicare con el costo compartido descrito en la tabla de beneficios.

## HealthSun MediSun Extra (HMO D-SNP)

### Programa de acondicionamiento físico SilverSneakers®††

Usted paga **\$0.00** de copago por el Programa de acondicionamiento físico SilverSneakers. Cuando se convierte en nuestro miembro, puede inscribirse para SilverSneakers. Está incluido en nuestro plan. Para obtener más información, visite **[silversneakers.com](https://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 proporciona un programa de acondicionamiento físico en nombre de este plan.

### Línea de Enfermería 24/7

Usted paga **\$0.00** de copago por acceso a una línea de enfermería las 24 horas, los siete días de la semana, los 365 días del año.

**NOTA:** Si usted es elegible para recibir ayuda con los costos compartidos de Medicare a través de Medicaid, es muy probable que pague \$0.00 de copago por los servicios médicos cubiertos por Medicare con el costo compartido descrito en la tabla de beneficios.

### 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 remisión de su médico o médico de atención primaria (Primary Care Physician, PCP).

Beneficios con un 6: Los beneficios mencionados son Beneficios complementarios especiales para personas con enfermedades 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 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.

---

**NOTA:** Si usted es elegible para recibir ayuda con los costos compartidos de Medicare a través de Medicaid, es muy probable que pague \$0.00 de copago por los servicios médicos cubiertos por Medicare con el costo compartido descrito en la tabla de beneficios.





## **Resumen de la cobertura de medicamentos con receta de 2027**

## HealthSun MediSun Extra (HMO D-SNP)

### Etapas 1: Deducible anual

Si recibe Ayuda Extra (Extra Help) de Medicare, el deducible de la Parte D no se aplica a usted.

Si no califica para recibir Ayuda Extra (Extra Help), el deducible es **\$700.00** por año por los medicamentos con receta de la Parte D. Los medicamentos que figuran en el Nivel 3: Medicamentos de marca preferida, Nivel 4: Medicamentos no preferidos y Nivel 5: Medicamentos especializados se incluyen en el deducible de la Parte D.

El deducible de la Parte D no se aplica a los medicamentos de insulina.

### Etapas 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 **\$2,400**.

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 con receta 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** por un suministro para un mes de cualquier medicamento de insulina cubierto.

| Etapa 2: Cobertura inicial                                                                                                                                                                                                                         |                                     |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|
| Costos compartidos                                                                                                                                                                                                                                 | HealthSun MediSun Extra (HMO D-SNP) |
| <b>Nivel 1: Medicamentos genéricos preferidos</b><br><br>Suministro para un mes en farmacia minorista estándar <b>\$0.00*</b><br><br>Suministro para tres meses a través de pedido por correo <sup>100</sup> <b>\$0.00*</b>                        |                                     |
| <b>Nivel 2: Medicamentos genéricos</b><br><br>Suministro para un mes en farmacia minorista estándar <b>\$0.00*</b><br><br>Suministro para tres meses a través de pedido por correo <b>\$0.00*</b>                                                  |                                     |
| <b>Nivel 3: Medicamentos de marca preferida</b><br><br>Suministro para un mes en farmacia minorista estándar <b>\$0.00 - \$10.00 O \$10.00‡</b><br><br>Suministro para tres meses a través de pedido por correo <b>\$0.00 - \$14.40 O \$30.00‡</b> |                                     |

## Etapla 2: Cobertura inicial

| Costos compartidos                                                                                                                                                        | HealthSun MediSun Extra (HMO D-SNP)                            |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------|
| <b>Nivel 4: Medicamentos no preferidos</b><br><br>Suministro para un mes en farmacia minorista estándar<br><br>Suministro para tres meses a través de pedido por correo   | <b>\$0.00 - \$14.40 O \$50.00‡</b><br><br><b>No disponible</b> |
| <b>Nivel 5: Medicamentos especializados</b><br><br>Suministro para un mes en farmacia minorista estándar<br><br>Suministro para tres meses a través de pedido por correo  | <b>\$0.00 - \$14.40 O 25%‡</b><br><br><b>No disponible</b>     |
| <b>Nivel 6: Medicamentos complementarios</b><br><br>Suministro para un mes en farmacia minorista estándar<br><br>Suministro para tres meses a través de pedido por correo | <b>\$0.00*</b><br><br><b>\$0.00*</b>                           |

\* Su deducible no se aplicará a estos medicamentos.

‡ Si usted recibe Ayuda Extra (Extra Help), el monto que usted paga dependerá de su cobertura del subsidio por bajos ingresos (Low-Income Subsidy, LIS) Ayuda Extra (Extra Help) y de si usa un medicamento genérico o de marca. Consulte su Cláusula adicional LIS para conocer su monto de copago específico. Si no califica para Ayuda Extra (Extra Help), usted pagará \$10 o \$30 para el Nivel 3, \$50 para el Nivel 4 o 33% para el Nivel 5.

<sup>100</sup> Un suministro para hasta 100 días está disponible para medicamentos selectos.

### **Etapas 3: Cobertura en situaciones catastróficas**

Durante esta etapa, usted no paga nada por los medicamentos de la Parte D cubiertos ni por los medicamentos excluidos que están cubiertos por nuestro beneficio mejorado.



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 complementarios especiales para personas con enfermedades 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 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.

La discriminación es ilegal. Por este motivo, cumplimos con las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discriminamos o excluimos a las personas, ni las tratamos de manera diferente por motivos de raza, color, nacionalidad de origen, sexo, edad o discapacidad.

Consulte la Evidencia de Cobertura para obtener una descripción completa de los beneficios, las exclusiones, las limitaciones y las condiciones de la cobertura. Las características y la disponibilidad del plan pueden variar según el área de servicio.

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



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

**English** – ATTENTION: If you need help in your language, 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 **1-877-336-2069** (TTY: **1-877-206-0500**). Hours of operation are 8 a.m. to 8 p.m. local time, seven days a week (except Thanksgiving and Christmas) from October 1 through March 31, and Monday to Friday (except holidays) from April 1 through September 30.

**Español (Spanish)** – ATENCIÓN: Si necesita ayuda en su idioma, 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 indicado anteriormente. El horario de atención es de 8 a.m. a 8 p.m. hora local, 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.

**العربية (Arabic)** – تنبيه: إذا كنت تحتاج إلى المساعدة بلغتك، فإن خدمات المساعدة اللغوية المجانية متاحة لك. كما تتوفر مساعدات وخدمات مساعدة مناسبة لتوفير المعلومات بأشكال يسهل الوصول إليها مجاناً. اتصل على رقم الهاتف المذكور أعلاه. ساعات العمل من الساعة 8 صباحاً حتى الساعة 8 مساءً على مدار الأسبوع (ما عدا أيام عيد الشكر وعيد الميلاد) بدايةً من 1 أكتوبر حتى 31 مارس، ومن الاثنين حتى الجمعة (ما عدا أيام العطلات) من 1 أبريل حتى 30 سبتمبر.

**简体中文 (Chinese Simplified)** – 注意: 如果您在您的语言方面需要帮助, 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。请拨打上面列出的电话号码。营业时间: 10月1日至3月31日, 每周七天(感恩节和圣诞节除外), 4月1日至9月30日, 周一至周五(节假日除外), 当地时间上午8时至晚上8时。

**繁體中文 (Chinese Traditional)** – 注意: 如果您在您的語言方面需要協助, 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 and 服務, 以無障礙格式提供資訊。請撥打上面列出的電話號碼。營業時間: 10月1日至3月31日, 每週七天(感恩節和耶誕節除外), 4月1日至9月30日, 週一至週五(節假日除外), 當地時間上午8時至晚上8時。

**Français (French)** – ATTENTION : Si vous avez besoin d'aide dans votre langue, 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 mentionné ci-dessus. Les heures d'ouverture sont de 8h à 20h, heure locale, sept jours sur sept (sauf Thanksgiving et Noël) du 1er octobre au 31 mars, et du lundi au vendredi (sauf jours fériés) du 1er avril au 30 septembre.

**Deutsch (German)** – ACHTUNG: Wenn Sie Hilfe in Ihrer Sprache benötigen, 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 oben aufgeführte Telefonnummer an. Die Geschäftszeiten sind 8 Uhr bis 20 Uhr lokaler Zeit an sieben Tagen in der Woche (außer Thanksgiving und Weihnachten) vom 1. Oktober bis zum 31. März, und Montag bis Freitag (außer an Feiertagen) vom 1. April bis zum 30. September.

**Kreyòl Ayisyen (Haitian Creole)** – ATANSYON: Si w bezwen èd nan lang ou, sèvis asistans linguistik gratis disponib pou ou. Èd ak sèvis oksilyè apwopriye pou bay enfòmasyon nan fòm ki aksesib disponib tou san w p ap peye. Rele nimewo telefòn yo bay anwo a. Orè fonksyònman yo se 8 a.m. rive 8 p.m., sèt jou sou sèt (eksepte Jou Thanksgiving ak Nwèl) soti 1ye Oktòb rive 31 Mas, ak Lendi pou rive Vandredi (eksepte jou ferye) soti 1ye Avril rive 30 Septanm.

**Italiano (Italian)** –ATTENZIONE: se hai bisogno di supporto nella tua lingua, sono disponibili servizi di assistenza linguistica gratuita. Sono inoltre disponibili gratuitamente adeguati supporti e servizi per ottenere informazioni in formato accessibile. Chiama il numero di telefono riportato sopra. Il servizio è attivo dalle 8.00 alle 20.00 ora locale, sette giorni su sette (eccetto il Giorno del Ringraziamento e Natale) dal 1° ottobre al 31 marzo, e dal lunedì al venerdì (eccetto i giorni festivi) dal 1° aprile al 30 settembre.

**한국어(Korean)** – 주의: 귀하의 언어로 도움이 필요하신 경우, 무료 언어 지원 서비스를 이용하실 수 있습니다. 대체 형식으로 정보를 제공하기 위한 적절한 보조 장치 및 서비스도 무료로 제공됩니다. 위의 전화 번호로 전화해 주십시오. 운영 시간은 현지 시간 오전 8시부터 오후 8시까지이며 10월 1일부터 3월 31일까지는 주 7일(추수 감사절과 성탄절은 제외) 내내, 4월 1일부터 9월 30일까지는 월요일부터 금요일까지(휴일은 제외)입니다.

**ພາສາລາວ (Laotian)** – ເອົາໃຈໃສ່: ຖ້າທ່ານຕ້ອງການຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອເປັນພາສາຂອງທ່ານ, ມີການບໍລິການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານພາສາໃຫ້ທ່ານໂດຍບໍ່ເສຍຄ່າ. ນອກຈາກນີ້ຍັງມີການຊ່ວຍເຫຼືອ ແລະ ການບໍລິການເສີມທີ່ເໝາະສົມໃນການໃຫ້ຂໍ້ມູນໃນຮູບແບບທີ່ສາມາດເຂົ້າເຖິງໄດ້ໂດຍບໍ່ເສຍຄ່າ. ໂທຫາເບີໂທລະສັບທີ່ລະບຸໄວ້ຂ້າງເທິງ. ເວລາເຮັດວຽກແມ່ນ 8 ໂມງເຊົ້າ ຫາ 8 ໂມງແລງ ຕາມເວລາໃນທ້ອງຖິ່ນ, ເຈັດມື້ຕໍ່ອາທິດ (ຍົກເວັ້ນວັນຂອບໃຈພະເຈົ້າ ແລະ ວັນຄຣິດສມາດ) ຕັ້ງແຕ່ວັນທີ 1 ຕຸລາ ຫາ ວັນທີ 31 ມີນາ, ແລະ ວັນຈັນ ເຖິງ ວັນສຸກ (ຍົກເວັ້ນວັນພັກ) ຕັ້ງແຕ່ວັນທີ 1 ເມສາ ຫາ 30 ກັນຍາ.

**Polski (Polish)** – UWAGA: Jeśli potrzebujesz pomocy w swoim języku, 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 powyżej. Czynne od 8:00 rano do 8:00 wieczorem czasu lokalnego, siedem dni w tygodniu (oprócz Święta Dziękczynienia i Bożego Narodzenia) od 1 października do 31 marca oraz od poniedziałku do piątku (oprócz świąt) od 1 kwietnia do 30 września.

**Português (Portuguese)** – ATENÇÃO: Se necessita de ajuda no seu idioma, 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 acima indicado. Horário de expediente: das 8h às 20h, (hora local), sete dias por semana (exceto Dia de Ação de Graças e Natal) de 1 de outubro até 31 de março, e de segunda a sexta-feira (exceto feriados) de 1 de abril até 30 de setembro.

**Русский (Russian)** – ВНИМАНИЕ: Если вам нужна помощь на вашем языке, вам могут предоставить бесплатные услуги переводчика. Также бесплатно предоставляются вспомогательные средства и услуги, позволяющие получать информацию в доступных форматах. Позвоните по вышеуказанному номеру телефона. Часы работы: с 08:00 до 20:00 в любой день недели (кроме Дня благодарения и Рождества) с 1 октября по 31 марта и с понедельника по пятницу (кроме праздничных дней) с 1 апреля по 30 сентября.

**Tagalog (Tagalog)** – PAUNAWA: Kung kailangan mo ng tulong sa iyong wika, 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 na nakalista sa itaas. Ang mga oras ng opisina ay 8 a.m. hanggang 8 p.m., lokal na oras, pitong araw sa isang linggo (maliban sa Thanksgiving at Pasko) mula Oktubre 1 hanggang Marso 31, at Lunes hanggang Biyernes (maliban sa mga holiday) mula Abril 1 hanggang Setyembre 30.

**ภาษาไทย (Thai)** – หมายเหตุ: หากคุณต้องการความช่วยเหลือในภาษาของคุณ เรามีบริการช่วยเหลือด้านภาษาฟรีสำหรับคุณ นอกจากนี้ยังมีความช่วยเหลือและบริการเสริมที่เหมาะสม เพื่อให้ข้อมูลในรูปแบบที่เข้าถึงได้โดยไม่เสียค่าใช้จ่ายอีกด้วย โทรไปยังหมายเลขโทรศัพท์ที่ระบุไว้ด้านบน เวลาทำการคือ 08.00 น. ถึง 20.00 น. ตามเวลาท้องถิ่น เจ็ดวันต่อสัปดาห์ (ยกเว้นวันขอบคุณพระเจ้าและวันคริสต์มาส) ตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคม ถึง 31 มีนาคม และวันจันทร์ถึงวันศุกร์ (ยกเว้นวันหยุด) ตั้งแต่วันที่ 1 เมษายน ถึง 30 กันยายน

**Українська (Ukrainian)** – УВАГА. Якщо вам потрібна допомога рідною мовою, ви можете скористатися безкоштовними послугами мовної підтримки. Відповідні допоміжні засоби й послуги для надання інформації в доступних форматах також можна отримати безкоштовно. Зателефонуйте за вказаним вище номером. Графік роботи: з 08:00 до 20:00 за місцевим часом, без вихідних (крім Дня подяки й Різдва) з 1 жовтня по 31 березня й із понеділка по п'ятницю (крім святкових днів) з 1 квітня по 30 вересня.

**Tiếng Việt (Vietnamese)** – CHÚ Ý: Nếu quý vị cần trợ giúp bằng ngôn ngữ của quý vị, 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 nêu trên. Giờ làm việc từ 8 giờ sáng đến 8 giờ tối, giờ địa phương, bảy ngày một tuần (trừ Lễ Tạ ơn và Giáng sinh) từ ngày 1 Tháng Mười đến 31 Tháng Ba, và Thứ Hai đến Thứ Sáu (trừ các ngày lễ), từ ngày 1 Tháng Tư đến 30 Tháng Chín.



## INFORMACIÓN IMPORTANTE:

### Calificación por estrellas de Medicare de 2026

Información  
oficial de  
Medicare del  
Gobierno de los  
Estados Unidos



HealthSun Health Plans, Inc. - H5431

**Para 2026, HealthSun Health Plans, Inc. - H5431 recibió las siguientes calificaciones por estrellas de Medicare:**

**Calificación general por estrellas:** ★★★★★☆

**Calificación de los Servicios de Salud:** ★★★★★☆

**Calificación de los Servicios de Medicamentos:** ★★★★★☆

**Cada año, Medicare evalúa los planes basándose en un sistema de calificación de 5 estrellas.**

### Por qué es importante la calificación por estrellas

Medicare califica los planes basándose en sus servicios médicos y de medicamentos.

Esto permite que usted compare fácilmente los planes según la calidad y el desempeño.

La calificación por estrellas se basa en varios factores que incluyen los siguientes:

- Las opiniones de los miembros sobre el servicio y la atención del plan
- La cantidad de miembros que abandonaron o continuaron en el plan
- La cantidad de quejas que recibió Medicare sobre el plan
- La información suministrada por los médicos y los hospitales que trabajan con el plan

### La cantidad de estrellas indica el desempeño del plan.

- ★★★★★ EXCELENTE
- ★★★★☆ SUPERIOR AL PROMEDIO
- ★★★☆☆ PROMEDIO
- ★★☆☆☆ DEBAJO DEL PROMEDIO
- ★☆☆☆☆ DEFICIENTE

Más estrellas significan un mejor plan. Por ejemplo, los miembros pueden obtener un mejor cuidado y un mejor y más rápido Servicio al Cliente.

### Obtenga más información sobre la calificación por estrellas en línea

Para comparar en línea las calificaciones por estrellas de este y otros planes, ingrese en **Medicare.gov/plan-compare**.

**¿Tiene preguntas sobre este plan?**

Comuníquese con HealthSun Health Plans, Inc. llamando al 1-844-594-2422 (línea gratuita) o al 711 (TTY) los 7 días de la semana de 8 a.m. a 8 p.m. (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.

Si es miembro actualmente, llame al 1-877-336-2069 (línea gratuita) o al 711 (TTY).

HealthSun Health Plans es un plan HMO 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.

## Lista de verificación previa a la inscripción

Antes de tomar una decisión sobre la inscripción, es importante que comprenda por completo nuestros beneficios y normas. Si tiene alguna pregunta, puede hablar con un representante de Servicio al Cliente llamando al **1-844-594-2422** TTY: **1-877-206-0500**, 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) desde el 1 de octubre hasta el 31 de marzo, y de lunes a viernes (excepto los días feriados) desde el 1 de abril hasta el 30 de septiembre.

### Comprensión de los beneficios

- ☐ La Evidencia de Cobertura (EOC) brinda una lista completa de toda la cobertura y los servicios. Es importante que revise la cobertura, los costos y los beneficios del plan antes de inscribirse. Visite **www.healthsun.com** o llame al **1-844-594-2422** para ver una copia de la EOC.
- ☐ Revise el directorio de proveedores (o consulte con su médico) para asegurarse de que los médicos que lo atienden ahora están dentro de la red. Si no figuran en la lista, significa que posiblemente deberá seleccionar un médico nuevo.
- ☐ Revise el directorio de farmacias para asegurarse de que la farmacia a la que acude para obtener medicamentos recetados está dentro de la red. Si la farmacia no figura en la lista, posiblemente deberá seleccionar una farmacia nueva para obtener sus medicamentos con receta.
- ☐ Revise el formulario para asegurarse de que sus medicamentos están cubiertos.

### Comprensión de normas importantes

- ☐ **Efecto sobre la cobertura actual.** Si actualmente está inscrito en un plan Medicare Advantage, su cobertura médica actual de Medicare Advantage finalizará una vez que comience la nueva cobertura de Medicare Advantage. Si tiene Tricare, su cobertura puede verse afectada una vez que comience la nueva cobertura de Medicare Advantage. Comuníquese con Tricare para obtener más información. Si tiene un plan Medigap, una vez que comience su cobertura de Medicare Advantage, sería recomendable renunciar a la póliza Medigap porque estará pagando por una cobertura que no puede usar.
- ☐ Además de la prima mensual del plan, usted debe continuar pagando su prima de la Parte B de Medicare. Esta prima generalmente se deduce de su cheque del Seguro Social cada mes.
- ☐ Los beneficios, las primas y/o los copagos/coseguro pueden cambiar el 1 de enero de 2027.

- ☐ Salvo en casos de emergencia o urgencia, no cubrimos los servicios prestados por proveedores fuera de la red (médicos que no figuran en el directorio de proveedores).
- ☐ Este plan es un plan de necesidades especiales de doble elegibilidad (D-SNP). Su aptitud para inscribirse dependerá de que se verifique que usted tiene derecho a Medicare y a la asistencia médica de un plan estatal conforme a Medicaid.