



# **Su Aviso anual de cambios para 2027**

**HealthSun VitalCare (HMO C-SNP)**

Servicios para los miembros:

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

**[www.healthsun.com](http://www.healthsun.com)**





## Consulte sus beneficios para 2027.

Las siguientes páginas incluyen su Aviso anual de cambios. Este documento explica qué cambiará en su plan para 2027. Léalo para saber qué esperar en el nuevo año del plan.

- **Lea atentamente este documento.** Busque cambios en sus beneficios médicos y costos. Si los hay, revise también los cambios en sus beneficios de medicamentos con receta, dentales, de la vista y de otro tipo. Esto lo ayudará a saber qué cambiará en 2027.
- **Revise su Evidencia de Cobertura (EOC)** a partir del 15 de octubre en **[www.healthsun.com](http://www.healthsun.com)**. Le dará detalles sobre los beneficios de su plan. Si desea recibir una copia impresa de la EOC, comuníquese con Servicios para los miembros.
- **Comuníquese con nosotros si tiene alguna pregunta.** Estamos disponibles para ayudarlo en su experiencia de atención médica.

### Próximos pasos

- **Si desea mantener este plan,** no necesita hacer nada.
- **Si desea elegir un plan diferente, puede hacer los cambios durante el Período de inscripción anual (Annual Enrollment Period, AEP) de Medicare (del 15 de octubre al 7 de diciembre).** Durante el AEP, normalmente usted puede:
  - o Cambiar su cobertura de Medicare Advantage o de la Parte D.
  - o Regresar a Original Medicare.

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





## HealthSun VitalCare (HMO C-SNP) es ofrecido por HealthSun Health Plans

### Aviso anual de cambios para 2027

Usted está inscrito como miembro de HealthSun VitalCare (HMO C-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 a más tardar el 7 de diciembre de 2026, permanecerá inscrito en HealthSun VitalCare (HMO C-SNP).
- Para cambiarse a un **plan diferente**, visite Medicare.gov o revise la lista que se encuentra en la contratapa de su manual *Medicare & You 2027 (Medicare y Usted 2027)*.
- 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](http://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 VitalCare (HMO C-SNP)**

- HealthSun Health Plans es un plan HMO C-SNP con un contrato con Medicare. La inscripción en HealthSun Health Plans depende de la renovación del contrato.
- Cuando en este documento dice “nosotros”, “nos” o “nuestro/a”, hace referencia a HealthSun. Cuando dice “plan” o “nuestro plan”, hace referencia a HealthSun VitalCare (HMO C-SNP).
- **Si usted no hace nada a más tardar el 7 de diciembre de 2026, se le inscribirá automáticamente en HealthSun VitalCare (HMO C-SNP).** A partir del 1 de enero de 2027, recibirá su cobertura médica y para medicamentos a través de HealthSun VitalCare (HMO C-SNP). Consulte la Sección 2 para obtener más información sobre cómo cambiar de plan y las fechas límite para realizar un cambio.

Índice

|           |                                                                                    |    |
|-----------|------------------------------------------------------------------------------------|----|
|           | Resumen de costos importantes para 2027 .....                                      | 4  |
| SECCIÓN 1 | Cambios en los costos y beneficios para el año próximo .....                       | 7  |
|           | Sección 1.1 Cambios en la prima mensual del plan .....                             | 7  |
|           | Sección 1.2 Cambios en el monto máximo que paga de su bolsillo .....               | 7  |
|           | Sección 1.3 Cambios en la red de proveedores .....                                 | 8  |
|           | Sección 1.4 Cambios en la red de farmacias.....                                    | 8  |
|           | Sección 1.5 Cambios en los beneficios y costos de los servicios médicos .....      | 9  |
|           | Sección 1.6 Cambios en la cobertura para medicamentos de la Parte D.....           | 13 |
|           | Sección 1.7 Cambios en los beneficios y costos de los medicamentos con receta..... | 14 |
| SECCIÓN 2 | Cómo cambiar de plan .....                                                         | 20 |
|           | Sección 2.1 Plazos para el cambio de plan .....                                    | 21 |
|           | Sección 2.2 ¿Puedo realizar un cambio en otro momento del año? .....               | 21 |
| SECCIÓN 3 | Cómo recibir ayuda para pagar los medicamentos con receta .....                    | 22 |
| SECCIÓN 4 | ¿Tiene preguntas?.....                                                             | 23 |
|           | Cómo recibir ayuda de HealthSun VitalCare (HMO C-SNP).....                         | 23 |
|           | Obtenga asesoramiento gratuito sobre Medicare .....                                | 24 |
|           | Obtenga ayuda de Medicare.....                                                     | 24 |

## Resumen de costos importantes para 2027

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | 2026<br>(este año)                                        | 2027<br>(próximo año)                                     |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|
| <b>Prima mensual del plan*</b><br>* Su prima puede ser mayor que este monto. Consulte la Sección 1.1 para obtener detalles.                                                                                                                                                                        | \$0.00                                                    | \$0.00                                                    |
| <b>Monto máximo que paga de su bolsillo</b><br>Este es el monto <u>máximo</u> que pagará de su bolsillo por servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B. (Consulte la Sección 1.2 para obtener detalles).                                                                                       | \$2,450.00                                                | \$2,450.00                                                |
| <b>Consultas en el consultorio de atención primaria</b>                                                                                                                                                                                                                                            | \$0.00 de copago por consulta                             | \$0.00 de copago por consulta                             |
| <b>Consultas en el consultorio del especialista</b>                                                                                                                                                                                                                                                | \$0.00 de copago - \$15.00 de copago por consulta         | \$0.00 de copago - \$15.00 de copago por consulta         |
| <b>Hospitalizaciones</b><br>Incluye varios tipos de hospitalizaciones, como atención para cuidados agudos, rehabilitación y atención a largo plazo. Una hospitalización comienza el día en que formalmente usted ingresa con una orden del médico y finaliza el día anterior a que le den el alta. | Días 1-5: \$150.00 por día /<br>Días 6-90: \$0.00 por día | Días 1-5: \$150.00 por día /<br>Días 6-90: \$0.00 por día |

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | 2026<br>(este año)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | 2027<br>(próximo año)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Cobertura para medicamentos de la Parte D</b><br><br>(Consulte la Sección 1.7 para obtener detalles, incluidas la Etapa del deducible anual, la Etapa de cobertura inicial y la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas).<br><br>Si su copago es superior a \$0.00, el monto que paga dependerá de si usted califica para el subsidio por bajos ingresos (Low-Income Subsidy, LIS), también conocido como programa Ayuda Extra (Extra Help) de Medicare. Para obtener más información sobre el programa Ayuda Extra (Extra Help), consulte el Capítulo 2, Sección 7 de su Evidencia de Cobertura. | <p>Deducible de la cobertura para medicamentos de la Parte D</p> <p>\$0</p> <p>Copagos/coseguro durante la Etapa de cobertura inicial:</p> <p><b>Farmacia minorista preferida:</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• <b>Medicamentos de Nivel 1: medicamentos genéricos preferidos:</b> \$0.00</li><li>• <b>Medicamentos de Nivel 2: medicamentos genéricos:</b> \$0.00</li><li>• <b>Medicamentos de Nivel 3: medicamentos de marca preferida:</b> \$5.00</li></ul> <p>Usted no paga más de \$5.00 por un suministro para un mes de cada producto de insulina cubierto en este nivel.</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• <b>Medicamentos de Nivel 4: medicamentos no preferidos:</b> \$50.00</li><li>• <b>Medicamentos de Nivel 5: medicamentos especializados:</b> 33%</li><li>• <b>Medicamentos de Nivel 6: medicamentos complementarios:</b> \$0.00</li></ul> | <p>Deducible de la cobertura para medicamentos de la Parte D</p> <p>\$0</p> <p>Copagos/coseguro durante la Etapa de cobertura inicial:</p> <p><b>Farmacia minorista preferida:</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• <b>Medicamentos de Nivel 1: medicamentos genéricos preferidos:</b> \$0.00</li><li>• <b>Medicamentos de Nivel 2: medicamentos genéricos:</b> \$0.00</li><li>• <b>Medicamentos de Nivel 3: medicamentos de marca preferida:</b> \$37.00</li></ul> <p>Usted no paga más de \$35.00 por un suministro para un mes de cada producto de insulina cubierto en este nivel.</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• <b>Medicamentos de Nivel 4: medicamentos no preferidos:</b> \$85.00</li><li>• <b>Medicamentos de Nivel 5: medicamentos especializados:</b> 33%</li><li>• <b>Medicamentos de Nivel 6: medicamentos complementarios:</b> \$0.00</li></ul> |

|  | 2026<br>(este año)                                                                                                                                                                                                                                                                          | 2027<br>(próximo año)                                                                                                                                                                                                                                                                       |
|--|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|  | <p>Etapa de cobertura en situaciones catastróficas:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Durante esta etapa de pago, usted no paga nada por los medicamentos cubiertos de la Parte D ni por los medicamentos excluidos que están cubiertos por nuestro beneficio mejorado.</li></ul> | <p>Etapa de cobertura en situaciones catastróficas:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Durante esta etapa de pago, usted no paga nada por sus medicamentos cubiertos de la Parte D ni por los medicamentos excluidos que están cubiertos por nuestro beneficio mejorado.</li></ul> |

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

**Sección 1.1 Cambios en la prima mensual del plan**

|                                                                                                                                                       | 2026<br>(este año) | 2027<br>(próximo año) |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------|-----------------------|
| <b>Prima mensual del plan</b><br>(También debe seguir pagando su prima de la Parte B de Medicare).                                                    | \$0.00             | \$0.00                |
| <b>Reducción de la prima de la Parte B</b><br>Este monto se deducirá de su prima de la Parte B. Esto significa que usted pagará menos por la Parte B. | \$185.00 cada mes  | \$202.90 cada mes     |

**Factores que podrían modificar el monto de su prima de la Parte D**

- Multa por inscripción tardía - Su prima mensual del plan será mayor si usted debe pagar una multa por inscripción tardía de la Parte D de por vida por no tener la Parte D u otra cobertura para medicamentos que sea, al menos, equivalente a la cobertura para medicamentos de Medicare (también conocida como cobertura acreditable) durante 63 días o más.
- Recargo por ingresos más altos - Si tiene ingresos más altos, es posible que deba pagar un monto adicional cada mes directamente al gobierno por la cobertura para medicamentos de Medicare.

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

Medicare exige que todos los planes de salud limiten el monto que usted paga de su bolsillo durante el año. Este límite se denomina el monto máximo que paga de su bolsillo. Una vez que 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.

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | 2026<br>(este año) | 2027<br>(próximo año)                                                                                                                                                                                                                         |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p><b>Monto máximo que paga de su bolsillo</b></p> <p>Sus costos por los servicios médicos cubiertos (como los copagos) <b>se tienen en cuenta</b> para el monto máximo que paga de su bolsillo.</p> <p>Los costos por medicamentos con receta <b>no se tienen en cuenta</b> para el monto máximo que paga de su bolsillo.</p> | \$2,450.00         | <p>\$2,450.00</p> <p>Una vez que haya pagado \$2,450.00 de su bolsillo por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B, no pagará nada por sus servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B durante el resto del año calendario.</p> |

### Sección 1.3 Cambios en la red de proveedores

Nuestra red de proveedores ha cambiado para el próximo año. Revise el *Directorio de proveedores / de farmacias* de 2027 en [www.healthsun.com](http://www.healthsun.com) para ver si sus proveedores (proveedor de atención primaria, especialistas, hospitales, etc.) se encuentran en nuestra red. Para obtener un *Directorio de proveedores / de farmacias* actualizado:

- Visite nuestro sitio web en [www.healthsun.com](http://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 proveedores o para solicitarnos que le enviemos por correo un *Directorio de proveedores / de farmacias*.

Podemos realizar cambios en los hospitales, 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, 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. Podría tener un período de inscripción especial si su proveedor deja la red del plan. 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 las farmacias de nuestra red. Nuestra red incluye farmacias con costo compartido preferido, lo

que puede ofrecerle un costo compartido más bajo que el costo compartido estándar ofrecido por otras farmacias dentro de la red para ciertos medicamentos.

Nuestra red de farmacias tiene cambios para el próximo año. Revise el *Directorio de proveedores / de farmacias* de 2027 en [www.healthsun.com](http://www.healthsun.com) para ver qué farmacias se encuentran en nuestra red. Para obtener un *Directorio de proveedores / de farmacias* actualizado:

- Visite nuestro sitio web en [www.healthsun.com](http://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 proveedores / 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, llame a Servicios para los miembros al 1-877-336-2069 (los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-206-0500) para solicitar ayuda.

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

|                                                              | 2026 (este año)                                                                                                      | 2027 (próximo año)                                                               |
|--------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Medicina alternativa - Masoterapia</b>                    | <b>\$0.00</b> de copago por hasta 24 consultas cada año.                                                             | Medicina alternativa: la masoterapia <u>no</u> está cubierta.                    |
| <b>Medicina alternativa - Plasma rico en plaquetas (PRP)</b> | <b>\$0.00</b> de copago por la terapia de plasma rico en plaquetas (PRP) para el manejo del dolor por osteoartritis. | Medicina alternativa: el plasma rico en plaquetas (PRP) <u>no</u> está cubierto. |
| <b>Capacitación sobre la diabetes</b>                        | <u>No</u> se requiere una remisión.                                                                                  | Puede requerirse una remisión.                                                   |
| <b>Servicios de diálisis</b>                                 | Es posible que se requiera autorización previa y una remisión.                                                       | <u>No</u> se requiere autorización previa ni una remisión.                       |
| <b>Tactos rectales</b>                                       | <u>No</u> se requiere una remisión.                                                                                  | Puede requerirse una remisión.                                                   |

|                                                                       | 2026 (este año)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | 2027 (próximo año)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
|-----------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Electrocardiograma (EKG) después de una consulta de bienvenida</b> | <u>No</u> se requiere una remisión.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | Puede requerirse una remisión.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| <b>Asignación de Everyday Options</b>                                 | <p><b>Alimentos saludables:</b><br/>Si usted califica para los Beneficios complementarios especiales para personas con enfermedades crónicas (Special Supplemental Benefits for the Chronically Ill, SSBCI), su asignación no puede utilizarse para comprar tarjetas de regalo, tabaco ni alcohol.</p> <p>El beneficio mencionado pertenece a 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</p> | <p><b>Alimentos saludables:</b><br/>Si usted califica para los Beneficios complementarios especiales para personas con enfermedades crónicas (Special Supplemental Benefits for the Chronically Ill, SSBCI), su asignación no puede utilizarse para comprar tarjetas de regalo, tabaco, alcohol, dulces, postres preparados, refrescos y algunos alimentos para refrigerio.</p> <p>Se aplican restricciones adicionales.</p> <p>Consulte su Evidencia de Cobertura para conocer todos los detalles.</p> <p>El beneficio mencionado pertenece a 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,</p> |

|                                                        | 2026 (este año)                                                                                                                                                                                                                                                                           | 2027 (próximo año)                                                                                                                                                                                                                                                                            |
|--------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                                                        | Evidencia de Cobertura del plan.                                                                                                                                                                                                                                                          | 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. |
| <b>Prueba de detección de glaucoma</b>                 | <u>No</u> se requiere una remisión.                                                                                                                                                                                                                                                       | Puede requerirse una remisión.                                                                                                                                                                                                                                                                |
| <b>Ácidos hialurónicos</b>                             | <b>20%</b> de coseguro por ácidos hialurónicos.                                                                                                                                                                                                                                           | <b>\$0.00</b> de copago por ácidos hialurónicos proporcionados en un centro médico.<br><br><b>20%</b> de coseguro por ácidos hialurónicos proporcionados en una farmacia, en el consultorio de un médico o en un centro hospitalario como servicio para pacientes externos.                   |
| <b>Atención hospitalaria para pacientes internados</b> | Días 1-5: <b>\$150.00</b> por día /<br>Días 6-90: <b>\$0.00</b> por día<br>Sus días cubiertos de hospitalización comienzan cuando es admitido por primera vez en un hospital, o después de haber pasado 60 días consecutivos sin recibir atención hospitalaria para pacientes internados. | Días 1-5: <b>\$150.00</b> por día /<br>Días 6-90: <b>\$0.00</b> por día<br>Sus días cubiertos de hospitalización comienzan de nuevo cada vez que es admitido en un hospital.                                                                                                                  |
| <b>Educación sobre enfermedades renales</b>            | <u>No</u> se requiere una remisión.                                                                                                                                                                                                                                                       | Puede requerirse una remisión.                                                                                                                                                                                                                                                                |

|                                                               | 2026 (este año)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | 2027 (próximo año)                                                                                                                                                                                                                                     |
|---------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                                                                                                        |
| <b>Sala de observación / hospital para pacientes externos</b> | <b>Sala de observación para pacientes externos:</b><br>Puede requerirse una autorización previa.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | <b>Sala de observación para pacientes externos:</b><br><u>No</u> se requiere una autorización previa.                                                                                                                                                  |
| <b>Artículos de venta libre (Over-the-Counter, OTC)</b>       | Este plan cubre determinados medicamentos de venta libre y artículos relacionados con la salud aprobados que se venden sin receta, hasta <b>\$65</b> cada mes. Los montos de los artículos de venta libre (Over-the-Counter, OTC) no utilizados vencen al final de cada mes.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | Este plan cubre determinados medicamentos de venta libre y artículos relacionados con la salud aprobados que se venden sin receta, hasta <b>\$60</b> cada mes. Los montos de artículos de venta libre (OTC) no utilizados vencen al final de cada mes. |
| <b>Cuidados de higiene personal</b>                           | <b>\$0.00</b> de copago hasta un máximo de <b>\$40</b> cada mes para el mantenimiento de rutina del cuero cabelludo, el cabello, las manos y los pies.<br><br>El beneficio mencionado es 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 | Los cuidados de higiene personal <u>no</u> están cubiertos.                                                                                                                                                                                            |

|                                                                                                      | 2026 (este año)                                                                                                                                                                           | 2027 (próximo año)                                                             |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------|
|                                                                                                      | 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. |                                                                                |
| <b>Servicios de podiatría (Cubiertos por Medicare)</b>                                               | <u>No</u> se requiere una remisión.                                                                                                                                                       | Puede requerirse una remisión.                                                 |
| <b>Servicios de podiatría (Complementarios)</b>                                                      | <u>No</u> se requiere una remisión.                                                                                                                                                       | Puede requerirse una remisión.                                                 |
| <b>Atención en un centro de atención de enfermería especializada (Skilled Nursing Facility, SNF)</b> | Días 1 - 20: <b>\$0.00</b> por día /<br>Días 21 - 100: <b>\$60.00</b> por día                                                                                                             | Días 1 - 20: <b>\$0.00</b> por día /<br>Días 21 - 100: <b>\$221.00</b> por día |

## 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. Publicada en línea en [www.healthsun.com](http://www.healthsun.com). **Puede obtener la Lista de medicamentos completa** si llama a Servicios para los miembros (consulte la contratapa) o visita nuestro sitio web [www.healthsun.com](http://www.healthsun.com).

Hemos realizado cambios en nuestra Lista de medicamentos, que podrían incluir eliminar o agregar medicamentos, cambiar las restricciones que se aplican a nuestra cobertura para ciertos medicamentos o moverlos a un nivel de costo compartido diferente. **Revise la Lista de medicamentos para asegurarse de que sus medicamentos estén cubiertos el próximo año y para saber si habrá restricciones de algún tipo, o si su medicamento se ha movido a un nivel de costo compartido diferente.**

La mayoría de los cambios nuevos en la Lista de medicamentos se realizan al comienzo de cada año. No obstante, podríamos realizar 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

Si se ve afectado por un cambio en la cobertura para medicamentos al comienzo del año o durante el año, consulte el Capítulo 9 de su *Evidencia de Cobertura* y hable con la persona autorizada a darle recetas 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 deben llamar al 1-877-206-0500) para obtener más información.

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

## Etapas de pago de los medicamentos

- **Etapas 1: Deducible anual**

- **Etapla 2: Cobertura inicial**

- ***Etapas 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. Usted tampoco paga nada por los medicamentos excluidos que están cubiertos por nuestro beneficio mejorado. Por lo general, usted permanece en esta etapa durante el resto del año calendario.

**Costos de los medicamentos en la Etapa 1: Deducible anual**

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

|                 | 2026<br>(este año)                                                          | 2027<br>(próximo año)                                                       |
|-----------------|-----------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------|
| Deducible anual | Debido a que no tenemos deducible, esta etapa de pago no se aplica a usted. | Debido a que no tenemos deducible, esta etapa de pago no se aplica a usted. |

**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 (30 días) surtido en una farmacia de la red con costo compartido estándar y preferido.

Hemos cambiado el nivel de algunos de los medicamentos de la Lista de medicamentos. Para saber si sus medicamentos estarán en un nivel diferente, búsquelos en la Lista de medicamentos. La mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos 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, en una farmacia de la red que ofrece un costo compartido preferido, o de medicamentos con receta de pedido por correo, consulte el Capítulo 6 de su *Evidencia de Cobertura*.

Una vez que haya pagado \$2,400 de su bolsillo por los medicamentos cubiertos de la Parte D, pasará a la siguiente etapa (Etapa de cobertura en situaciones catastróficas).

|                                                                                                                                                                                                                                               | 2026<br>(este año)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | 2027<br>(próximo año)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Nivel 1: medicamentos genéricos preferidos</b><br>Hemos cambiado el nivel de algunos de los medicamentos de la Lista de medicamentos. Para saber si sus medicamentos estarán en un nivel diferente, búsquelos en la Lista de medicamentos. | <b>Nivel 1: medicamentos genéricos preferidos:</b><br><i>Costo compartido estándar:</i> Usted paga \$0.00 por medicamento con receta.<br><br>Su costo por un suministro para un mes de medicamentos con receta de pedido por correo es \$0.00.<br><br><i>Costo compartido preferido:</i> Usted paga \$0.00 por medicamento con receta. | <b>Nivel 1: medicamentos genéricos preferidos:</b><br><i>Costo compartido estándar:</i> Usted paga \$0.00 por medicamento con receta.<br><br>Su costo por un suministro para un mes de medicamentos con receta de pedido por correo es \$0.00.<br><br><i>Costo compartido preferido:</i> Usted paga \$0.00 por medicamento con receta. |

|                                                                                                                                                                                                                                    | 2026<br>(este año)                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | 2027<br>(próximo año)                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Nivel 2: medicamentos genéricos</b><br>Hemos cambiado el nivel de algunos de los medicamentos de la Lista de medicamentos. Para saber si sus medicamentos estarán en un nivel diferente, búsquelos en la Lista de medicamentos. | <b>Nivel 2: medicamentos genéricos:</b><br><i>Costo compartido estándar:</i> Usted paga \$0.00 por medicamento con receta.<br><br>Su costo por un suministro para un mes de medicamentos con receta de pedido por correo es \$0.00.<br><br><i>Costo compartido preferido:</i> Usted paga \$0.00 por medicamento con receta. | <b>Nivel 2: medicamentos genéricos:</b><br><i>Costo compartido estándar:</i> Usted paga \$0.00 por medicamento con receta.<br><br>Su costo por un suministro para un mes de medicamentos con receta de pedido por correo es \$0.00.<br><br><i>Costo compartido preferido:</i> Usted paga \$0.00 por medicamento con receta. |

|                                                                                                                                                                                                                                                 | 2026<br>(este año)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | 2027<br>(próximo año)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Nivel 3: medicamentos de marca preferida</b><br><br>Hemos cambiado el nivel de algunos de los medicamentos de la Lista de medicamentos. Para saber si sus medicamentos estarán en un nivel diferente, búsquelos en la Lista de medicamentos. | <b>Nivel 3: medicamentos de marca preferida:</b><br><i>Costo compartido estándar:</i> Usted paga \$5.00 por medicamento con receta.<br><br>Usted no paga más de \$5.00 por un suministro para un mes de cada producto de insulina cubierto en este nivel.<br><br>Su costo por un suministro para un mes de medicamentos con receta de pedido por correo es \$5.00.<br><br><i>Costo compartido preferido:</i> Usted paga \$5.00 por medicamento con receta.<br><br>Usted no paga más de \$5.00 por un suministro para un mes de cada producto de insulina cubierto en este nivel. | <b>Nivel 3: medicamentos de marca preferida:</b><br><i>Costo compartido estándar:</i> Usted paga \$42.00 por medicamento con receta.<br><br>Usted no paga más de \$35.00 por un suministro para un mes de cada producto de insulina cubierto en este nivel.<br><br>Su costo por un suministro para un mes de medicamentos con receta de pedido por correo es \$37.00.<br><br><i>Costo compartido preferido:</i> Usted paga \$37.00 por medicamento con receta.<br><br>Usted no paga más de \$35.00 por un suministro para un mes de cada producto de insulina cubierto en este nivel. |

|                                                                                                                                                                                                                                                    | 2026<br>(este año)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | 2027<br>(próximo año)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p><b>Nivel 4: medicamentos no preferidos</b></p> <p>Hemos cambiado el nivel de algunos de los medicamentos de la Lista de medicamentos. Para saber si sus medicamentos estarán en un nivel diferente, búsquelos en la Lista de medicamentos.</p>  | <p><b>Nivel 4: medicamentos no preferidos:</b></p> <p><i>Costo compartido estándar:</i> Usted paga \$55.00 por medicamento con receta.</p> <p>Su costo por un suministro para un mes de medicamentos con receta de pedido por correo es \$50.00.</p> <p><i>Costo compartido preferido:</i> Usted paga \$50.00 por medicamento con receta.</p> | <p><b>Nivel 4: medicamentos no preferidos:</b></p> <p><i>Costo compartido estándar:</i> Usted paga \$90.00 por medicamento con receta.</p> <p>Su costo por un suministro para un mes de medicamentos con receta de pedido por correo es \$85.00.</p> <p><i>Costo compartido preferido:</i> Usted paga \$85.00 por medicamento con receta.</p> |
| <p><b>Nivel 5: medicamentos especializados</b></p> <p>Hemos cambiado el nivel de algunos de los medicamentos de la Lista de medicamentos. Para saber si sus medicamentos estarán en un nivel diferente, búsquelos en la Lista de medicamentos.</p> | <p><b>Nivel 5: medicamentos especializados:</b></p> <p><i>Costo compartido estándar:</i> Usted paga 33% del costo total.</p> <p>Su costo por un suministro para un mes de medicamentos con receta de pedido por correo es 33%.</p> <p><i>Costo compartido preferido:</i> Usted paga 33% del costo total.</p>                                  | <p><b>Nivel 5: medicamentos especializados:</b></p> <p><i>Costo compartido estándar:</i> Usted paga 33% del costo total.</p> <p>Su costo por un suministro para un mes de medicamentos con receta de pedido por correo es 33%.</p> <p><i>Costo compartido preferido:</i> Usted paga 33% del costo total.</p>                                  |

|                                                                                                                                                                                                                                          | 2026<br>(este año)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | 2027<br>(próximo año)                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Nivel 6: medicamentos complementarios</b><br>Hemos cambiado el nivel de algunos de los medicamentos de la Lista de medicamentos. Para saber si sus medicamentos estarán en un nivel diferente, búsquelos en la Lista de medicamentos. | <b>Nivel 6: medicamentos complementarios:</b><br><i>Costo compartido estándar:</i> Usted paga \$0.00 por medicamento con receta.<br><br>Su costo por un suministro para un mes de medicamentos con receta de pedido por correo es \$0.00.<br><br><i>Costo compartido preferido:</i> Usted paga \$0.00 por medicamento con receta. | <b>Nivel 6: medicamentos complementarios:</b><br><i>Costo compartido estándar:</i> Usted paga \$0.00 por medicamento con receta.<br><br>Su costo por un suministro para un mes de medicamentos con receta de pedido por correo es \$0.00.<br><br><i>Costo compartido preferido:</i> Usted paga \$0.00 por medicamento con receta. |

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

## SECCIÓN 2      Cómo cambiar de plan

**Para seguir inscrito en HealthSun VitalCare (HMO C-SNP) no es necesario que haga nada.** A menos que usted se inscriba en un tipo diferente de plan de salud de Medicare o se cambie a Original Medicare a más tardar el 7 de diciembre, se le inscribirá automáticamente en nuestro HealthSun VitalCare (HMO C-SNP).

Si quiere cambiarse de plan para 2027, siga estos pasos:

- **Para cambiarse a un plan de salud de Medicare diferente,** inscríbase en el nuevo plan. Se cancelará automáticamente su inscripción en HealthSun VitalCare (HMO C-SNP). Recuerde que no todos los planes de salud de Medicare cubren medicamentos con receta. Además, tenga en cuenta que, para muchos planes, usted no puede inscribirse

en un plan de salud de Medicare y, al mismo tiempo, comprar un plan de medicamentos con receta.

- **Para cambiarse a Original Medicare con la cobertura separada para medicamentos de Medicare**, usted puede inscribirse en un plan de la Parte D, y se cancelará automáticamente su inscripción en HealthSun VitalCare (HMO C-SNP).
- **Para cambiarse 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) si necesita más información sobre cómo hacerlo. 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 1.1).
- **Para obtener más información sobre Original Medicare y los diferentes tipos de planes de Medicare**, visite Medicare.gov, consulte el manual *Medicare & You 2027 (Medicare y Usted 2027)*, llame a su Programa estatal de asistencia sobre seguro médico (State Health Insurance Assistance Program, SHIP) (consulte la Sección 4) o llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227).

## Sección 2.1 Plazos para el cambio de plan

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 2027, 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 2027.

## Sección 2.2 ¿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 incluyen a las personas que:

- Tienen Medicaid
- Reciben Ayuda Extra (Extra Help) para pagar sus medicamentos
- Tienen la cobertura de un empleador o van a dejarla
- Se han mudado fuera del área de servicio de nuestro plan

Si recientemente ingresó 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 cambiarse a cualquier 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) en cualquier momento. Si recientemente salió de una institución, tiene la oportunidad de cambiarse de plan o cambiarse a Original Medicare durante 2 meses completos después del mes en que salga de dicha institución.

## **SECCIÓN 3      Cómo recibir ayuda para pagar los medicamentos con receta**

---

Usted podría reunir los requisitos para recibir ayuda para pagar los medicamentos con receta. Hay distintos tipos de ayuda disponibles:

- **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. Además, las personas que reúnan los requisitos no tendrán una multa por inscripción tardía. Para saber si reúne los requisitos, llame:
  - o Al 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.
  - o Al 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 del día. Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-800-325-0778.
  - o A la Oficina de Medicaid de su estado.
- **Asistencia con los costos compartidos para medicamentos con receta para personas con VIH/SIDA.** El Programa de asistencia de medicamentos para el SIDA (AIDS Drug Assistance Program, ADAP) ayuda a garantizar que las personas elegibles para el ADAP que tienen VIH/SIDA tengan acceso a medicamentos para el VIH que salvan vidas. Para ser elegible para el ADAP que funciona en su estado, usted debe cumplir con ciertos criterios, incluso comprobante de residencia en el estado y estado de 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 a través del The 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

1-844-381-2327. Cuando llame, asegúrese de comunicarles el nombre de su plan de la Parte D de Medicare o el número de póliza.

- **El 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 actual para medicamentos para ayudarlo a administrar los costos que paga de su bolsillo por los medicamentos cubiertos por nuestro plan al extenderlos a través del año calendario (de enero a diciembre). Cualquier persona con un plan de medicamentos de Medicare o con un plan de salud de Medicare con cobertura para medicamentos (como un plan Medicare Advantage con cobertura para medicamentos) puede utilizar 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 2027; usted no necesita presentar una nueva solicitud de elección para seguir participando en 2027. **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 estatal de asistencia farmacéutica (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. Para obtener más información sobre esta opción de pago, llámenos al 1-833-246-6565 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) o visite Medicare.gov.

## SECCIÓN 4      ¿Tiene preguntas?

---

### Cómo recibir ayuda de HealthSun VitalCare (HMO C-SNP)

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

Estamos disponibles para recibir llamadas telefónicas de 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 de 2027***

Este *Aviso anual de cambios* le ofrece un resumen de los cambios en sus beneficios y sus costos para 2027. Para obtener detalles, consulte la *Evidencia de Cobertura de 2027* para HealthSun VitalCare (HMO C-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 servicios cubiertos y medicamentos con receta. Obtenga la *Evidencia de Cobertura* en nuestro sitio web en [www.healthsun.com](http://www.healthsun.com) o comuníquese con

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](http://www.healthsun.com)**

Nuestro sitio web tiene la información más actualizada acerca de nuestra red de proveedores (*Provider Directory / Pharmacy Directory (Directorio de proveedores / farmacias)*) y nuestra *Lista de medicamentos cubiertos (formulary / Drug List (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 seguros médicos. Pueden ayudarlo a comprender las opciones de planes de Medicare y responder preguntas sobre cómo cambiarse de plan. Comuníquese con 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 <https://www.floridashine.org/>.

### **Obtenga 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.

- **Chatee en vivo con [Medicare.gov](https://www.medicare.gov/talk-to-someone)**

Usted puede chatear en vivo en [Medicare.gov/talk-to-someone](https://www.medicare.gov/talk-to-someone).

- **Escriba a Medicare**

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

- **Visite [Medicare.gov](https://www.medicare.gov)**

El sitio web oficial de Medicare tiene información acerca de los costos, la cobertura y las calificaciones de calidad por estrellas para ayudarlo a comparar los planes de salud de Medicare en su área.

- **Lea *Medicare & You 2027 (Medicare y Usted 2027)***

El manual *Medicare & You 2027 (Medicare y Usted 2027)* 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 responde las preguntas más frecuentes sobre Medicare. Obtenga una copia en [Medicare.gov](https://www.medicare.gov) o llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-877-486-2048.

# Consulte los documentos del plan en línea a partir del 15 de octubre de 2026

Puede encontrar información importante del plan en línea. Ingrese en **www.healthsun.com** e inicie sesión o regístrese.

## Lea su Evidencia de Cobertura (Evidence of Coverage, EOC)

Encuentre su EOC en Formularios para el miembro y la sección Documentos. Le indica:



- Qué cubre su plan
- Cuánto podría pagar por la atención
- Sus derechos como miembro
- Lo que debe hacer como miembro

## Verifique su cobertura para medicamentos

En la sección Planes y Cobertura, elija Beneficios de medicamentos con receta para encontrar el Formulario. Enumera los medicamentos que cubre su plan. También puede:



- Ingresar en Formulary Search (Búsqueda de Formulario) para ver si su medicamento está cubierto
- Ingrese a Beneficios de medicamentos con receta para obtener más información sobre la cobertura para medicamentos.

## Busque un médico o farmacia

visite [www.healthsun.com](http://www.healthsun.com) y elija Find a Provider (encontrar proveedor) o Find a Pharmacy (encontrar farmacia) haciendo la búsqueda por:



- Nombre del médico
- Especialidad del médico
- Tipo de farmacia
- Distancia desde su hogar

**¿Necesita ayuda? ¿Quiere copias impresas de esos documentos?** Llámenos al **1-877-336-2069** (TTY: **711**).

---

**Descargo 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](http://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.

---

## **Su información personal**

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.

Un aviso estatal más detallado se encuentra disponible si lo solicita. Llame al número de teléfono que figura en su tarjeta de identificación. O puede encontrar más información en **[www.healthsun.com](http://www.healthsun.com)**.

## 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 the phone number on your member ID card.

**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 que figura en su tarjeta de identificación del miembro.

**አማርኛ (Amharic)** – ያስተውሉ:- በቋንቋዎ እገዛ የሚፈልጉ ከሆኑ፤ ነጻ የቋንቋ እርዳታ አገልግሎቶች ለእርስዎ ይገኛሉ። መረጃን በተደራሽ ቅርጾች ለማቅረብ አግባብ የሆኑ ረዳት መርጃዎች እና አገልግሎቶችም በነጻ ይገኛሉ። በአባል ID ካርድዎ ላይ ያለውን ስልክ ቁጥር ይደውሉ።

**العربية (Arabic)** – تنبيه: إذا كنت تحتاج إلى المساعدة بلغتك، فإن خدمات المساعدة اللغوية المجانية متاحة لك. كما تتوفر مساعدات ومساعدات مناسبة لتوفير المعلومات بأشكال يسهل الوصول إليها مجانًا. اتصل برقم الهاتف الموجود على بطاقة ID هوية العضو الخاصة بك.

**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。请拨打您的会员 ID 卡上的电话号码。

**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。請撥打您的會員 ID 卡上的電話號碼。

**فارسی (Farsi)** – توجه: اگر نیاز به کمک به زبان خودتان دارید، خدمات کمک زبانی رایگان قابل ارائه به شما است. وسایل و خدمات کمکی مناسب برای ارائه اطلاعات در قالب‌های دسترس‌پذیر نیز به‌صورت رایگان قابل ارائه است. با شماره تلفن مندرج روی کارت ID عضویت خود تماس بگیرید.

**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 figurant sur votre carte d'ID de membre.

**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 Telefonnummer auf Ihrer Mitglieds-ID-Karte an.

**ગુજરાતી (Gujarati)** – ધ્યાન આપો: જો તમને તમારી ભાષામાં મદદની જરૂર છે, 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 કોલ કરો.

**Kreyòl Ayisyen (Haitian Creole)** – ATANSYON: Si w bezwen èd nan lang ou, sèvis asistans lengwistik 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 ki sou kat ID manm ou an.

**‘Ōlelo Hawai‘i (Hawaiian)** – HO ‘OLOHE MAI: Loa ‘a nā kōkua unuhi makuahine manuahi inā makemake ‘oe i kēia mau kōkua ‘ōlelo. Loa ‘a pū kekahi mau kōkua a me kāko ‘o kūpono manuahi nā ho ‘olako kōkua kōko ‘olua a me nā pono lako kōkua a me nā hulu launa uila ‘ē a ‘e kekahi. E kelepona mai i ka helu kelepona ma kāu kāleka ID lālā.

**हिंदी (Hindi)** – ध्यान दें: यदि आपको अपनी भाषा में सहायता चाहिए, तो आपके लिए निःशुल्क भाषा सहायता सेवाएं उपलब्ध हैं। पहुँच योग्य प्रारूपों में जानकारी प्रदान करने के लिए उपयुक्त सहायक साधन और सेवाएँ भी निःशुल्क उपलब्ध हैं। अपने सदस्य ID कार्ड पर दिए गए फ़ोन नंबर पर कॉल करें।

**Hmoob (Hmong)** – CEEB TOOM: Yog koj xav tau kev pab ua koj yam lus, muaj kev pab txhais lus pab dawb rau koj. Muaj cov khoom pab cuam thiab kev pab cuam txog lus raws qhov tsim nyog kom muab tau tej ntaub ntawv ua cov qauv ntawv uas siv tau yam tsis sau nqi dab tsi. Hu rau tus xov tooj ntawm koj daim npav ID ua tswv cuab.

**Igbo (Igbo)** – NLEBA AMA: Ọ bụrụ na ịchọrọ enyemaka n'asụsụ gị, enyemaka asụsụ dị maka gị. E nwekwara ike inye aka na ọrụ enyemaka kwesịrị ekwesị iji nye ozi n'ụdị dị mfe ịnweta n'efu. Kpọọ nọmba ekwentị dị na kaadị njirimara onye otu gị.

**Ilocano (Ilocano)** – PAKDAAR: No masapulmo ti tulong iti lengguahem, adda maalam a libre a serbisio a tulong iti lengguahe. Maipaay met a libre dagiti tumutop a katulungan a ramit ken serbisio tapno maited ti impormasion kadagiti pormat a nalaka a maala. Tawagan ti numero ti telepono iti ID card-mo kas miembro.

**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. Chiamare il numero di telefono riportato sulla propria tessera associativa.

**日本語 (Japanese)** – 注意：ご使用の言語でのサポートが必要な場合には、無料の言語支援サービスをご提供しています。適切な補助器具・サービスも、利用者がアクセスしやすい方法でご提供しています。こちらも無料でご利用いただけます。必要な情報取得にお役立てください。会員 ID カードに記載されている電話番号にお電話ください。

**ಕನ್ನಡ (Kannada)** – ಗಮನಿಸಿ: ನಿಮ್ಮ ಭಾಷೆಯಲ್ಲಿ ಸಹಾಯ ಬೇಕಾದರೆ, ಉಚಿತ ಭಾಷಾ ಸಹಾಯ ಸೇವೆಗಳು ನಿಮಗೆ ಲಭ್ಯವಿವೆ. ಪ್ರವೇಶಿಸಬಹುದಾದ ಸ್ವರೂಪಗಳಲ್ಲಿ ಮಾಹಿತಿಯನ್ನು ಒದಗಿಸಲು ಸೂಕ್ತವಾದ ಸಹಾಯಕ ಸಾಧನಗಳು ಮತ್ತು ಸೇವೆಗಳೂ ಸಹ ಉಚಿತವಾಗಿ ಲಭ್ಯವಿವೆ. ನಿಮ್ಮ ಸದಸ್ಯರ ಗುರುತಿನ ಚೀಟಿಯಲ್ಲಿರುವ ಫೋನ್ ಸಂಖ್ಯೆಗೆ ಕರೆ ಮಾಡಿ.

**ភាសាខ្មែរ (Khmer)** – សូមយកចិត្តទុកដាក់៖ ប្រសិនបើអ្នកត្រូវការជំនួយជាភាសារបស់អ្នក សេវាជំនួយភាសាឥតគិតថ្លៃ មានផ្តល់ជូនអ្នក។ មានផ្តល់ជូនដោយឥតគិតថ្លៃនូវសេវាកម្ម និងឧបករណ៍ជំនួយសមស្របដើម្បីផ្តល់ព័ត៌មានក្នុងទម្រង់ បែបបទដែលអាចចូលប្រើបានផងដែរ។ សូមហៅទូរសព្ទទៅលេខនៅលើកាត ID សមាជិករបស់អ្នក។

**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. 가입자 ID 카드에 기재된 전화 번호로 전화해 주십시오.

**ພາສາລາວ (Laotian)** – ເວົ້າໃຈໃສ່: ຖ້າທ່ານຕ້ອງການຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອເປັນພາສາຂອງທ່ານ, ມີການບໍລິການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານພາສາໃຫ້ທ່ານໂດຍບໍ່ເສຍຄ່າ. ນອກຈາກນີ້ຍັງມີການຊ່ວຍເຫຼືອ ແລະ ການບໍລິການເສີມທີ່ເໝາະສົມໃນການໃຫ້ຂໍ້ມູນໃນຮູບແບບທີ່ສາມາດເຂົ້າເຖິງໄດ້ໂດຍບໍ່ເສຍຄ່າ. ໂທຫາເບີໂທລະສັບໃນ ບັດ ID ສະມາຊິກຂອງທ່ານ.

**മലയാളം (Malayalam)** - ശ്രദ്ധിക്കുക: നിങ്ങളുടെ ഭാഷയിൽ സഹായം ആവശ്യമുണ്ടെങ്കിൽ, സൗജന്യ ഭാഷാ സഹായ സേവനങ്ങൾ നിങ്ങൾക്ക് ലഭ്യമാണ്. ആക്സസ് ചെയ്യാവുന്ന ഫോർമാറ്റുകളിൽ വിവരങ്ങൾ നൽകുന്നതിന് ഉചിതമായ പിന്തുണ സഹായങ്ങളും സേവനങ്ങളും സൗജന്യമായി ലഭ്യമാണ്. നിങ്ങളുടെ അംഗത്വ ഐഡി കാർഡിലെ ഫോൺ നമ്പറിൽ വിളിക്കുക.

**मराठी (Marathi)** – लक्ष या: जर तुम्हाला तुमच्या भाषेत मदतीची गरज असेल, तर तुमच्यासाठी मोफत भाषा सहाय्यता सेवा उपलब्ध आहेत. सुलभ स्वरूपात माहिती देण्यासाठी योग्य पूरक साधने आणि सेवा देखील विनामूल्य उपलब्ध आहेत. तुमच्या सदस्य ओळखपत्रावरील फोन नंबरवर कॉल करा.

**Diné (Navajo)** – BAA'ÁKONÍNÍZIN: Nizaad k'éhjí shíka'adoowoł nínízingo, t'áá jiik'eh saad bee áka'aná'wo' bee áka'anída'awo'í ná dahóló. Bee baa dahane'í baa dahwiizt'í'ígí át'éego bee hada'dilyaaígíí bee níka'e'doowołgo t'áadoole'é binahjí' bee adahodooní'ígíí diné bich'í' anídahazt'í'í bee bika'aanída'awo'í ałdó' t'áá jiik'eh dahóló. Bee atah nil'íní ninaaltsoos nit'í'izí ID bine'déé' béésh bee hane'í binámboo biká'ígíí bee hólne'.

**नेपाली (Nepali)** – ध्यान दिनुहोस्: तपाईंलाई आफ्नो भाषामा सहयोग चाहिएको छ भने तपाईंका लागि निःशुल्क भाषा सहायता सेवाहरू उपलब्ध छन्। प्रयोग गर्न मिल्ने ढाँचामा जानकारी प्रदान गर्न उपयुक्त ढङ्गको सहयोगी यन्त्र र सेवाहरू पनि निःशुल्क रूपमा उपलब्ध छन्। आफ्नो सदस्य ID पत्रमा रहेको फोन नम्बरमा कल गर्नुहोस्।

**Deutsch (Pennsylvania Dutch)** – WICH DICH: Wann du Hilf brauchsch in dei eegni Schprooch, kenne mir dich helfe fer Sache verschteh, unni as es dich ennich eppes koschde zellt. Mir hen en latt differnti Wege fer dich helfe aa wann du Druwwel hoscht fer sehne odder heere, aa fer ken Koscht. Call der Number uf dei ID Card.

**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 na karcie ID członka.

**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 indicado no seu cartão de identificação de membro.

**ਪੰਜਾਬੀ (Punjabi)** – ਧਿਆਨ ਦਿਓ: ਜੇਕਰ ਤੁਹਾਨੂੰ ਆਪਣੀ ਭਾਸ਼ਾ ਵਿੱਚ ਸਹਾਇਤਾ ਦੀ ਲੋੜ ਹੈ, ਤਾਂ ਤੁਹਾਡੇ ਲਈ ਮੁਫਤ ਭਾਸ਼ਾਈ ਸਹਾਇਤਾ ਸੇਵਾਵਾਂ ਉਪਲਬਧ ਹਨ। ਪਹੁੰਚਯੋਗ ਫਾਰਮੈਟਾਂ ਵਿੱਚ ਜਾਣਕਾਰੀ ਪ੍ਰਦਾਨ ਕਰਨ ਲਈ ਢੁਕਵੇਂ ਸਹਾਇਕ ਸਾਧਨ ਅਤੇ ਸੇਵਾਵਾਂ ਵੀ ਮੁਫਤ ਉਪਲਬਧ ਹਨ। ਆਪਣੇ ਮੈਂਬਰ ID ਕਾਰਡ 'ਤੇ ਦਿੱਤੇ ਫੋਨ ਨੰਬਰ 'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ।

**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 номеру телефона, указанному на вашей ID-карте участника.

**Gagana Samoa (Samoan)** – FA‘ASILASILAGA TAUA: Afai e te mana‘omia se fesoasoani i lau gagana, e avanoa mo oe avaanaga fesoasoani i le gagana e aunoa ma se totogi. O loo avanoa fo‘i mea faigaluega ma avaanaga fesoasoani talafeagai e tuuina atu ai faamatalaga i fa‘atulagaga e mafai ona faigofie ona maua, e aunoa ma se totogi. Faamolemole valaau le numera o le telefoni o loo i luga o lau pepa ID a le sui usufono.

**Српски (Serbian)** – ПАЖЊА: Ако вам је потребна помоћ на вашем језику, доступне су вам бесплатне услуге помоћи за ваш језик. Бесплатно су вам доступна и одговарајућа помагала и услуге у доступним форматима како бисте добили информације које су вам потребне. Позовите број телефона на вашој чланској ID картици.

**Soomaali (Somali)** – FIIRO GAAR AH: Haddii aad u baahan tahay caawin luuqadaada ah, adeegyada caawinta luuqada oo bilaash ah waa lagu heli karaa. Gargaarada maqalka ku haboon iyo adeegyo lagu bixiyo warbixin qaabab la heli karo ayaa sidoo kale lagu helayaa si bilaash ah. Wac lambarka taleefanka ku qoran kaarkaaga Aqoonsiga (ID) xubinta.

**Kiswahili (Swahili)** – ANGALIZO: Ikiwa unahitaji msaada kwa lugha yako, huduma za usaidizi wa lugha zinapatikana kwako bila malipo. Vifaa na huduma saidizi vinavyofaa kwa ajili ya kutoa taarifa katika miundo inayopatikana kwa urahisi zinapatikana pia bila malipo. Piga nambari ya simu iliyo kwenye ID yako ya uanachama.

**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 sa iyong ID card ng miyembro.

**తెలుగు (Telugu)** – గమనిక: మీకు మీ భాషలో సహాయం అవసరమైతే, మీకు ఉచిత భాషా సహాయ సేవలు అందుబాటులో ఉన్నాయి. అందుబాటులో ఉన్న ఫార్మాట్లలో సమాచారాన్ని అందించడానికి తగిన సహాయక పరికరాలు, సేవలు కూడా ఉచితంగా లభిస్తాయి. మీ మెంబర్ ID కార్డులోని ఫోన్ నెంబర్కు కాల్ చేయండి.

**ภาษาไทย (Thai)** – หมายเหตุ: หากคุณต้องการความช่วยเหลือในภาษาของคุณ เรามีบริการช่วยเหลือด้านภาษาฟรีสำหรับคุณ นอกจากนี้ยังมีความช่วยเหลือและบริการเสริมที่เหมาะสม เพื่อให้ข้อมูลในรูปแบบที่เข้าถึงได้โดยไม่เสียค่าใช้จ่ายอีกด้วย โทรไปที่หมายเลขโทรศัพท์บนบัตรประจำตัวสมาชิกของคุณ

**Twi (Twi)** – HYE NO NSO: Se wohia mmoa wo wo kasa mu a, kasa mu mmoa a wontua hwee wo ho ma wo. Nneema ne mmoa a eho hia nso wo ho a wode ma kwa senea ebeye a wobetumi anya nsem no wo okwan a eye mmerɛ se wobete ase. Frɛ fon nɔma no a ewo ID kaade no so no.

**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 номером, указаним на ідентифікаційній карті учасника.

**اردو (Urdu)** – توجہ دیں: اگر آپ کو اپنی زبان میں مدد کی ضرورت ہو، تو آپ کے لیے زبان کی مفت مدد کی خدمات دستیاب ہیں۔ قابل رسائی فارمیٹس میں معلومات فراہم کرنے کے لیے مناسب معاون آلات اور خدمات بھی مفت دستیاب ہیں۔ اپنے ممبر شناختی کارڈ پر موجود فون نمبر پر کال کریں۔

**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 trên thẻ ID thành viên của quý vị.

**דיש (Yiddish)** – אויפמערקזאמקייט: אויב איר דאַרפֿט הילף אין אייער שפּראַך, פריי שפּראַך הילף באַדינונגס זענען בנימצא צו איר. צונעמען אַגזיליערי אַידס און באַדינונגס צו צושטעלן אינפֿארמאַציע אין צוטריטלעך פֿאַרמאַטירונגען זענען אויך פריי. רופן די טעלעפֿאָן נומער אויף דיין מיטגליד ID קאַרט.

**Yorùbá (Yoruba)** – ÀKÍYÈSÍ: Tí o bá nílò ìrànṣẹ́ wọ ní èdè rẹ, àwọn isẹ ìrànṣẹ́ wọ èdè ọfẹ wà fún ọ. Àwọn ohun èlò ìrànṣẹ́ wọ àti isẹ ìrànṣẹ́ wọ tó yẹ láti pèsè ìwífún ní àwọn ọ̀nà tí a lè gbà tún ráàyèsì wà lófẹẹ. Pe nọmbà fòònù tó wà lórí káàdì ìdánimọ ọmọ egbẹ rẹ.

## **Aviso sobre no discriminación**

La discriminación es ilegal. Por eso cumplimos con las leyes federales vigentes de derechos civiles y no discriminamos, excluimos ni tratamos 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 (TTY: **1-877-206-0500**) 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 el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU., Oficina de Derechos Civiles, electrónicamente a través del Portal de Quejas de la Oficina de Derechos Civiles, disponible en <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/smartscreen/main.jsf>, por correo postal o por teléfono al:

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/complaints/index.html>.

[illegible]

[illegible]

[illegible]

HealthSun Health Plans es un plan HMO C-SNP con un contrato con Medicare. La inscripción en HealthSun Health Plans depende de la renovación del contrato.

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

