

HealthSun Health Plan, un plan de la Parte D de Medicare Advantage
Aviso anual de cambios para 2012

Este folleto le informa cómo cambiarán sus beneficios y costos el próximo año si permanece en HealthSun Health Plan. Estos cambios entrarán en vigencia el 1 de enero de 2012 si permanece en este plan.

Para decidir lo que más le conviene, compare esta información con los beneficios y costos de otros planes de salud de Medicare disponibles en su área, así como los beneficios y costos de Original Medicare.

HealthSun Health Plan ofrece los planes SunPlus Advantage, Healthy Advantage y MediMax Plan. Cuando el Aviso anual de cambios dice "nosotros", "nos" o "nuestro/a" hace referencia a HealthSun Health Plans. Cuando dice "plan" o "nuestro plan" hace referencia a HealthSun Health Plan.

HealthSun Health Plan es un plan de atención coordinada que tiene un contrato con Medicare Advantage.

Esta información está disponible en otros idiomas, en forma gratuita. Para obtener información adicional, póngase en contacto con el número de Servicio para los miembros llamando al 305 447-4458. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-206-0500. Los horarios de atención son de lunes a viernes de 8:30 a. m. a 5:30 p. m. Los Servicios para los miembros tienen servicios de interpretación gratuitos disponibles para personas que no hablan inglés (los números gratuitos están en la portada posterior de este folleto).

Aviso anual de cambios para 2012

Índice

Sección 1. Aspectos importantes que debe saber.....	3
El período de inscripción anual finaliza el 7 de diciembre.	3
Usted está actualmente inscrito en HealthSun Health Plan, que es una HMO de Medicare.	3
Este <i>Aviso anual de cambios</i> es sólo un resumen (consulte su <i>Evidencia de cobertura</i> para ver los detalles).....	3
¿Qué debe hacer?	4
Hay programas que ayudan a las personas con recursos limitados a pagar los medicamentos con receta	4
¿Qué sucede si recibe en la actualidad ayuda para pagar sus medicamentos?	5
Sección 2. Cambios en su prima mensual.....	5
Sección 3. Servicios médicos: cambios en sus beneficios y en los costos compartidos (costos que paga de su bolsillo)	6
Cambios en sus <u>beneficios</u>	6
Cambios en los costos compartidos (costos que paga de su bolsillo)	7
Sección 4. Medicamentos con receta de la Parte D: No hay cambios en sus beneficios y en los costos que paga de su bolsillo.....	8
Cambios a la <i>Lista de medicamentos cubiertos</i> (formulario)	8
Cambios en los costos " <u>que paga de su bolsillo</u> "	9
¿Qué sucede si los cambios para 2012 afectan los medicamentos que toma actualmente?	16
Sección 5. ¿Qué pasa con los cambios en la red de proveedores del plan?	16
¿Estarán todavía sus médicos y otros proveedores en la red del plan el próximo año?	16

Sección 6. ¿Quiere seguir en el plan o hacer un cambio?	17
¿Desea seguir con HealthSun Health Plan?	17
¿Desea hacer cambios?	17
Sección 7. ¿Necesita ayuda? ¿Desea más información?	18
Tenemos información y respuestas para usted	18
Usted puede obtener ayuda e información del Programa estatal de asistencia en seguros de salud (SHIP, por sus siglas en inglés).....	18
Puede obtener ayuda e información de Medicare	19

Sección 1. Aspectos importantes que debe saber

El período de inscripción anual finaliza el 7 de diciembre.

A partir de este año, usted tiene desde el 5 de octubre **hasta el 7 de diciembre para hacer un cambio** en su cobertura de Medicare.

Usted está actualmente inscrito en HealthSun Health Plan, que es una HMO de Medicare.

En la actualidad, está inscrito como miembro de HealthSun Health Plan. Este plan es un plan Medicare Advantage HMO (HMO, en inglés, significa Organización para el mantenimiento de la salud). Como todos los planes de Medicare Advantage, esta HMO de Medicare está aprobada por Medicare y es dirigida por una empresa privada. Nos complace estar proporcionándole su cobertura de salud de Medicare, incluida la cobertura de sus medicamentos con receta.

Si permanece inscrito en HealthSun Health Plan para 2012, se aplicarán algunos cambios a sus beneficios y a lo que debe pagar.

Todos los años, los planes de salud de Medicare pueden decidir cambiar las primas, los montos de los costos compartidos y los beneficios que ofrecen. Estos cambios pueden incluir aumentar o disminuir las primas, aumentar o disminuir los montos de costos compartidos y agregar o quitar beneficios.

Le estamos enviando este Aviso anual de cambios para informarle cómo sus beneficios y costos como miembro de HealthSun Health Plan cambiarán el próximo año con respecto a sus beneficios actuales. Los cambios entrarán en vigencia el 1 de enero de 2012. Medicare ha aprobado estos cambios.

Este Aviso anual de cambios es sólo un resumen (consulte su Evidencia de cobertura para ver los detalles)

Este *Aviso anual de cambios* le da un resumen de los cambios en sus beneficios y lo que va a pagar por estos servicios en 2012. Este aviso es un resumen breve, no una descripción integral de los beneficios. Para obtener más información, póngase en contacto con el plan o lea la *Evidencia de cobertura*.

- Para obtener los detalles, puede consultar la *Evidencia de cobertura* para 2012 de HealthSun Health Plan. La *Evidencia de cobertura* es la descripción detallada legal de sus beneficios y costos para 2012. Explica sus derechos y las normas que debe seguir para recibir sus servicios cubiertos y medicamentos con receta. (Hemos incluido una copia de la *Evidencia de cobertura* en el mismo folleto en que se incluye este *Aviso anual de cambios*. Si tiene alguna pregunta o necesita más información, puede llamar al Servicio para los miembros al (305) 234-9292 o al (877) 206-0500 cuando lo desee. (Sólo para TTY, llame al 1-877-206-0500). El horario de

atención es de lunes a viernes de 8:30 a. m. a 5:30 p. m. y las llamadas a estos números son gratuitas.

¿Qué debe hacer?

Queremos que sepa qué sucederá el próximo año, así que **lea pronto el resto de este documento para ver cómo le afectarán los cambios en los beneficios y costos si sigue inscrito en HealthSun Health Plan.** A partir de este año, usted tiene únicamente **hasta el 7 de diciembre para hacer un cambio** en su cobertura de Medicare. Si usted realiza un cambio, su nueva cobertura comenzará el 1 de enero de 2012.

Para decir qué es mejor para usted, compare esta información sobre los beneficios y costos de 2012 para HealthSun Health Plan con los que serían sus beneficios y costos si se cambiara a un plan de salud diferente de Medicare o a Original Medicare.

Si tiene acceso a Internet, puede encontrar información sobre los planes disponibles en su área a través del Buscador de planes de Medicare en el sitio web de Medicare en <http://www.medicare.gov>. El Buscador de planes lo ayuda a comparar sus opciones brindándole información sobre los beneficios y los costos de los planes y mostrándole cómo Medicare califica los planes. Por ejemplo, estas calificaciones le permiten comparar con qué eficiencia funcionan los planes en diferentes categorías que incluyen la detección y prevención de enfermedades, la satisfacción de los miembros y el servicio al cliente. (Para ver información sobre los planes, visite <http://www.medicare.gov>. Haga clic en el botón "Health & Drug Plans" (Planes de salud y medicamentos) a la izquierda y luego elija "Compare Drug and Health Plans" (Comparar planes de medicamentos). Si desea que le enviemos una copia de las calificaciones para HealthSun Health Plan que aparecen en el sitio web de Medicare, llámenos a HealthSun Health Plan, de lunes a viernes de 8:30 a.m. a 5:30 p.m. Los usuarios de TTY deben llamar al (877) 206-0500.

Para obtener información sobre Original Medicare y sobre los planes de Medicare disponibles en su área, también puede llamar a Medicare o a su Programa estatal de asistencia en seguros de salud. Para conocer los números a los que puede llamar, consulte la Sección 7 de este *Aviso anual de cambios*.

Valoramos su membresía en HealthSun Health Plan y esperamos conservarlo como miembro. Pero si desea hacer un cambio para 2012, consulte "¿Cuándo puede cambiarse a un plan diferente?" en la Sección 6, para ver los períodos en los que puede hacer un cambio.

Hay programas que ayudan a las personas con recursos limitados a pagar los medicamentos con receta

Usted podría calificar para obtener ayuda para el pago de sus medicamentos. Existen dos clases básicas de ayuda:

- **"Ayuda adicional" de Medicare.** Este programa también se llama "subsidio por bajos ingresos" (en inglés, low-income subsidy o LIS). Si sus ingresos y recursos anuales están

por debajo de ciertos límites, puede reunir los requisitos para recibir esta ayuda. Para aprender más sobre el programa de Ayuda adicional, llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Puede llamar a estos números en forma gratuita, las 24 horas, los 7 días de la semana. También puede consultar en la Sección III del manual *Medicare & You 2012* (Medicare y usted 2012) o llamar a su Programa estatal de asistencia en seguros de salud. El nombre y los números de teléfono de esta organización aparecen en la Sección 3 del Capítulo 2 de su *Evidencia de cobertura*.

- **Ayuda de la Alianza para la Asistencia con los Medicamentos Recetados (SPAP, por sus siglas en inglés) en Florida, el programa de asistencia farmacéutica de su estado.** En muchos estados hay Programas estatales de asistencia farmacéutica (SPAP, por sus siglas en inglés) que ayudan a algunas personas a pagar los medicamentos con receta según su necesidad económica, edad y afección médica. En Florida, el programa se llama Alianza para la Asistencia con los Medicamentos Recetados (SPAP, por sus siglas en inglés). Cada estado tiene normas diferentes. Para obtener más información sobre el programa en su estado, consulte a su Programa estatal de asistencia en seguros de salud (el nombre y los números de teléfono de esta organización aparecen en la Sección 3 del Capítulo 2 de la *Evidencia de cobertura*).

¿Qué sucede si recibe en la actualidad ayuda para pagar sus medicamentos?

Si ya recibe ayuda para el pago de sus medicamentos, **algunas de las informaciones sobre las primas y los costos de los medicamentos de la Parte D de este Aviso anual de cambios no se aplican a usted.** Le hemos enviado un inserto separado, que se denomina "Evidence of Coverage Rider for People Who Get Extra Help Paying for Prescription Drugs" (Cláusula adicional a la evidencia de cobertura para las personas que reciben ayuda adicional para pagar los medicamentos con receta) (Cláusula adicional LIS), que le informa sobre la cobertura para sus medicamentos. Si no tiene este documento, llame al Servicio para los miembros y solicite la "Cláusula adicional a la evidencia de cobertura para las personas que reciben ayuda adicional para pagar los medicamentos con receta" (Cláusula adicional LIS). En la portada posterior de este folleto, encontrará los números de teléfono del Servicio para los miembros.

Sección 2. Cambios en su prima mensual

	2011 (este año)	2012 (próximo año)
Prima mensual	\$0	\$0
	(Debe seguir pagando la prima de la Parte B de	(Debe seguir pagando la prima de la Parte B de

	2011 (este año)	2012 (próximo año)
	Medicare).	Medicare).

Excepciones:

- Si debe pagar una multa por inscripción tardía (porque estuvo al menos 63 días sin la parte D o una cobertura para medicamentos con receta "acreditable" en algún momento después de finalizar el período de inscripción inicial de la parte D), su prima mensual para el año 2012 será de \$0 más el monto de la multa o inscripción tardía. Para obtener más información sobre esta multa, consulte el capítulo 6 de su *Evidencia de cobertura*.
- La mayoría de las personas paga la prima mensual estándar de la Parte D. Sin embargo, algunas personas pagan un monto adicional debido a sus ingresos anuales. Si su ingreso es de \$85,000 o más para una persona (o personas casadas que presentan una solicitud por separado) o de \$170,000 o más para parejas casadas, usted debe pagar un monto adicional por su cobertura de la Parte D de Medicare. Si debe pagar un monto adicional, la Administración del Seguro Social, no su plan de Medicare, le enviará una carta que indique cuál será ese monto adicional. Para obtener más información sobre las primas de la Parte D según sus ingresos, consulte la Sección 11 del Capítulo 6 de este folleto. También puede visitar <http://www.medicare.gov> en Internet o llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. O bien, puede llamar a la Administración del Seguro Social al 1-800-772-1213. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-325-0778.

Sección 3. Servicios médicos: cambios en sus beneficios y en los costos compartidos (costos que paga de su bolsillo)

Nuestros beneficios y lo que usted pague por estos servicios cubiertos en 2012 serán exactamente los mismos que en 2011.

Cambios en sus beneficios

Nuestros beneficios serán exactamente los mismos en 2012 que en 2011. Sin embargo, hay algunos cambios en lo que pagará por estos servicios cubiertos. Consulte la sección siguiente para obtener más información sobre los cambios en lo que paga por servicios cubiertos.

Como se muestra a continuación, HealthSun Health Plan está añadiendo nuevos beneficios para el próximo año. Para obtener más detalles, consulte los Capítulos 3 y 4 de su *Evidencia de cobertura*.

	2011 (este año)	2012 (próximo año)
Para pacientes internados en un hospital Healthy Advantage Plan 005	Copago de \$50 para los días 1 a 5	Copago de \$0 para los días 1 a 5
Atención psiquiátrica para pacientes hospitalizados SunPlus Advantage Plan 002 MediMax Plan 006	Copago de \$75 para los días 1 a 5 Copago de \$200 para los días 1 a 5	Copago de \$200 para los días 1 a 5 Copago de \$100 para los días 1 a 5
Atención psiquiátrica para pacientes externos SunPlus Advantage Plan 002 MediMax Plan 006	Copago de \$20 Copago de \$20	Copago de \$0 Copago de \$0
Atención de urgencia Healthy Advantage Plan 005	Copago de \$0	Copago de \$25
Servicios oftalmológicos SunPlus Advantage Plan 002	Copago de \$0 por 1 par de anteojos y 1 par de lentes de contacto por año	Copago de \$10 por 1 par de anteojos y 1 par de lentes de contacto por año
Servicios oftalmológicos MediMax Plan 006	Límite de \$200 en anteojos y lentes de contacto	Límite de \$250 en anteojos y lentes de contacto

Cambios en los costos compartidos (costos que paga de su bolsillo)

Los montos que pagará de su bolsillo para los servicios cubiertos en 2012, por lo general en el momento en que recibe los servicios, serán exactamente los mismos que pagó en 2011.

El costo compartido es su parte del costo de los servicios médicos cubiertos. Es el monto que paga de su bolsillo por deducibles y copagos. Por lo general, paga estos montos al momento de recibir los servicios. La siguiente tabla resume los cambios en los costos que paga de su bolsillo del 2011 al 2012. Para obtener más detalles, consulte el Capítulo 4, *Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)*, en su *Evidencia de cobertura*.

	2011 (este año)	2012 (próximo año)
	\$3,400	\$3,400
Monto máximo que paga de su bolsillo por servicios médicos dentro de la red	Este es el monto máximo que paga de su bolsillo por servicios cubiertos dentro de la red.	Este es el monto máximo que paga de su bolsillo por servicios cubiertos dentro de la red.
El monto máximo que paga de su bolsillo es el monto más alto que paga por copagos durante el año calendario por servicios cubiertos dentro de la red.	Una vez que haya pagado \$3,400 de su bolsillo por servicios cubiertos dentro de la red, no pagará nada por sus servicios dentro de la red durante el resto del año calendario.	Una vez que haya pagado \$3,400 de su bolsillo por servicios cubiertos dentro de la red, no pagará nada por sus servicios dentro de la red durante el resto del año calendario.
Los montos que paga por sus copagos se consideran para el monto máximo que paga de su bolsillo.		

Sección 4. Medicamentos con receta de la Parte D: No hay cambios en sus beneficios y en los costos que paga de su bolsillo

HealthSun Health Plan tiene una “Lista de medicamentos cubiertos (formulario)” o “Lista de medicamentos”, para abreviar. Indica cuáles son los medicamentos con receta de la Parte D que cubre el plan. (La sección 1.1 del capítulo 5 de su *Evidencia de cobertura* explica sobre los medicamentos de la Parte D.)

Los medicamentos incluidos en nuestra Lista de medicamentos y el monto que usted pagará por medicamentos cubiertos será el mismo en 2012 que en 2011. Sin embargo, estamos autorizados a hacer cambios en la Lista de medicamentos del plan de vez en cuando durante el año, con la aprobación de Medicare.

Cambios a la Lista de medicamentos cubiertos (formulario)

HealthSun Health Plan tiene una “Lista de medicamentos cubiertos (formulario)” o “Lista de medicamentos”, para abreviar. Indica cuáles son los medicamentos con receta de la Parte D que cubre el plan. (La sección 1.1 del capítulo 5 de su *Evidencia de cobertura* explica sobre los medicamentos de la Parte D.)

Podemos hacer cambios en la Lista de medicamentos del plan de vez en cuando durante todo el año. Además, hay una serie de cambios en la Lista de medicamentos que entrarán

en vigencia el 1 de enero de 2012. Medicare aprobó los cambios a la Lista de medicamentos del plan.

- **Hemos añadido algunos medicamentos nuevos a la lista y retirado otros.** Hemos añadido algunos medicamentos nuevos que ahora están disponibles. Hemos sustituido algunos medicamentos de marca con nuevos medicamentos genéricos. Hemos sustituido algunos medicamentos de alto costo con medicamentos menos costosos que han demostrado que funcionan igual de bien o mejor.
- **Hemos añadido algunas nuevas restricciones a ciertos medicamentos y reducido las restricciones de otros.** Las restricciones pueden incluir un requisito de obtener una aprobación del plan por adelantado o de probar un medicamento diferente antes para ver qué tal funciona. Las restricciones también pueden incluir límites en la cantidad del medicamento que el plan le cubrirá.
 - Si hay una restricción para su medicamento, por lo general significa que usted o su proveedor deberán seguir pasos adicionales para que nosotros cubramos el medicamento. Si hay una restricción sobre el medicamento que usted debe tomar, comuníquese con el Servicio para los miembros para informarse qué debe hacer usted o su proveedor para obtener cobertura para el medicamento.

Compruebe si alguno de estos cambios en la cobertura de medicamentos afecta los medicamentos que usted usa.

- Puede buscar sus medicamentos en la Lista de medicamentos que enviamos junto con este *Aviso anual de cambios*. Si no puede encontrar algunos de estos medicamentos en la Lista de medicamentos, puede llamar al Servicio de los miembros para que lo ayuden a encontrar los medicamentos.
- La Lista de medicamentos que le enviamos incluye muchos de los medicamentos que cubrimos, pero no incluye todos nuestros medicamentos cubiertos. Si no puede encontrar algunos de sus medicamentos en esta lista, puede encontrarlos en una Lista de medicamentos completa que incluye todos los medicamentos que cubrimos. Puede conseguir la Lista de medicamentos completa llamando a Servicio para los miembros o visitando nuestro sitio web www.Health-Sun.com.

Cambios en los costos “que paga de su bolsillo”

Todos los medicamentos de la Lista de medicamentos del plan se encuentran en uno de los seis (6) niveles de costo compartido. Medicare nos permite **cambiar lo que usted paga por un medicamento en cada nivel de costo compartido** sólo una vez al año. Los cambios que se muestran a continuación entrarán en vigencia el domingo, 01 de enero de 2012, y seguirán siendo los mismos para todo el año del plan.

Además de los cambios en el copago que verá más adelante, hay otro cambio que podría afectar lo que debe pagar por sus medicamentos el próximo año. **Hemos pasado algunos de los medicamentos de la Lista de medicamentos a un nivel de costo compartido**

diferente. Algunos medicamentos estarán en un nivel de costo compartido inferior, otros en uno superior. Para ver si alguno de sus medicamentos ha sido pasado a un nivel de costo compartido diferente, búsquelos en la Lista de medicamentos.

Cambios en lo que paga por sus medicamentos durante la etapa de cobertura inicial

Durante la etapa de cobertura inicial, el plan paga la parte que le corresponde del costo de sus medicamentos con receta cubiertos, y usted paga su parte, su copago.

Los montos de copago que pague por medicamentos cubiertos en 2012 serán exactamente los mismos que en 2011.

La siguiente tabla resume los cambios con respecto a lo que tendrá que pagar como su parte del costo de los medicamentos con receta cubiertos cuando está en la etapa de cobertura inicial. Estos cambios afectan únicamente los medicamentos con receta de la Parte D.

Los costos en la tabla corresponden a medicamentos con receta que se obtienen en farmacias minoristas de la red. Por lo general, cubrimos los medicamentos que se obtienen en una farmacia fuera de la red sólo si no puede utilizar una farmacia de la red. Puede haber restricciones para medicamentos con receta que se obtienen en farmacias fuera de la red, como un límite en la cantidad de medicamentos que puede recibir. Consulte la Sección 3.5 del Capítulo 5 de la *Evidencia de cobertura* para obtener más información.

	2011 (este año)	2012 (próximo año)
Medicamentos del nivel 6 de costo compartido Preferidos		
SunPlus Advantage Plan 001 Para un suministro de un medicamento para un mes (30 días) en el nivel 6 de costo compartido que se ha obtenido en una farmacia de la red.	<i>Para copagos:</i> Usted paga \$0 por receta en una farmacia preferida.	<i>Para copagos:</i> Usted paga \$0 por receta en una farmacia preferida. Usted paga \$10 por receta en una farmacia no preferida.
SunPlus Advantage Plan 002 Para un suministro de un medicamento para un mes (30 días) en el nivel 6 de costo compartido que se ha obtenido en una farmacia de la red.	<i>Para copagos:</i> Usted paga \$0 por receta en una farmacia preferida.	<i>Para copagos:</i> Usted paga \$0 por receta en una farmacia preferida. Usted paga \$10 por receta en una farmacia no preferida.

Cambios en las etapas de pago de los medicamentos del plan

No hay cambios en las etapas de pago de los medicamentos del plan para 2012. La siguiente tabla explica cada una de las etapas.

La siguiente tabla resume los cambios en las etapas de pago de los medicamentos del plan. Estos cambios afectan únicamente los medicamentos con receta de la Parte D.

	2011 (este año)	2012 (próximo año)
<p>Etapas de deducible anual</p> <p>Dado que el plan no tiene deducible, esta etapa de pago no resulta aplicable en su caso.</p>		
<p>Etapas de cobertura inicial</p> <p>Durante la etapa de cobertura inicial, el plan paga la parte que le corresponde del costo de sus medicamentos cubiertos y usted paga su parte.</p> <p>Usted permanece en esta etapa hasta que el costo a la fecha de sus medicamentos de la Parte D llegue al límite de la etapa de cobertura inicial. Una vez que alcance este límite, pasa a la etapa de cobertura.</p>	<p>SunPlus Advantage Plan 001 Límite de cobertura inicial de \$6,000</p> <p>SunPlus Advantage Plan 002 Límite de cobertura inicial de \$6,000</p> <p>Healthy Advantage Plan 005 Límite de cobertura inicial de \$2,840</p> <p>MediMax Plan 006 Límite de cobertura inicial de \$2,840</p> <p>Cuando los costos totales para sus medicamentos de la Parte D alcancen este monto, avanza a la etapa del período sin cobertura.</p>	<p>SunPlus Advantage Plan 001 Límite de cobertura inicial de \$6,000</p> <p>SunPlus Advantage Plan 002 Límite de cobertura inicial de \$6,000</p> <p>Healthy Advantage Plan 005 Límite de cobertura inicial de \$2,840</p> <p>MediMax Plan 006 Límite de cobertura inicial de \$2,840</p> <p>Cuando los costos totales para sus medicamentos de la Parte D alcancen este monto, avanza a la etapa del período sin cobertura.</p>

Etapa del período sin cobertura

Usted permanece en la etapa del período sin cobertura hasta que los costos que pague de su bolsillo por los medicamentos de la Parte D alcancen el monto que lo califica para la cobertura en situaciones catastróficas.

Por medicamentos genéricos, usted paga \$0.
Por medicamentos de marca, usted paga el 50% del precio.

Usted permanece en esta etapa hasta que los costos que paga de su bolsillo alcancen: \$4,550.

Este es el monto que debe pagar de su bolsillo para salir de la etapa del período sin cobertura y calificar para la cobertura en situaciones catastróficas.

Durante el período sin cobertura, tendrá la siguiente cobertura en el período:

SunPlus Advantage Plan 001
Cobertura en el período para:

Medicamentos genéricos del nivel 1
Medicamentos no preferidos del nivel 2
Medicamentos suplementarios de marca y genéricos del nivel 6

SunPlus Advantage Plan 002
Cobertura en el período para:

Medicamentos genéricos del nivel 1
Medicamentos no preferidos del nivel 2
Medicamentos suplementarios de marca y genéricos del nivel 6

Healthy Advantage Plan 005
Medicamentos genéricos del nivel 1

Medicamentos no preferidos del nivel 2

Medicamentos suplementarios de marca y genéricos del nivel 6

MediMax Plan Plan 006
Medicamentos suplementarios de marca y genéricos del nivel 6

Usted permanece en esta etapa hasta que los costos que paga de su bolsillo alcancen:

SunPlus Advantage Plan 001
\$6,000
SunPlus Advantage Plan 002
\$6,000
Healthy Advantage Plan 005
\$2,930
MediMax Plan Plan 006
\$2,930

Este es el monto que debe pagar de su bolsillo para salir de la etapa del período sin cobertura y calificar para la cobertura en situaciones catastróficas.

Etapa de cobertura en situaciones catastróficas

Durante la etapa de cobertura en situaciones catastróficas, el Plan pagará la mayor parte de los costos de sus medicamentos de la Parte D.

Usted permanecerá en esta etapa hasta el final del año calendario.

SunPlus Advantage Plan 001

Una vez que los costos anuales por medicamentos que pague de su bolsillo alcancen los \$4,550, usted paga: Nivel 1, la suma que sea mayor entre un coseguro del 5% o un copago de \$2.50 por medicamentos genéricos, incluidos medicamentos de marca tratados como genéricos.

SunPlus Advantage Plan 002

Una vez que los costos anuales por medicamentos que pague de su bolsillo alcancen los \$4,700, usted paga: Nivel 1, la suma que sea mayor entre un coseguro del 5% o un copago de \$2.50 por medicamentos genéricos, incluidos medicamentos de marca tratados como genéricos y un copago de \$6.50 por todos los medicamentos de los demás niveles.

Healthy Advantage Plan 005

Una vez que los costos anuales por medicamentos que pague de su bolsillo alcancen los \$4,700, usted paga: Nivel 1, la suma que sea mayor entre un coseguro del 5% o un copago de \$2.50 por medicamentos genéricos, incluidos medicamentos de

SunPlus Advantage Plan 001

Una vez que los costos anuales por medicamentos que pague de su bolsillo lleguen a \$4,700, usted paga la cifra que sea superior entre un coseguro del 5% o un copago de \$2.60 por medicamentos genéricos (incluidos medicamentos de marca tratados como genéricos) y un copago de \$6.50 para todos los demás medicamentos.

SunPlus Advantage Plan 002

Una vez que los costos anuales por medicamentos que pague de su bolsillo lleguen a \$4,700, usted paga la cifra que sea superior entre un coseguro del 5% o un copago de \$2.60 por medicamentos genéricos (incluidos medicamentos de marca tratados como genéricos) y un copago de \$6.50 para todos los demás medicamentos.

Healthy Advantage Plan 005

Una vez que los costos anuales por medicamentos que pague de su bolsillo lleguen a \$4,700, usted paga la cifra que sea superior entre un coseguro del 5% o un copago de \$2.60 por medicamentos genéricos (incluidos medicamentos de

marca tratados como genéricos y un copago de \$6.50 por todos los medicamentos de los demás niveles.

marca tratados como genéricos) y un copago de \$6.50 para todos los demás medicamentos.

MediMax Plan Plan 006

MediMax Plan Plan 006

Una vez que los costos anuales por medicamentos que pague de su bolsillo alcancen los \$4,700, usted paga: Nivel 1, la suma que sea mayor entre un coseguro del 5% o un copago de \$2.50 por medicamentos genéricos, incluidos medicamentos de marca tratados como genéricos y un copago de \$6.50 por todos los medicamentos de los demás niveles.

Una vez que los costos anuales por medicamentos que paga de su bolsillo lleguen a \$4,700, usted paga la cifra que sea superior entre un coseguro del 5% o un copago de \$2.60 por medicamentos genéricos (incluidos medicamentos de marca tratados como genéricos) y un copago de \$6.50 para todos los demás medicamentos.

¿Qué sucede si los cambios para 2012 afectan los medicamentos que toma actualmente?

¿Qué sucede si un medicamento que está tomando ahora no aparece en la Lista de medicamentos para 2012? ¿Qué sucede si se ha trasladado a un nivel de costo compartido más alto? ¿Qué sucede si se ha agregado una nueva restricción a la cobertura de este medicamento? Si enfrenta una de estas situaciones, esto es lo que puede hacer:

- En algunas situaciones, el plan cubrirá un **único suministro temporal** de su medicamento cuando su suministro actual se agote. Este suministro temporal será para un máximo de 30 días, o menos, si su receta está indicada para menos días. La Sección 6.2 del Capítulo 5 de la Evidencia de cobertura explica cuándo puede obtener un suministro temporal y cómo puede solicitarlo.

Mientras tanto, usted y su médico deberán decidir qué hacer antes de que su suministro temporal de medicamentos se agote.

- **Quizás pueda encontrar un medicamento diferente** cubierto por el plan que podría funcionar igual de bien para usted. Puede llamar al Servicio para los miembros y pedir una lista de medicamentos cubiertos que traten la misma afección médica. Esta lista puede ayudar a su médico a encontrar un medicamento cubierto que funcione para usted.
- **Usted y su médico pueden pedirle al plan que haga una excepción para usted** y cubra el medicamento. Puede pedir una excepción con antelación para el próximo año y le daremos una respuesta a su solicitud antes de que el cambio entre en vigencia. Para saber lo que debe hacer para solicitar una excepción, consulte la *Evidencia de cobertura* que recibió por correo junto con este *Aviso de cambios anual*. Consulte el Capítulo 9 de la Evidencia de cobertura Qué debe hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas).

Sección 5. ¿Qué pasa con los cambios en la red de proveedores del plan?

¿Estarán todavía sus médicos y otros proveedores en la red del plan el próximo año?

Hay cambios en la red de proveedores para 2012. Además, es posible que la red de proveedores del plan cambie en algún momento durante el año.

- **Consulte con los médicos y otros proveedores que usa actualmente** para asegurarse de que seguirán formando parte de la red de proveedores de HealthSun Health Plan en 2012.
- Para obtener la información más actualizada sobre los proveedores de la red, consulte nuestro sitio web www.HealthSun.com o llame a Servicio para los miembros (consulte los números de teléfono en la portada posterior de este folleto)

Sección 6. ¿Quiere seguir en el plan o hacer un cambio?

¿Desea seguir con HealthSun Health Plan?

Si desea mantener su membresía en HealthSun Health Plan para 2012, es fácil hacerlo. No es necesario que nos lo diga ni que complete ninguna documentación. **Seguirá automáticamente inscrito como miembro si no se registra para un plan diferente u Original Medicare.**

¿Desea hacer cambios?

Si decide dejar HealthSun Health Plan, puede cambiar a un plan de salud de Medicare diferente (ya sea con o sin cobertura de medicamentos con receta de Medicare) o puede cancelar su inscripción en el plan y cambiar a Original Medicare (ya sea con o sin un plan separado de medicamentos con receta de Medicare).

Si desea cambiar a un plan diferente, existen muchas opciones. Si tiene acceso a Internet, puede encontrar información sobre los planes disponibles en su área a través del Buscador de planes de Medicare en el sitio web de Medicare. (Para ver la información sobre los planes, visite <http://www.medicare.gov> y haga clic en el botón "Health & Drug Plans" (Planes de salud y medicamentos) a la izquierda. Después, elija "Compare Drug and Health Plans" (Comparar planes de medicamentos y de salud). También puede obtener información sobre planes a través de Medicare o de su Programa estatal de asistencia en seguros de salud. Para conocer los números a los que puede llamar, consulte la Sección 7 de este *Aviso anual de cambios*.

¿Cuándo puede cambiar a otro plan diferente?

- Durante el **período de inscripción anual (conocido como "período de elección coordinada anual")**, del **15 de octubre al 7 de diciembre de 2011**, puede cambiarse a cualquier otro plan de salud de Medicare (ya sea con o sin cobertura de medicamentos con receta de Medicare) o puede cancelar su inscripción en el plan y cambiarse a Original Medicare (ya sea con o sin un plan separado de medicamentos con receta de Medicare). Su nueva cobertura comenzará el domingo, 01 de enero de 2012.
- También habrá **otro período de inscripción más limitado, del 1 de enero al 14 de febrero de 2012**. Durante este período (conocido como el "período de cancelación de la inscripción anual de Medicare Advantage"), usted puede pasar de HealthSun Health Plan a Original Medicare. Su cobertura comenzará el primer día del mes posterior a que recibamos su solicitud de cambio a Original Medicare.
 - Si elige cambiarse a Original Medicare en este período de cancelación de la inscripción anual, tiene hasta el 14 de febrero para inscribirse en un plan separado de medicamentos con receta de Medicare para añadir la cobertura de medicamentos. Su cobertura de medicamentos comenzará el primer día del mes posterior a que el plan de medicamentos reciba su formulario de inscripción.

- Para obtener más información sobre sus opciones durante el período de cancelación de inscripción anual abierto del 1 de enero al 14 de febrero, consulte la Sección 2.2 del Capítulo 10 de la *Evidencia de cobertura*.

¿Son estos los únicos períodos del año para elegir un plan diferente?

Para la mayoría de las personas, sí. Algunas personas, como las que tienen Medicaid, aquellos que reciben ayuda adicional para pagar sus medicamentos o las que se trasladan fuera del área de servicio, pueden realizar cambios en otros momentos. Es posible que haya otras situaciones en las que se le permita cambiar de plan. Para más información, consulte la sección 2.3 del capítulo 10 de la *Evidencia de cobertura*.

¿Cómo hacer un cambio?

Consulte el Capítulo 10 de la *Evidencia de cobertura*. Le indica qué debe hacer para cambiarse de HealthSun Health Plan a otro plan.

Compruebe lo que debe hacer antes de hacer un cambio.

- **¿Es miembro de un plan de grupo de jubilados o empleador?** Si es así, póngase en contacto con el administrador de beneficios de su empleador o grupo de jubilados antes de cambiar su plan. Esto es importante porque puede perder beneficios que actualmente recibe en la cobertura del grupo de jubilados o empleador si cambia de plan.
- **¿Está recibiendo ayuda para pagar por sus medicamentos de un Programa estatal de asistencia farmacéutica (SPAP, por sus siglas en inglés)?** Si es así, póngase en contacto con este programa antes de cambiar a otro plan. El número de teléfono de su Programa estatal de asistencia farmacéutica aparece en la Sección 7 del Capítulo 2 de la *Evidencia de cobertura*.

Sección 7. ¿Necesita ayuda? ¿Desea más información?

Tenemos información y respuestas para usted

Para informarse mejor, lea la información que le enviamos en el mismo paquete de este *Aviso anual de cambios*. Incluye una copia de la *Evidencia de cobertura* y la *Lista de medicamentos cubiertos (Formulario)*.

- Si tiene alguna pregunta, estamos aquí para ayudarlo. Llame al Servicio para los miembros al (305) 234-9292 o (877) 206-0500 solo para TTY, llame al (877) 206-0500. Los horarios de atención son de lunes a viernes de 8:30 a. m. a 5:30 p. m. Las llamadas a estos números son gratuitas.

Usted puede obtener ayuda e información del Programa estatal de asistencia en seguros de salud (SHIP, por sus siglas en inglés).

El Programa estatal de asistencia en seguros de salud (SHIP, por sus siglas en inglés) es un programa gubernamental que cuenta con asesores capacitados en todos los estados. En

Florida, el SHIP se llama Alianza para la Asistencia con los Medicamentos Recetados (SPAP, por sus siglas en inglés).

La Alianza para la Asistencia con los Medicamentos Recetados (SPAP, por sus siglas en inglés) es independiente (no se relaciona con ninguna compañía aseguradora ni plan de salud). Es un programa estatal que recibe fondos del gobierno federal con el propósito de brindar asesoramiento sobre seguros de salud, a nivel local y en forma **gratuita**, a las personas que tienen Medicare. Los asesores de la Alianza para la Asistencia con los Medicamentos Recetados (SPAP, por sus siglas en inglés) pueden ayudarlo con sus preguntas y problemas de Medicare. Podrán ayudarle a comprender las opciones de los planes de Medicare y a responder preguntas sobre cómo cambiar de plan. Puede comunicarse con la Alianza para la Asistencia con los Medicamentos Recetados (SPAP, por sus siglas en inglés) llamando al 1 (850) 309-1200 para TTY 1 (866) 763-9630.

Puede obtener ayuda e información de Medicare

Éstas son tres maneras de obtener información directamente de Medicare:

- **Llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)**, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.
- **Visite el sitio web de Medicare** (<http://www.medicare.gov>).
- Lea el manual **Medicare & You 2012 (Medicare y Usted 2011)**. Cada año, en otoño, este folleto se envía por correo a las personas que tienen Medicare. Contiene un resumen de los beneficios, derechos y protecciones de Medicare, y las respuestas a las preguntas más frecuentes acerca de Medicare. Si usted no tiene una copia de este folleto, puede obtenerla en el sitio web de Medicare (<http://www.medicare.gov>) o llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) durante las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.