

# **HealthSun Health Plans**

## **MediMax Plan 006**

### **Summario de Beneficios**

**January 1, 2012 – December 31, 2012**

#### **SECCIÓN I – INTRODUCCIÓN AL RESUMEN DE BENEFICIOS**

Gracias por su interés en el plan MediMax (HMO). Nuestro plan es ofrecido por HEALTHSUN HEALTH PLANS, INC., una Organización para el Mantenimiento de la Salud (HMO, por sus siglas en inglés) de Medicare Advantage. En este Resumen de beneficios encontrará algunas de las características de nuestro plan. No enumera cada uno de los servicios que cubrimos ni todas las limitaciones o exclusiones. Para obtener una lista completa de nuestros beneficios, póngase en contacto con el plan MediMax (HMO) y solicite la "Evidencia de cobertura".

#### **USTED TIENE OPCIONES EN SU ATENCIÓN MÉDICA**

Como beneficiario de Medicare, usted puede elegir entre diferentes opciones de Medicare. Una de las opciones es el plan Original Medicare (pago por servicio). Otra opción es un plan de salud de Medicare, como MediMax (HMO). Es posible que también tenga otras opciones. Usted elige. Independientemente de su decisión, usted sigue en el programa de Medicare.

Usted puede afiliarse o dejar un plan solamente en ciertos momentos. Para obtener más información, comuníquese con MediMax (HMO) al número que figura al final de esta introducción o al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY/TDD pueden llamar al 1-877-486-2048. Se atiende durante las 24 horas, los 7 días de la semana.

#### **¿CÓMO PUEDO COMPARAR MIS OPCIONES?**

Puede comparar el plan MediMax (HMO) y el plan Original Medicare utilizando este resumen de beneficios. Las tablas de este folleto enumeran algunos beneficios importantes para la salud. Para cada beneficio puede ver qué cubre nuestro plan y qué cubre el plan Original Medicare.

Nuestros miembros reciben todos los beneficios que ofrece el plan Original Medicare. Además, ofrecemos más beneficios, que pueden cambiar año a año.

#### **¿DÓNDE ESTÁ DISPONIBLE MEDIMAX (HMO)?**

El área de servicios para este plan abarca: los condados de Broward y Miami-Dade, Florida. Debe vivir en una de estas áreas para inscribirse en el plan.

## **SECCIÓN I – INTRODUCCIÓN AL RESUMEN DE BENEFICIOS**

### **¿QUIÉN REÚNE LOS REQUISITOS PARA INSCRIBIRSE EN MEDIMAX (HMO)?**

Usted puede afiliarse al plan MediMax (HMO) si tiene derecho a la Parte A de Medicare y está inscrito en la Parte B de Medicare, y vive en el área de servicios. Sin embargo, las personas con enfermedad renal terminal, en general, no reúnen los requisitos para inscribirse en MediMax (HMO), salvo que sean miembros de nuestra organización y lo hayan sido desde que comenzó la diálisis.

### **¿PUEDO ELEGIR A MIS MÉDICOS?**

El plan MediMax (HMO) ha formado una red de médicos, especialistas y hospitales. Usted sólo puede utilizar aquellos médicos que formen parte de nuestra red. Los proveedores de salud de nuestra red pueden cambiar en cualquier momento.

Puede solicitar un directorio de proveedores vigente poniéndose en contacto con nuestro servicio al cliente al número que aparece al final de esta introducción.

### **¿QUÉ SUCEDE SI VISITO A UN MÉDICO QUE NO ESTÁ EN LA RED?**

Si usted elige visitar a un médico que no pertenece a nuestra red, debe pagar usted mismo esos servicios, excepto en ciertos casos (por ejemplo, atención de emergencia). Ni este plan ni el plan Original Medicare pagarán por estos servicios.

### **¿DÓNDE PUEDO OBTENER MIS MEDICAMENTOS CON RECETA SI ME INSCRIBO EN ESTE PLAN?**

El plan MediMax (HMO) ha formado una red de farmacias. Usted debe utilizar una farmacia de la red para recibir los beneficios del plan. Es probable que no paguemos sus medicamentos con receta si utiliza una farmacia fuera de la red, excepto en ciertos casos. Las farmacias de nuestra red pueden cambiar en cualquier momento. Puede solicitar un directorio de farmacias o visitar nuestro sitio web en [www.healthsun.com](http://www.healthsun.com). El número de nuestro servicio al cliente aparece al final de esta introducción.

MediMax (HMO) tiene una lista de farmacias preferidas. En esas farmacias, podrá obtener sus medicamentos por un copago o un coseguro más bajo. Puede ir a una farmacia no preferida, pero es posible que tenga que pagar más por sus medicamentos con receta.

### **¿MI PLAN CUBRE LOS MEDICAMENTOS DE LA PARTE B O PARTE D DE MEDICARE?**

El plan MediMax (HMO) cubre tanto los medicamentos con receta de la Parte B como los medicamentos con receta de la Parte D de Medicare.

### **¿QUÉ ES UN FORMULARIO DE MEDICAMENTOS CON RECETA?**

MediMax (HMO) utiliza un formulario. Un formulario es una lista de los medicamentos

## **SECCIÓN I – INTRODUCCIÓN AL RESUMEN DE BENEFICIOS**

cubiertos por su plan para satisfacer las necesidades de los pacientes. En forma periódica podemos agregar, eliminar, hacer cambios a las limitaciones de cobertura de ciertos medicamentos o cambiar el monto que usted paga por un medicamento. Si hacemos algún cambio en el formulario que limite la capacidad de nuestros afiliados para llenar sus medicamentos con receta, informaremos a los afiliados afectados antes de implementar el cambio. Le enviaremos un formulario y usted podrá ver la versión completa en nuestro sitio web en [www.healthsun.com](http://www.healthsun.com).

Si actualmente toma un medicamento que no se encuentra en nuestro formulario o que está sujeto a límites o requisitos adicionales, es posible que pueda obtener una dosis temporal de dicho medicamento. Puede comunicarse con nosotros para solicitarnos una excepción o cambiar a un medicamento alternativo que aparezca en nuestro formulario con la ayuda de su médico. Llámenos para averiguar si puede obtener una dosis temporal del medicamento o para conocer más detalles sobre nuestra política de transición de medicamentos.

### **¿CÓMO PUEDO OBTENER AYUDA ADICIONAL CON LOS COSTOS DE MI PLAN DE MEDICAMENTOS CON RECETA O CON OTROS COSTOS DE MEDICARE?**

Usted podría obtener ayuda adicional para pagar las primas y los costos de los medicamentos con receta y obtener ayuda con otros costos de Medicare. Para saber si es elegible para recibir ayuda adicional, llame:

\* Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY/TDD deben llamar al 1-877-486-2048, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Consulte la sección 'Programs for People with Limited Income and Resources' (Programas para personas con recursos e ingresos limitados) en la publicación Medicare & You (Medicare y Usted) en el sitio web [www.medicare.gov](http://www.medicare.gov).

\* La Administración del Seguro Social al 1-800-772-1213 desde las 7 a. m. hasta las 7 p. m., de lunes a viernes. Los usuarios de TTY/TDD deben llamar al 1-800-325-0778 o

\* a la Oficina de Medicaid de su estado.

### **¿CUÁLES SON MIS PROTECCIONES EN ESTE PLAN?**

Todos los planes Medicare Advantage se comprometen a estar en el programa durante un año calendario completo por vez. Los beneficios y costos compartidos del plan pueden cambiar de un año calendario a otro. Cada año, los planes pueden decidir si continuarán participando de Medicare Advantage. Un plan puede continuar en toda su área de servicio (área geográfica donde el plan acepta miembros) o elegir continuar solo en algunas áreas. Además, Medicare puede decidir revocar un contrato con un plan. Si su plan Medicare Advantage deja el programa, usted no perderá la cobertura de Medicare. Si un plan decide no continuar por otro año calendario, debe enviarle una carta a usted, al menos, 90 días antes de que finalice la cobertura. En la carta se le explicarán las opciones de cobertura de Medicare que usted tiene en su área.

Como miembro del plan MediMax (HMO), usted tiene derecho a solicitar una

## **SECCIÓN I – INTRODUCCIÓN AL RESUMEN DE BENEFICIOS**

determinación de la organización, la cual incluye el derecho a presentar una apelación si le denegamos la cobertura de un producto o servicio, y el derecho a presentar un reclamo. Tiene derecho a solicitar una determinación de la organización si desea que le proporcionemos o le paguemos un producto o servicio que usted considera que debería estar cubierto. Si le negamos la cobertura del producto o servicio solicitado, usted tiene derecho a apelar y a solicitarnos que examinemos nuestra decisión. Puede solicitarnos una apelación o determinación de cobertura acelerada (rápida) si considera que la espera de una decisión podría poner su vida o su salud en grave peligro o afectar su capacidad de recuperarse al máximo. Si su médico realiza o apoya la solicitud acelerada, debemos acelerar nuestra decisión. Por último, usted goza del derecho de iniciar un reclamo si tiene cualquier clase de problema, con nosotros o con uno de nuestros proveedores de la red, que no esté relacionado con la cobertura de un producto o servicio. Si su problema está relacionado con la calidad de la atención, también tiene derecho a iniciar un reclamo ante la Organización para la mejora de la calidad (QIO, por sus siglas en inglés) de su estado. Consulte la Evidencia de cobertura (EOC, por sus siglas en inglés) para ver la información de contacto de la Organización para la mejora de la calidad (QIO, por sus siglas en inglés).

Como miembro del plan MediMax (HMO), usted tiene derecho a solicitar una determinación de cobertura, la cual incluye el derecho a solicitar una excepción, el derecho a presentar una apelación si le denegamos la cobertura de un medicamento con receta y el derecho a presentar un reclamo. Usted tiene derecho a solicitar una determinación de cobertura si desea que cubramos un medicamento de la Parte D que usted considera que debería estar cubierto. Una excepción es una clase de determinación de cobertura. Puede solicitarnos una excepción si considera que necesita un medicamento que no se encuentra en nuestra lista de medicamentos cubiertos o que debería obtener un medicamento no preferido a un costo menor que paga de su bolsillo. También puede solicitar una excepción a las normas de utilización de costos, como un límite en la cantidad de un medicamento. Si considera que necesita una excepción, debe comunicarse con nosotros antes de intentar obtener su medicamento con receta en la farmacia. Su médico debe proporcionar una declaración que respalde su solicitud de excepción. Si le negamos la cobertura de sus medicamentos con receta, usted tiene derecho a apelar y solicitarnos que examinemos nuestra decisión. Por último, usted goza del derecho de iniciar un reclamo si tiene cualquier clase de problema, con nosotros o con alguna de las farmacias de nuestra red, que no esté relacionado con la cobertura de un medicamento con receta. Si su problema está relacionado con la calidad de la atención, también tiene derecho a iniciar un reclamo ante la Organización para la mejora de la calidad (QIO, por sus siglas en inglés) de su estado. Consulte la Evidencia de cobertura (EOC, por sus siglas en inglés) para ver la información de contacto de la Organización para la mejora de la calidad (QIO, por sus siglas en inglés).

### **¿QUÉ ES UN PROGRAMA DE MANEJO DEL TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO (MTM, por sus siglas en inglés)?**

El Programa de manejo del tratamiento farmacológico (MTM, por sus siglas en inglés)

## **SECCIÓN I – INTRODUCCIÓN AL RESUMEN DE BENEFICIOS**

es un servicio gratis que ofrecemos. Es posible que se lo inviten a participar en un programa diseñado para sus necesidades de farmacia y salud específicas. Usted puede decidir no participar, pero se recomienda que si lo eligen, aproveche al máximo de este servicio cubierto. Para obtener más detalles, póngase en contacto con MediMax (HMO).

### **¿QUÉ TIPOS DE MEDICAMENTOS PUEDEN TENER LA COBERTURA DE LA PARTE B DE MEDICARE?**

Algunos medicamentos con receta para pacientes externos pueden estar cubiertos por la Parte B de Medicare. Pueden incluirse, de manera no taxativa, los siguientes tipos de medicamentos. Para obtener más detalles, póngase en contacto con MediMax (HMO).

- Algunos antígenos: si están preparados por un médico y administrados por una persona debidamente capacitada (que podría ser el paciente) bajo la supervisión del médico.
- Medicamentos para la osteoporosis: medicamentos inyectables para la osteoporosis para determinadas mujeres con Medicare.
- Eritropoyetina (Epoetin Alfa o Epogen®): por inyección, si padece enfermedad renal terminal (insuficiencia renal permanente que requiere diálisis o trasplante) y necesita este medicamento para tratar la anemia.
- Factores de coagulación para hemofilia: factores de coagulación autoadministrados si tiene hemofilia.
- Medicamentos inyectables: la mayoría de los medicamentos inyectables administrados como parte del servicio de un médico.
- Medicamentos inmunosupresores: tratamiento con medicamentos inmunosupresores para pacientes trasplantados si el trasplante fue pagado por Medicare, o por un seguro privado como pagador principal de la cobertura de la Parte A de Medicare, en un centro certificado por Medicare.
- Algunos medicamentos orales contra el cáncer: si el mismo medicamento está disponible en forma inyectable.
- Medicamentos orales contra las náuseas: si usted está bajo un régimen de quimioterapia contra el cáncer.
- Medicamentos de infusión o inhalación administrados a través de Equipos médicos duraderos (DME, por sus siglas en inglés).

### **¿DÓNDE PUEDO ENCONTRAR INFORMACIÓN SOBRE LAS CALIFICACIONES DEL PLAN?**

El programa Medicare califica qué tan bien los planes prestan servicio en diferentes categorías (por ejemplo, en la detección y prevención de enfermedades, las calificaciones de pacientes y el servicio al cliente). Si tiene acceso a Internet, puede usar las herramientas de la Web que se encuentran en [www.medicare.gov](http://www.medicare.gov) y seleccionar "Health and Drug Plans" (Planes de salud y medicamentos) y luego "Find & Compare Health Plans" (Buscar y comparar planes de salud) para comparar las

## **SECCIÓN I – INTRODUCCIÓN AL RESUMEN DE BENEFICIOS**

calificaciones del plan para planes Medicare en su área. También puede llamarnos directamente para obtener una copia de las calificaciones del plan para este plan específico. Nuestro número del servicio de atención al cliente se enumera al final.

Comuníquese con HealthSun Health Plans, Inc. para obtener más información sobre MediMax (HMO).

Visítenos en [www.healthsun.com](http://www.healthsun.com) o llámenos:

Horario del Servicio al cliente:

Domingo, lunes, martes, miércoles, jueves, viernes y sábado de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora del este

Los miembros actuales y los miembros potenciales pueden llamar sin cargo al (877)-207-4900 si tienen preguntas relacionadas con el programa Medicare Advantage. (TTY/TDD (877)-206-0500).

Los miembros actuales y los miembros potenciales pueden llamar dentro del área al (305)-234-9292 si tienen preguntas relacionadas con el programa Medicare Advantage. (TTY/TDD (877)-206-0500).

Los miembros actuales y los miembros potenciales pueden llamar sin cargo al (877)-207-4900 si tienen preguntas relacionadas con el programa de medicamentos con receta de la Parte D de Medicare. (TTY/TDD (877)-206-0500).

Los miembros actuales y los miembros potenciales deben llamar dentro del área al (305)-234-9292 si tienen preguntas relacionadas con el programa de Medicamentos con receta de la Parte D de Medicare. (TTY/TDD (877)-206-0500).

Para obtener más información sobre Medicare, comuníquese con Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227).

Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Puede llamar durante las 24 horas, los 7 días de la semana.

O visite el sitio web [www.medicare.gov](http://www.medicare.gov).

Este documento puede estar disponible en otros formatos como, por ejemplo, en braille, en tamaño de letra grande o en otros formatos alternativos.

Este documento puede estar disponible en otros idiomas distintos al inglés. Para obtener más información, llame al servicio al cliente al número de teléfono que aparece anteriormente.

**Si tiene alguna pregunta sobre los costos o beneficios de este plan, comuníquese con HealthSun Health Plans, Inc. para obtener más detalles.**

**SECCIÓN II – RESUMEN DE BENEFICIOS**

Beneficio	Original Medicare	MediMax (HMO)
<b>INFORMACIÓN IMPORTANTE</b>		
<p>1 - Prima y otra información importante</p>	<p>En 2011 la prima mensual de la Parte B era de \$96.40 y es posible que cambie en 2012. El monto del deducible anual de la Parte B era de \$162 y es posible que cambie en 2012.</p> <p>Si un médico o proveedor no acepta la asignación, por lo general, sus costos son mayores, lo que significa que usted paga más.</p> <p>La mayoría de las personas pagará la prima mensual estándar de la Parte B. Sin embargo, algunas personas pagarán una prima más alta debido a sus ingresos anuales (más de \$85,000 para solteros, \$170,000 para parejas casadas). Para obtener más información sobre las primas de la Parte B basadas en los ingresos, llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. También puede llamar al Seguro Social al 1-800-772-1213. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-325-0778.</p>	<p><b>General</b></p> <p>Prima mensual del plan de \$23,80 además de la prima mensual de la Parte B de Medicare.</p> <p>La mayoría de las personas pagará la prima mensual estándar de la Parte B además de su prima del plan MA. Sin embargo, algunas personas pagarán primas de la Parte B y de la Parte D más altas debido a sus ingresos anuales (más de \$85,000 para solteros, \$170,000 para parejas casadas). Para obtener más información sobre las primas de la Parte B y Parte D basadas en los ingresos, llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. También puede llamar al Seguro Social al 1-800-772-1213. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-325-0778.</p> <p><b>Dentro De La Red</b></p> <p>Límite de gastos que paga de su bolsillo de \$3,400 para servicios cubiertos por Medicare.</p>

**Si tiene alguna pregunta sobre los costos o beneficios de este plan, comuníquese con HealthSun Health Plans, Inc. para obtener más detalles.**

**SECCIÓN II – RESUMEN DE BENEFICIOS**

<b>Beneficio</b>	<b>Original Medicare</b>	<b>MediMax (HMO)</b>
<p>2 - Elección de hospital y médico</p> <p>[Para obtener más información, consulte las secciones Atención de emergencia (N.º 15) y Atención de urgencia (N.º 16)].</p>	<p>Usted puede ir a cualquier médico, especialista u hospital que acepte Medicare.</p>	<p><b>Dentro De La Red</b></p> <p>Usted debe concurrir a los médicos, especialistas y hospitales de la red.</p> <p>Se requiere remisión para hospitales y especialistas de la red (para ciertos beneficios).</p>

**RESUMEN DE BENEFICIOS**

**ATENCIÓN PARA PACIENTES HOSPITALIZADOS**

<p>3 - Atención para pacientes internados en un hospital</p> <p>(Incluye servicios por abuso de sustancias tóxicas y servicios de rehabilitación)</p>	<p>En 2011, los montos para cada período de beneficios fueron:</p> <p>Días 1 a 60: deducible de \$1,132.</p> <p>Días 61 a 90: \$283 por día.</p> <p>Días 91 a 150: \$566 por día de reserva de por vida.</p> <p>Estos montos pueden cambiar en 2012.</p> <p>Llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) para obtener información sobre los días de reserva de por vida.</p> <p>Los días de reserva de por vida sólo se pueden utilizar una vez.</p>	<p><b>Dentro De La Red</b></p> <p>No existen límites para la cantidad de días cubiertos por el plan en cada estadía en el hospital.</p> <p>Para estadías en un hospital cubierto por Medicare:</p> <p>Días 1 a 90: <b>\$0</b> Copago por día.</p> <p><b>\$0</b> Copago para días adicionales en un hospital.</p> <p>Excepto en casos de emergencia, su médico debe informar al plan que usted ingresará al hospital.</p>
---	--	--

**Si tiene alguna pregunta sobre los costos o beneficios de este plan, comuníquese con HealthSun Health Plans, Inc. para obtener más detalles.**

**SECCIÓN II – RESUMEN DE BENEFICIOS**

<b>Beneficio</b>	<b>Original Medicare</b>	<b>MediMax (HMO)</b>
3 - Atención para pacientes internados en un hospital (Con't)	Un "período de beneficios" comienza el día en que usted ingresa al hospital o centro de atención de enfermería especializada Termina cuando se cumplen 60 días consecutivos sin recibir atención en un hospital o atención de enfermería especializada. Si usted ingresa al hospital después de que finaliza un período de beneficios, comenzará un nuevo período de beneficios. Usted debe pagar el deducible para pacientes internados en un hospital por cada período de beneficios. No hay límites en cuanto a la cantidad de períodos de beneficios que puede tener.	
4 – Atención psiquiátrica para pacientes hospitalizados	En 2011, los montos para cada período de beneficios fueron: Días 1 a 60: deducible de \$1,132. Días 61 a 90: \$283 por día. Días 91 a 150: \$566 por día de reserva de por vida.  Estos montos pueden cambiar en 2012.	<b>Dentro De La Red</b> Obtiene hasta 190 días de atención psiquiátrica para pacientes hospitalizados de por vida. Los servicios para pacientes internados en un hospital psiquiátrico tienen en cuenta el límite de 190 días de por vida solo si se cumplen ciertas condiciones. Este límite no se aplica a servicios psiquiátricos para pacientes hospitalizados que se proporcionan en un hospital general.

**Si tiene alguna pregunta sobre los costos o beneficios de este plan, comuníquese con HealthSun Health Plans, Inc. para obtener más detalles.**

**SECCIÓN II – RESUMEN DE BENEFICIOS**

<b>Beneficio</b>	<b>Original Medicare</b>	<b>MediMax (HMO)</b>
<p>4 – Atención psiquiátrica para pacientes hospitalizados</p>	<p>Obtiene hasta 190 días de atención psiquiátrica para pacientes internados en el hospital de por vida. Los servicios para pacientes internados en un hospital psiquiátrico tienen en cuenta el límite de 190 días de por vida solo si se cumplen ciertas condiciones. Este límite no se aplica a servicios psiquiátricos para pacientes hospitalizados que se proporcionan en un hospital general.</p>	<p>Para estadías en un hospital cubierto por Medicare:</p> <p>Días 1 a 5: <b>\$200</b> Copago por día.</p> <p>Días 6 a 90: <b>\$0</b> Copago por día.</p> <p>Excepto en casos de emergencia, su médico debe informar al plan que usted ingresará al hospital.</p>
<p>5 - Centro de atención de enfermería especializada (SNF)  (en un centro de atención de enfermería especializada certificado por Medicare)</p>	<p>En 2011 los montos para cada período de beneficios después de una estadía mínima de 3 días cubierta en un hospital eran:</p> <p>Días 1 a 20: \$0 por día. Días 21 a 100: \$141.50 por día.</p> <p>Estos montos pueden cambiar en 2012.</p> <p>100 días por cada período de beneficios.</p> <p>Un "período de beneficios" comienza el día en que usted ingresa al hospital o centro de atención de enfermería especializada Termina</p>	<p><b>General</b></p> <p>Es posible que se apliquen normas de autorización.</p> <p><b>Dentro De La Red</b></p> <p>El plan cubre hasta 100 días por cada período de beneficios.</p> <p>No se requiere hospitalización previa.</p> <p><b>\$0</b> Copago de los servicios de los centros de atención de enfermería especializada.</p>

**Si tiene alguna pregunta sobre los costos o beneficios de este plan, comuníquese con HealthSun Health Plans, Inc. para obtener más detalles.**

**SECCIÓN II – RESUMEN DE BENEFICIOS**

<b>Beneficio</b>	<b>Original Medicare</b>	<b>MediMax (HMO)</b>
5 - Centro de atención de enfermería especializada (SNF) (Con't)	cuando se cumplen 60 días consecutivos sin recibir atención en un hospital o atención de enfermería especializada. Si usted ingresa al hospital después de que finaliza un período de beneficios, comenzará un nuevo período de beneficios. Usted debe pagar el deducible para pacientes internados en un hospital por cada período de beneficios. No hay límites en cuanto a la cantidad de períodos de beneficios que puede tener.	
6 - Atención médica a domicilio  (incluye atención intermitente de enfermería especializada médicamente necesaria, servicios de un auxiliar de atención de la salud a domicilio, servicios de rehabilitación, etc.)	Copago de \$0.	<p><b>General</b> Es posible que se apliquen normas de autorización.</p> <p><b>Dentro De La Red</b> <b>\$0</b> Copago para consultas de atención médica a domicilio cubiertas por Medicare.</p>
7 – Hospicio	Usted paga parte del costo de los medicamentos para pacientes externos y de	<p><b>General</b> Debe recibir la atención de un hospicio certificado por Medicare. Su plan pagará una consulta por</p>

**Si tiene alguna pregunta sobre los costos o beneficios de este plan, comuníquese con HealthSun Health Plans, Inc. para obtener más detalles.**

**SECCIÓN II – RESUMEN DE BENEFICIOS**

<b>Beneficio</b>	<b>Original Medicare</b>	<b>MediMax (HMO)</b>
7 – Hospicio (Con't)	<p>los cuidados paliativos para pacientes hospitalizados.</p> <p>Debe recibir la atención en un hospicio certificado por Medicare.</p>	asesoramiento antes de que seleccione el hospicio.
<b>ATENCIÓN PARA PACIENTES EXTERNOS</b>		
8 – Consultas en el consultorio médico	Coseguro del 20%.	<p><b>General</b> Es posible que se apliquen normas de autorización.</p> <p><b>Dentro De La Red</b>  <b>\$0</b> Copago para cada consulta con un médico de atención primaria para los beneficios cubiertos por Medicare.  <b>\$0</b> Copago por el costo de cada consulta de atención de urgencia dentro del área y de la red cubierta por Medicare.  <b>\$0</b> Copago por cada consulta con un especialista para los beneficios cubiertos por Medicare.</p>
9 - Servicios de quiropráctica	<p>No se cubre la atención de rutina complementaria.</p> <p>Coseguro del 20% para la manipulación manual de la columna vertebral para corregir una subluxación</p>	<p><b>Dentro De La Red</b>  <b>\$0</b> Copago para: consultas de quiropráctica cubiertas por Medicare, doce consultas de rutina complementarias por año como máximo.</p>

**Si tiene alguna pregunta sobre los costos o beneficios de este plan, comuníquese con HealthSun Health Plans, Inc. para obtener más detalles.**

**SECCIÓN II – RESUMEN DE BENEFICIOS**

<b>Beneficio</b>	<b>Original Medicare</b>	<b>MediMax (HMO)</b>
9 - Servicios de quiropráctica (Con't)	(desplazamiento o desalineación de una articulación o parte del cuerpo) si lo realiza un quiropráctico u otro proveedor calificado.	Las consultas de quiropráctica cubiertas por Medicare son para manipulación manual de la columna vertebral para corregir una subluxación (desplazamiento o falta de alineación de una articulación o parte del cuerpo) si la recibe de un quiropráctico u otros proveedores calificados.
10 - Servicios de podiatría	No se cubre la atención de rutina complementaria.  Coseguro del 20% para la atención médicamente necesaria de los pies, incluida la atención de afecciones médicas que comprometen los miembros inferiores.	<b>General</b> Es posible que se apliquen normas de autorización.  <b>Dentro De La Red</b> <b>\$0</b> Copago para: consultas de podiatría cubiertas por Medicare, una consulta de rutina complementaria cada tres meses como máximo.  Los beneficios de podiatría cubiertos por Medicare son para el cuidado médicamente necesario de los pies.
11 - Atención psiquiátrica para pacientes externos	Coseguro del 40% para la mayoría de los servicios psiquiátricos para pacientes externos.  Copago especificado para los servicios del programa de hospitalización parcial para pacientes externos prestados por un hospital o un centro comunitario de atención psiquiátrica	<b>General</b> Es posible que se apliquen normas de autorización.  <b>Dentro De La Red</b> <b>\$0</b> Copago de consultas psiquiátricas cubiertas por Medicare.  <b>\$0</b> Copago para los servicios del programa de hospitalización parcial cubiertos por Medicare.

**Si tiene alguna pregunta sobre los costos o beneficios de este plan, comuníquese con HealthSun Health Plans, Inc. para obtener más detalles.**

**SECCIÓN II – RESUMEN DE BENEFICIOS**

<b>Beneficio</b>	<b>Original Medicare</b>	<b>MediMax (HMO)</b>
<p>11 - Atención psiquiátrica para pacientes externos (Con't)</p>	<p>(CMHC, por sus siglas en inglés). El copago no puede exceder el deducible para pacientes hospitalizados de la Parte A.</p> <p>El "programa de hospitalización parcial" es un programa estructurado de tratamiento psiquiátrico activo para pacientes externos más intenso que la atención que se brinda en el consultorio de un médico o terapeuta. Además, es una alternativa a la hospitalización del paciente.</p>	
<p>12 - Atención por abuso de sustancias tóxicas para pacientes externos</p>	<p>Coseguro del 20%.</p>	<p><b>General</b> Es posible que se apliquen normas de autorización.</p> <p><b>Dentro De La Red</b> <b>\$0</b> Copago para consultas cubiertas por Medicare.</p>
<p>13 - Servicios para pacientes externos/Cirugía</p>	<p>Coseguro del 20% para los servicios del médico.</p> <p>Copago especificado para los servicios del centro hospitalario para pacientes externos. El copago no puede exceder el deducible para pacientes</p>	<p><b>General</b> Es posible que se apliquen normas de autorización.</p> <p><b>Dentro De La Red</b> <b>\$0</b> Copago para cada consulta a un centro quirúrgico ambulatorio cubierta por Medicare.</p>

**Si tiene alguna pregunta sobre los costos o beneficios de este plan, comuníquese con HealthSun Health Plans, Inc. para obtener más detalles.**

**SECCIÓN II – RESUMEN DE BENEFICIOS**

<b>Beneficio</b>	<b>Original Medicare</b>	<b>MediMax (HMO)</b>
13 - Servicios para pacientes externos/Cirugía (Con't)	hospitalizados de la Parte A.  Coseguro del 20% para los servicios del centro quirúrgico ambulatorio.	<b>\$0</b> Copago para cada consulta a un centro hospitalario para pacientes externos cubierta por Medicare.
14 - Servicios de ambulancia  (servicios de ambulancia médicamente necesarios)	Coseguro del 20%.	<b>General</b> Es posible que se apliquen normas de autorización.  <b>Dentro De La Red</b> <b>\$0</b> Copago para los beneficios de ambulancia cubiertos por Medicare.
15 - Atención de emergencia  (Usted puede asistir a una sala de emergencias si, en forma razonable, cree que necesita atención de emergencia).	Coseguro del 20% para los servicios del médico.  Copago especificado para los servicios de emergencia del centro hospitalario para pacientes externos.  El copago para los servicios de emergencia no puede exceder el deducible para pacientes hospitalizados de la Parte A para cada servicio prestado por el hospital.  No tiene que pagar el copago de la sala de emergencias si ingresa al hospital como paciente	<b>General</b> <b>\$50</b> Copago para consultas en salas de emergencias cubiertas por Medicare.  <b>Cobertura mundial.</b> Si es ingresado en el hospital dentro de las 24 horas por la misma afección, usted paga \$0 por la consulta en la sala de emergencias.

**Si tiene alguna pregunta sobre los costos o beneficios de este plan, comuníquese con HealthSun Health Plans, Inc. para obtener más detalles.**

**SECCIÓN II – RESUMEN DE BENEFICIOS**

<b>Beneficio</b>	<b>Original Medicare</b>	<b>MediMax (HMO)</b>
<p>15 - Atención de emergencia (Con't)</p>	<p>externo por la misma afección dentro de los 3 días de la consulta en la sala de emergencias.</p> <p>No se cubre fuera de los EE. UU., excepto en circunstancias limitadas.</p>	
<p>16 - Atención de urgencia</p> <p>(Esto NO es atención de emergencia y, en la mayoría de los casos, está fuera del área de servicios).</p>	<p>Copago del 20% o un copago establecido.</p> <p>NO se cubre fuera de los EE. UU., excepto en circunstancias limitadas</p>	<p><b>General</b></p> <p><b>\$0</b> Copago para las consultas de atención de urgencia cubiertas por Medicare.</p>
<p>17 - Servicios de rehabilitación ambulatorios</p> <p>(Terapia ocupacional, fisioterapia, terapia del habla y del lenguaje)</p>	<p>Coseguro del 20%.</p>	<p><b>General</b></p> <p>Es posible que se apliquen normas de autorización.</p> <p><b>Dentro De La Red</b></p> <p>Puede haber limitaciones en los servicios de fisioterapia, terapia ocupacional y patología del habla y del lenguaje. Si así fuera, podría haber excepciones con respecto a estas limitaciones.</p> <p><b>\$0</b> Copago para las consultas de terapia ocupacional cubiertas por Medicare.</p> <p><b>\$0</b> Copago para las consultas de fisioterapia, y/o terapia del lenguaje y del habla cubiertas por Medicare.</p>

**Si tiene alguna pregunta sobre los costos o beneficios de este plan, comuníquese con HealthSun Health Plans, Inc. para obtener más detalles.**

**SECCIÓN II – RESUMEN DE BENEFICIOS**

<b>Beneficio</b>	<b>Original Medicare</b>	<b>MediMax (HMO)</b>
<b>SUMINISTROS Y SERVICIOS MÉDICOS PARA PACIENTES EXTERNOS</b>		
18 - Equipo médico duradero  (incluye sillas de ruedas, oxígeno, etc.)	Coseguro del 20%.	<b>General</b> Es posible que se apliquen normas de autorización.  <b>Dentro De La Red</b> \$0 Copago para productos cubiertos por Medicare.
19 - Dispositivos protésicos  (incluye aparatos ortopédicos, prótesis para miembros y oculares, etc.)	Coseguro del 20%.	<b>General</b> Es posible que se apliquen normas de autorización.  <b>Dentro De La Red</b> \$0 Copago para productos cubiertos por Medicare.
20 - Programas y suministros para la diabetes	Coseguro del 20% para la capacitación para el autocontrol de la diabetes. Coseguro del 20% para los suministros para la diabetes.  Coseguro del 20% para calzado o plantillas terapéuticos para la diabetes.	<b>General</b> Es posible que se apliquen normas de autorización. <b>Dentro De La Red</b> <b>\$0</b> Copago para la capacitación para el autocontrol de la diabetes.  <b>\$0</b> Copago para: - Insumos para el control de la diabetes. - Calzado o plantillas terapéuticos.
21 - Exámenes de diagnóstico, radiografías, servicios de laboratorio y servicios de radiología	Coseguro del 20% para exámenes de diagnóstico y radiografías.	<b>General</b> Es posible que se apliquen normas de autorización.

**Si tiene alguna pregunta sobre los costos o beneficios de este plan, comuníquese con HealthSun Health Plans, Inc. para obtener más detalles.**

**SECCIÓN II – RESUMEN DE BENEFICIOS**

<b>Beneficio</b>	<b>Original Medicare</b>	<b>MediMax (HMO)</b>
<p>21 - Exámenes de diagnóstico, radiografías, servicios de laboratorio y servicios de radiología (Con't)</p>	<p>Copago de \$0 para servicios de laboratorio cubiertos por Medicare.</p> <p>Servicios de laboratorio: Medicare cubre los servicios de laboratorio de diagnóstico médicamente necesarios indicados por el médico que lo atiende cuando los proporciona un laboratorio certificado según las reformas federales de mejora de los laboratorios clínicos (CLIA, por sus siglas en inglés) que participa en Medicare. Los servicios de laboratorio de diagnóstico se proveen para ayudar a su médico a diagnosticar o descartar una enfermedad o afección sospechadas. Medicare no cubre el costo de la mayoría de las pruebas de detección de rutina complementarias, como el control de colesterol.</p> <p>Coseguro del 20% para el tacto rectal y otros servicios relacionados.</p> <p>Se cubren una vez al año para todos los hombres mayores de 50 años que tienen Medicare.</p>	<p><b>Dentro De La Red</b></p> <p><b>\$0</b> Copago para los siguientes servicios cubiertos por Medicare:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Servicios de laboratorio.</li> <li>- Procedimientos y análisis de diagnóstico.</li> <li>- Radiografías.</li> <li>- Servicios de radiología de diagnóstico (no se incluyen radiografías).</li> <li>- Servicios radiológicos terapéuticos.</li> </ul>

**Si tiene alguna pregunta sobre los costos o beneficios de este plan, comuníquese con HealthSun Health Plans, Inc. para obtener más detalles.**

**SECCIÓN II – RESUMEN DE BENEFICIOS**

<b>Beneficio</b>	<b>Original Medicare</b>	<b>MediMax (HMO)</b>
<p>22 - Servicios de rehabilitación cardíaca y pulmonar (Con't)</p>	<p>Coseguro del 20% para los servicios de rehabilitación cardíaca.</p> <p>Coseguro del 20% para los servicios de rehabilitación pulmonar.</p> <p>Coseguro del 20% para los servicios intensivos de rehabilitación cardíaca.</p> <p>Se aplica a los servicios del programa prestados en el consultorio del médico. Costos compartidos especificados para los servicios del programa prestados por los departamentos para pacientes externos de los hospitales.</p>	<p><b>General</b> Es posible que se apliquen normas de autorización.</p> <p><b>Dentro De La Red</b> <b>\$0</b> Copago para:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Servicios de rehabilitación cardíaca cubiertos por Medicare.</li> <li>- Servicios intensivos de rehabilitación cardíaca cubiertos por Medicare.</li> <li>- Servicios de rehabilitación pulmonar cubiertos por Medicare.</li> </ul>
<b>SERVICIOS PREVENTIVOS</b>		
<p>23 - Servicios de prevención y programas educativos y de salud</p>	<p>Sin coseguro, copago ni deducible para:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pruebas de detección de aneurisma aórtico abdominal.</li> <li>- Medición de la masa ósea. Se cubre una vez cada 24 meses (con más frecuencia si es médicamente necesario) si reúne ciertas afecciones médicas.</li> <li>- Pruebas de detección cardiovascular.</li> </ul>	<p><b>General</b> <b>\$0</b> Copago para todos los servicios preventivos cubiertos por Original Medicare sin costo compartido.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Prueba de detección de aneurisma aórtico abdominal.</li> <li>- Medición de la masa ósea.</li> <li>- Pruebas de detección cardiovascular.</li> <li>- Exámenes preventivos del cáncer de cuello uterino y vaginal (pruebas de Papanicolaou y exámenes pélvicos).</li> <li>- Exámenes de detección de cáncer colorrectal.</li> </ul>

**Si tiene alguna pregunta sobre los costos o beneficios de este plan, comuníquese con HealthSun Health Plans, Inc. para obtener más detalles.**

**SECCIÓN II – RESUMEN DE BENEFICIOS**

<b>Beneficio</b>	<b>Original Medicare</b>	<b>MediMax (HMO)</b>
<p>23 - Servicios de prevención y programas educativos y de salud (Con't)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Exámenes preventivos de cáncer de cuello uterino y vaginal. Se cubren una vez cada 2 años. Se cubren una vez al año para las mujeres que tienen Medicare y que corren un riesgo alto.</li> <li>- Exámenes de detección de cáncer colorrectal.</li> <li>- Prueba de detección de diabetes.</li> <li>- Vacuna contra la gripe.               <ul style="list-style-type: none"> <li>- Vacuna contra la hepatitis B para las personas afiliadas a Medicare que corran riesgos.</li> </ul> </li> <li>- Prueba de detección de VIH. Copago de \$0 para la prueba de detección de VIH, pero, en general, debe pagar el 20% del monto aprobado por Medicare para las consultas médicas. La detección de VIH está cubierta para personas embarazadas o personas con mayor riesgo de infección que tienen Medicare, incluida cualquier persona que solicite la prueba. Medicare cubre esta prueba una vez cada 12 meses o hasta tres veces durante un embarazo.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Prueba de detección de diabetes.</li> <li>- Vacuna contra la gripe.</li> <li>- Vacuna contra la hepatitis B.</li> <li>- Prueba de detección de VIH.</li> <li>- Exámenes de detección de cáncer de mama (mamografía).</li> <li>- Servicios de terapia médica nutricional.</li> <li>- Servicios personalizados del plan de prevención (Consulta de salud anual).</li> <li>- Vacunas contra el neumococo.</li> <li>- Detección del cáncer de próstata [solo análisis del antígeno prostático específico (PSA, por sus siglas en inglés)].</li> <li>- Sesiones para dejar de fumar (asesoramiento para dejar de fumar).</li> <li>- Examen físico de Bienvenida a Medicare (examen físico preventivo inicial).</li> </ul> <p>La detección de VIH está cubierta para personas embarazadas o personas con mayor riesgo de infección que tienen Medicare, incluida cualquier persona que solicite la prueba. Medicare cubre esta prueba una vez cada 12 meses o hasta tres veces durante un embarazo. Póngase en contacto con el plan para obtener más detalles.</p> <p style="text-align: center;"><b>Dentro De La Red</b></p> <p style="text-align: center;">El plan cubre los siguientes programas complementarios sobre educación y salud:</p>

**Si tiene alguna pregunta sobre los costos o beneficios de este plan, comuníquese con HealthSun Health Plans, Inc. para obtener más detalles.**

**SECCIÓN II – RESUMEN DE BENEFICIOS**

<b>Beneficio</b>	<b>Original Medicare</b>	<b>MediMax (HMO)</b>
<p>23 - Servicios de prevención y programas educativos y de salud (Con't)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Exámenes de detección de cáncer de mama (mamografía). Medicare cubre mamografías una vez cada 12 meses para todas las mujeres de 40 años o más afiliadas a Medicare. Medicare cubre una mamografía inicial para las mujeres de entre 35 y 39 años.</li> <li>- La terapia médica nutricional es para personas que tienen diabetes o enfermedad renal (pero no se someten a diálisis ni han recibido un trasplante de riñón) con la remisión de un médico. Estos servicios pueden ser brindados por un nutricionista certificado o pueden incluir una evaluación y un asesoramiento nutricional para ayudarlo a controlar la diabetes o enfermedad renal.</li> <li>- Servicios personalizados del plan de prevención (Consulta de salud anual).</li> <li>- Vacunas contra el neumococo. Es posible que sólo necesite aplicarse la vacuna contra la neumonía una vez en la vida.</li> </ul> <p>Comuníquese con su médico para obtener</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Materiales educativos impresos sobre la salud, que incluyen boletines informativos.</li> <li>- Beneficio nutricional.</li> </ul>

**Si tiene alguna pregunta sobre los costos o beneficios de este plan, comuníquese con HealthSun Health Plans, Inc. para obtener más detalles.**

**SECCIÓN II – RESUMEN DE BENEFICIOS**

<b>Beneficio</b>	<b>Original Medicare</b>	<b>MediMax (HMO)</b>
<p>23 - Servicios de prevención y programas educativos y de salud (Con't)</p>	<p>más información.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pruebas de detección de cáncer de próstata [solo análisis del antígeno prostático específico (PSA, por sus siglas en inglés)]. Se cubren una vez al año para todos los hombres mayores de 50 años afiliados a Medicare.</li> <li>- Programa para dejar de fumar (asesoramiento para dejar de fumar). cubierto con indicación médica. Incluye dos tentativas de orientación dentro de un período de 12 meses. Cada tentativa de orientación incluye hasta cuatro consultas personales.</li> <li>- Examen físico de Bienvenida a Medicare (Examen físico preventivo inicial).</li> </ul> <p>Cuando se inscribe en la Parte B de Medicare, usted reunirá los requisitos para recibir los siguientes beneficios. Durante los primeros 12 meses de su nueva cobertura de la Parte B, puede obtener un examen físico de Bienvenida a Medicare o una consulta de salud anual. Después de los primeros 12 meses, puede realizar una</p>	

**Si tiene alguna pregunta sobre los costos o beneficios de este plan, comuníquese con HealthSun Health Plans, Inc. para obtener más detalles.**

**SECCIÓN II – RESUMEN DE BENEFICIOS**

<b>Beneficio</b>	<b>Original Medicare</b>	<b>MediMax (HMO)</b>
23 - Servicios de prevención y programas educativos y de salud (Con't)	consulta de salud anual cada 12 meses.	
24 - Enfermedad renal y afecciones	Coseguro del 20% para diálisis renal.  Coseguro del 20% para servicios educativos sobre la enfermedad renal.	<b>General</b> Es posible que se apliquen normas de autorización.  <b>Dentro De La Red</b> <b>\$0</b> Copago para diálisis renal.  <b>\$0</b> Copago para servicios educativos sobre la enfermedad renal.
25 - Medicamentos con receta para pacientes externos	La mayoría de los medicamentos no están cubiertos por Original Medicare. Puede agregar la cobertura para medicamentos con receta a Original Medicare si se inscribe en un plan de medicamentos con receta de Medicare, o puede obtener toda la cobertura de Medicare, incluida la cobertura para medicamentos con receta, si se inscribe en un plan Medicare Advantage o un plan de Costos de Medicare que ofrece cobertura para medicamentos con receta.	<b>Medicamentos cubiertos por la Parte B de Medicare General</b> 20% del costo para los medicamentos para quimioterapia y otros medicamentos cubiertos por la Parte B.  <b>Medicamentos cubiertos por la Parte D de Medicare General</b> Este plan utiliza un formulario. El plan le enviará el formulario. También puede acceder al formulario en nuestro sitio web <a href="http://www.healthsun.com">www.healthsun.com</a> .  Pueden aplicarse costos diferentes que pague de su bolsillo para personas que: - tengan ingresos limitados;

**Si tiene alguna pregunta sobre los costos o beneficios de este plan, comuníquese con HealthSun Health Plans, Inc. para obtener más detalles.**

**SECCIÓN II – RESUMEN DE BENEFICIOS**

<b>Beneficio</b>	<b>Original Medicare</b>	<b>MediMax (HMO)</b>
<p>25 - Medicamentos con receta para pacientes externos (Con't)</p>		<ul style="list-style-type: none"> <li>- vivan en centros de atención a largo plazo; o</li> <li>- tengan acceso a proveedores indígenas/tribales/urbanos (Servicios de salud para indígenas).</li> </ul> <p>El plan ofrece cobertura nacional de medicamentos con receta dentro de la red (es decir, incluidos los 50 estados y el Distrito de Columbia). Esto significa que usted pagará el mismo monto de costo compartido por sus medicamentos con receta si los obtiene en una farmacia Dentro De La Red fuera del área de servicio del plan (por ejemplo cuando viaja).</p> <p>Los costos totales anuales de los medicamentos son los costos totales de los medicamentos que paga usted y el plan de la Parte D.</p> <p>El plan puede solicitarle que pruebe primero un medicamento para tratar su enfermedad antes de cubrir otro medicamento para esa enfermedad.</p> <p>Algunos medicamentos tienen límites de cantidad.</p> <p>Su proveedor debe obtener autorización previa de MediMax (HMO) en el caso de determinados medicamentos.</p> <p>El plan pagará determinados medicamentos de venta libre como parte de su programa de administración de la utilización.</p>

**Si tiene alguna pregunta sobre los costos o beneficios de este plan, comuníquese con HealthSun Health Plans, Inc. para obtener más detalles.**

**SECCIÓN II – RESUMEN DE BENEFICIOS**

<b>Beneficio</b>	<b>Original Medicare</b>	<b>MediMax (HMO)</b>
<p>25 - Medicamentos con receta para pacientes externos (Con't)</p>		<p>Algunos medicamentos de venta libre son menos costosos que los medicamentos con receta y son igual de eficaces. Comuníquese con el plan para obtener detalles.</p> <p>Debe acudir a ciertas farmacias para obtener un número muy limitado de medicamentos, debido a manejos especiales, coordinación de proveedores o requisitos de instrucción de pacientes, que la mayoría de las farmacias de su red no pueden cumplir. Estos medicamentos figuran en el sitio web del plan, el formulario y los materiales impresos, como así también en el buscador del plan de medicamentos con receta de Medicare en Medicare.gov.</p> <p>Si el costo real de un medicamento es menor que el monto normal del costo compartido para ese medicamento, usted pagará el costo real y no el monto más alto del costo compartido.</p> <p>Si solicita una excepción al formulario para un medicamento y MediMax (HMO) aprueba la excepción, usted pagará por ese medicamento el costo compartido del nivel 4: Medicamentos de marca no preferidos.</p> <p><b>Dentro De La Red</b> <b>\$0 Deducible</b></p> <p>Los medicamentos</p>

**Si tiene alguna pregunta sobre los costos o beneficios de este plan, comuníquese con HealthSun Health Plans, Inc. para obtener más detalles.**

**SECCIÓN II – RESUMEN DE BENEFICIOS**

<b>Beneficio</b>	<b>Original Medicare</b>	<b>MediMax (HMO)</b>
25 - Medicamentos con receta para pacientes externos (Con't)		<p>complementarios no se incluyen en los costos de los medicamentos que paga de su bolsillo.</p> <p><b>Cobertura Inicial</b> Usted paga lo siguiente hasta que los costos totales anuales de los medicamentos lleguen a \$2,930:</p> <p><b>Farmacia minorista</b> Nivel 1: <i>Medicamentos genéricos preferidos</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>\$0</b> Copago por el suministro para un mes (30 días) de los medicamentos de este nivel obtenidos en una farmacia preferida.</li> <li>- <b>\$0</b> Copago por el suministro para un mes (30 días) de los medicamentos de este nivel obtenidos en una farmacia no preferida.</li> </ul> <p>Nivel 2: <i>Medicamentos genéricos no preferidos</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>\$0</b> Copago por el suministro para un mes (30 días) de los medicamentos de este nivel obtenidos en una farmacia preferida.</li> <li>- <b>\$10</b> Copago por el suministro para un mes (30 días) de los medicamentos de este nivel obtenidos en una farmacia no preferida.</li> </ul> <p>Nivel 3: <i>Medicamentos de marca preferidos</i></p>

**Si tiene alguna pregunta sobre los costos o beneficios de este plan, comuníquese con HealthSun Health Plans, Inc. para obtener más detalles.**

**SECCIÓN II – RESUMEN DE BENEFICIOS**

<b>Beneficio</b>	<b>Original Medicare</b>	<b>MediMax (HMO)</b>
25 - Medicamentos con receta para pacientes externos (Con't)		<p>- <b>33%</b> Coseguro por el suministro para un mes (30 días) de los medicamentos de este nivel obtenidos en una farmacia preferida.</p> <p>- <b>33%</b> Coseguro por el suministro para un mes (30 días) de los medicamentos de este nivel obtenidos en una farmacia no preferida.</p> <p>Nivel 4: <i>Medicamentos de marca no preferidos</i></p> <p>- <b>33%</b> Coseguro por el suministro para un mes (30 días) de los medicamentos de este nivel obtenidos en una farmacia preferida.</p> <p>- <b>33%</b> Coseguro por el suministro para un mes (30 días) de los medicamentos de este nivel obtenidos en una farmacia no preferida.</p> <p>Nivel 5: <i>Nivel de medicamentos especializados</i></p> <p>- <b>33%</b> Coseguro por el suministro para un mes (30 días) de los medicamentos de este nivel obtenidos en una farmacia preferida.</p> <p>- <b>33%</b> Coseguro del por el suministro para un mes (30 días) de los medicamentos de este nivel obtenidos en una farmacia no preferida.</p>

**Si tiene alguna pregunta sobre los costos o beneficios de este plan, comuníquese con HealthSun Health Plans, Inc. para obtener más detalles.**

**SECCIÓN II – RESUMEN DE BENEFICIOS**

<b>Beneficio</b>	<b>Original Medicare</b>	<b>MediMax (HMO)</b>
25 - Medicamentos con receta para pacientes externos (Con't)		<p>Nivel 6: <i>Medicamentos complementarios de marca y genéricos</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>\$0</b> Copago por el suministro para un mes (30 días) de los medicamentos de este nivel obtenidos en una farmacia preferida.</li> <li>- <b>\$10</b> Copago por el suministro para un mes (30 días) de los medicamentos de este nivel obtenidos en una farmacia no preferida</li> </ul> <p style="text-align: center;"><b>Farmacia De Un Centro De Atención A Largo Plazo</b></p> <p>Nivel 1: <i>Medicamentos genéricos preferidos</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>\$0</b> Copago por el suministro de un mes (31 días) de los medicamentos en este nivel.</li> </ul> <p>Nivel 2: <i>Medicamentos genéricos no preferidos</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>\$10</b> Copago por el suministro de un mes (31 días) de los medicamentos en este nivel.</li> </ul> <p>Nivel 3: <i>Medicamentos de marca preferidos</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>33%</b> Coseguro por el suministro para un mes (31 días) de los medicamentos de este nivel.</li> </ul> <p>Nivel 4: <i>Medicamentos de marca no preferidos</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>33%</b> Coseguro por el suministro para un mes (31 días) de los medicamentos de este nivel.</li> </ul>

**Si tiene alguna pregunta sobre los costos o beneficios de este plan, comuníquese con HealthSun Health Plans, Inc. para obtener más detalles.**

**SECCIÓN II – RESUMEN DE BENEFICIOS**

<b>Beneficio</b>	<b>Original Medicare</b>	<b>MediMax (HMO)</b>
<p>25 - Medicamentos con receta para pacientes externos (Con't</p>		<p>Nivel 5: <i>Nivel de medicamentos especializados</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>33%</b> Coseguro por el suministro para un mes (31 días) de los medicamentos de este nivel</li> </ul> <p>Nivel 6: <i>Medicamentos complementarios de marca y genéricos</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>\$10</b> Copago por el suministro de un mes (31 días) de los medicamentos en este nivel.</li> </ul> <p><b>Período Sin Cobertura Adicional</b> Usted paga lo siguiente:</p> <p style="text-align: center;"><b><u>Farmacia minorista</u></b></p> <p>Nivel 6: <i>Medicamentos complementarios de marca y genéricos.</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>\$0</b> Copago por el suministro para un mes (30 días) de todos los medicamentos cubiertos de este nivel obtenidos en una farmacia preferida.</li> <li>- <b>\$10</b> Copago por el suministro para un mes (30 días) de todos los medicamentos cubiertos de este nivel obtenidos en una farmacia no preferida.</li> </ul> <p style="text-align: center;"><b>Farmacia De Un Centro De Atención A Largo Plazo</b></p> <p>Nivel 6: <i>Medicamentos complementarios de marca y genéricos</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>\$10</b> Copago por el suministro para un mes (31 días) de todos los</li> </ul>

**Si tiene alguna pregunta sobre los costos o beneficios de este plan, comuníquese con HealthSun Health Plans, Inc. para obtener más detalles.**

**SECCIÓN II – RESUMEN DE BENEFICIOS**

<b>Beneficio</b>	<b>Original Medicare</b>	<b>MediMax (HMO)</b>
<p>25 - Medicamentos con receta para pacientes externos (Con't)</p>		<p>medicamentos cubiertos de este nivel.</p> <p>Una vez que los costos totales anuales de los medicamentos alcanzan los \$2,930, usted recibe cobertura limitada por parte del plan para ciertos medicamentos. También recibe un descuento en medicamentos de marca y normalmente paga no más del 86% de los costos del plan por medicamentos genéricos hasta que los costos anuales que paga de su bolsillo alcancen los \$4,700.</p> <p><b>Cobertura En Situaciones Catastróficas</b></p> <p>Una vez que los costos anuales de los medicamentos que paga de su bolsillo lleguen a \$4,700, usted paga la cifra que sea superior entre:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>5%</b> coseguro ; o</li> <li>- <b>\$2.60</b> copago por medicamentos genéricos (incluidos los medicamentos de marca tratados como genéricos) y un copago de <b>\$6.50</b> para todos los demás medicamentos.</li> </ul> <p>Nivel 6: Medicamentos complementarios de marca y genéricos</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>\$10</b> Copago para los medicamentos de este nivel.</li> </ul>

**Si tiene alguna pregunta sobre los costos o beneficios de este plan, comuníquese con HealthSun Health Plans, Inc. para obtener más detalles.**

**SECCIÓN II – RESUMEN DE BENEFICIOS**

<b>Beneficio</b>	<b>Original Medicare</b>	<b>MediMax (HMO)</b>
<p>25 - Medicamentos con receta para pacientes externos (Con't)</p>		<p style="text-align: center;"><b>Fuera De La Red</b></p> <p>Los medicamentos del plan pueden tener cobertura en circunstancias especiales, por ejemplo, en caso de enfermedad cuando viaja fuera del área de servicio del plan donde no hay una farmacia de la red. Es posible que tenga que pagar un costo superior al monto del costo compartido normal si obtiene medicamentos en una farmacia fuera de la red. Además, es probable que tenga que pagar el cargo total de la farmacia por el medicamento y presentar la documentación para recibir un reembolso de MediMax (HMO).</p> <p style="text-align: center;"><b>Cobertura Inicial Fuera De La Red</b></p> <p>Se le reembolsará como máximo el costo del medicamento del plan, menos lo que se detalla a continuación, por los medicamentos que compre fuera de la red, hasta que los costos totales anuales de los medicamentos alcancen los \$2,930:</p> <p>Nivel 1: <i>Medicamentos genéricos Preferidos</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>\$0</b> Copago por el suministro de un mes (30 días) de los medicamentos en este nivel.</li> </ul> <p>Nivel 2: <i>Medicamentos genéricos no preferidos</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>\$10</b> por el suministro de un mes</li> </ul>

**Si tiene alguna pregunta sobre los costos o beneficios de este plan, comuníquese con HealthSun Health Plans, Inc. para obtener más detalles.**

**SECCIÓN II – RESUMEN DE BENEFICIOS**

<b>Beneficio</b>	<b>Original Medicare</b>	<b>MediMax (HMO)</b>
<p>25 - Medicamentos con receta para pacientes externos (Con't)</p>		<p>(30 días) de los medicamentos en este nivel.</p> <p>Nivel 3: Medicamentos de marca preferidos            - <b>33%</b> Coseguro por el suministro para un mes (30 días) de los medicamentos de este nivel.</p> <p>Nivel 4: <i>Medicamentos de marca no preferidos</i>            - <b>33%</b> Coseguro por el suministro para un mes (30 días) de los medicamentos de este nivel.</p> <p>Nivel 5: <i>Nivel de medicamentos especializados</i>            - <b>33%</b> Coseguro por el suministro para un mes (30 días) de los medicamentos de este nivel.</p> <p>Nivel 6: <i>Medicamentos complementarios de marca y genéricos</i>            - <b>\$10</b> Copago por el suministro de un mes (30 días) de los medicamentos en este nivel.</p> <p>No se le reembolsará la diferencia entre el cargo por farmacia fuera de la red y el monto permitido Dentro De La Red del plan.</p> <p><b>Período Sin Cobertura Adicional Fuera De La Red</b></p> <p>Se le reembolsarán los gastos de estos medicamentos comprados fuera de la red hasta el costo del plan para el medicamento, menos lo que se detalla a continuación:</p>

**Si tiene alguna pregunta sobre los costos o beneficios de este plan, comuníquese con HealthSun Health Plans, Inc. para obtener más detalles.**

**SECCIÓN II – RESUMEN DE BENEFICIOS**

<b>Beneficio</b>	<b>Original Medicare</b>	<b>MediMax (HMO)</b>
25 - Medicamentos con receta para pacientes externos (Con't)		<p>Nivel 1: <i>Medicamentos genéricos preferidos</i>                      -Se le reembolsará hasta el 14% del costo permitido del plan por los medicamentos genéricos adquiridos fuera de la red hasta que los costos totales anuales de los medicamentos que paga de su bolsillo alcancen los \$4,700.</p> <p>Se le reembolsará hasta el precio de descuento para los medicamentos de marca adquiridos fuera de la red hasta los costos totales anuales de los medicamentos que paga de su bolsillo alcancen \$4,700.</p> <p>Nivel 2: <i>Medicamentos genéricos no preferidos</i>                      -Se le reembolsará hasta el 14% del costo permitido del plan por los medicamentos genéricos adquiridos fuera de la red hasta que los costos totales anuales de los medicamentos que paga de su bolsillo alcancen los \$4,700.</p> <p>Se le reembolsará hasta el precio de descuento para los medicamentos de marca adquiridos fuera de la red hasta los costos totales anuales de los medicamentos que paga de su bolsillo alcancen \$4,700.</p> <p>Nivel 3: <i>Medicamentos de marca preferidos</i>                      - Se le reembolsará hasta el 14% del costo permitido del plan por los medicamentos genéricos</p>

**Si tiene alguna pregunta sobre los costos o beneficios de este plan, comuníquese con HealthSun Health Plans, Inc. para obtener más detalles.**

**SECCIÓN II – RESUMEN DE BENEFICIOS**

<b>Beneficio</b>	<b>Original Medicare</b>	<b>MediMax (HMO)</b>
<p>25 - Medicamentos con receta para pacientes externos (Con't)</p>		<p>adquiridos fuera de la red hasta que los costos totales anuales de los medicamentos que paga de su bolsillo alcancen los \$4,700.</p> <p>Se le reembolsará hasta el precio de descuento para los medicamentos de marca adquiridos fuera de la red hasta los costos totales anuales de los medicamentos que paga de su bolsillo alcancen \$4,700.</p> <p>Nivel 4: <i>Medicamentos de marca no preferidos</i>            - Se le reembolsará hasta el 14% del costo permitido del plan por los medicamentos genéricos</p> <p>adquiridos fuera de la red hasta que los costos totales anuales de los medicamentos que paga de su bolsillo alcancen los \$4,700.</p> <p>Se le reembolsará hasta el precio de descuento para los medicamentos de marca adquiridos fuera de la red hasta los costos totales anuales de los medicamentos que paga de su bolsillo alcancen \$4,700.</p> <p>Nivel 5: <i>Nivel de medicamentos especializados</i>            -Se le reembolsará hasta el 14% del costo permitido del plan por los medicamentos genéricos adquiridos fuera de la red hasta que los costos totales anuales de los medicamentos que paga de su bolsillo alcancen los \$4,700.</p>

**Si tiene alguna pregunta sobre los costos o beneficios de este plan, comuníquese con HealthSun Health Plans, Inc. para obtener más detalles.**

**SECCIÓN II – RESUMEN DE BENEFICIOS**

<b>Beneficio</b>	<b>Original Medicare</b>	<b>MediMax (HMO)</b>
25 - Medicamentos con receta para pacientes externos (Con't)		<p>Se le reembolsará hasta el precio de descuento para los medicamentos de marca adquiridos fuera de la red hasta los costos totales anuales de los medicamentos que paga de su bolsillo alcancen \$4,700.</p> <p>Nivel 6: <i>Medicamentos complementarios de marca y genéricos</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>\$10</b> Copago por el suministro para un mes (30 días) de todos los medicamentos cubiertos de este nivel.</li> </ul> <p>No se le reembolsará la diferencia entre el cargo por farmacia fuera de la red y el monto permitido dentro de la red del plan.</p> <p><b>Cobertura Fuera De La Red En Situaciones Catastróficas</b></p> <p>Una vez que los costos anuales de los medicamentos que paga de su bolsillo alcancen los \$4,700, se le reembolsarán los medicamentos que compró fuera de la red hasta alcanzar el costo del plan para el medicamento menos su costo compartido, la cantidad que sea superior entre las siguientes opciones:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>5%</b> coseguro; o</li> <li>- <b>\$2.60</b> copago por medicamentos genéricos (incluidos los medicamentos de marca tratados como genéricos) y un copago de <b>\$6.50</b> para todos los demás</li> </ul>

**Si tiene alguna pregunta sobre los costos o beneficios de este plan, comuníquese con HealthSun Health Plans, Inc. para obtener más detalles.**

**SECCIÓN II – RESUMEN DE BENEFICIOS**

<b>Beneficio</b>	<b>Original Medicare</b>	<b>MediMax (HMO)</b>
25 - Medicamentos con receta para pacientes externos (Con't)		<p>medicamentos.</p> <p>Nivel 6: <i>Medicamentos complementarios de marca y genéricos</i></p> <p>- <b>\$10</b> Copago para los medicamentos de este nivel.</p> <p>No se le reembolsará la diferencia entre el cargo por farmacia fuera de la red y el monto permitido dentro de la red del plan</p>
26 - Servicios odontológicos	No se cubren los servicios odontológicos preventivos (como limpiezas).	<p><b>Dentro De La Red</b></p> <p><b>\$0</b> Copago para los beneficios odontológicos cubiertos por Medicare.</p> <p><b>\$0</b> Copago para los siguientes beneficios odontológicos preventivos:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Hasta 2 exámenes bucales por año.</li> <li>- Hasta 2 limpiezas por año</li> <li>- Hasta 2 tratamientos con flúor por año.</li> <li>- Hasta 2 radiografías dentales por año.</li> </ul> <p>El plan ofrece beneficios odontológicos integrales adicionales.</p> <p>Límite de la cobertura del plan de \$2,400 para beneficios odontológicos por año.</p>
27 - Servicios auditivos	No se cubren los exámenes auditivos	<p><b>General</b></p> <p>Es posible que se apliquen normas</p>

**Si tiene alguna pregunta sobre los costos o beneficios de este plan, comuníquese con HealthSun Health Plans, Inc. para obtener más detalles.**

**SECCIÓN II – RESUMEN DE BENEFICIOS**

<b>Beneficio</b>	<b>Original Medicare</b>	<b>MediMax (HMO)</b>
<p>27 - Servicios auditivos (Con't)</p>	<p>complementarios de rutina ni los audífonos.</p> <p>Coseguro de 20% para exámenes auditivos de diagnóstico.</p>	<p>de autorización.</p> <p><b>Dentro De La Red</b></p> <p><b>\$0</b> Copago para exámenes auditivos de diagnóstico cubiertos por Medicare.</p> <p><b>\$0</b> Copago por:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Un examen auditivo de rutina complementario por año como máximo.</li> <li>- Hasta 1 adaptación o evaluación para la colocación de audífonos por año.</li> </ul> <p><b>\$0</b> Copago por:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Hasta 1 audífono para el oído externo cada dos años.</li> </ul> <p>Límite de la cobertura del plan de \$700 para audífonos cada dos años.</p>
<p>28 - Servicios oftalmológicos</p>	<p>Coseguro del 20% para el diagnóstico y tratamiento de enfermedades y afecciones oftalmológicas.</p> <p>No se cubren los exámenes complementarios oftalmológicos de rutina ni los anteojos.</p> <p>Medicare cubre un par de anteojos o lentes de contacto después de una cirugía de cataratas.</p>	<p><b>General</b></p> <p>Es posible que se apliquen normas de autorización.</p> <p><b>Dentro De La Red</b></p> <p><b>\$0</b> Copago para el diagnóstico y el tratamiento de las enfermedades y las afecciones oftalmológicas.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Un examen complementario oftalmológico de rutina por año como máximo</li> </ul> <p><b>\$0</b> Copago para:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Un par de anteojos o lentes de contacto después de una cirugía</li> </ul>

**Si tiene alguna pregunta sobre los costos o beneficios de este plan, comuníquese con HealthSun Health Plans, Inc. para obtener más detalles.**

**SECCIÓN II – RESUMEN DE BENEFICIOS**

<b>Beneficio</b>	<b>Original Medicare</b>	<b>MediMax (HMO)</b>
28 - Servicios oftalmológicos (Con't)	Se cubre un examen anual de glaucoma para personas que se encuentran en riesgo	de cataratas. - Hasta un par de anteojos por año.  - Hasta un par de lentes de contacto por año.  Límite de cobertura del plan de \$200 por año para lentes.
Productos de venta libre	Sin cobertura.	<b>General</b> Consulte el sitio web de nuestro plan para acceder a la lista de productos de venta libre cubiertos. Los productos de venta libre (OTC, por sus siglas en inglés) se pueden adquirir sólo para las personas inscritas.  Comuníquese con el plan para obtener instrucciones específicas sobre el uso de este beneficio.
Transporte (Rutina)	Sin cobertura.	<b>General</b> Es posible que se apliquen normas de autorización.  <b>Dentro De La Red</b> <b>\$0</b> Copago para cada viaje de ida o de regreso a un centro aprobado por el plan.
Acupuntura	Sin cobertura.	<b>Dentro De La Red</b> Este plan no cubre los servicios de acupuntura.

-