

HEALTHSUN HEALTH PLANS
INTRODUCCIÓN AL SUMARIO DE BENEFICIOS
HEALTHY ADVANTAGE PLAN 05
Enero 1, 2010-Diciembre 31, 2010

SECCION 1- INTRODUCCION AL SUMARIO DE BENEFICIOS

Gracias por su interés en el plan Healthy Advantage (HMO). Nuestro plan es ofrecido por HEALTHSUN HEALTH PLANS, INC. un plan de salud de la Organización Medicare Advantage para el Mantenimiento de Salud (HMO). Este Sumario de Beneficios le explica a usted algunos de los beneficios de nuestro plan. Este sumario no contiene todo los servicios que nosotros cubrimos, ni todas las limitaciones, ni todas las exclusiones. Para obtener una lista completa de nuestros beneficios, por favor llámenos y pregunte por nuestra "Evidencia de Cobertura".

USTED TIENE OPCIONES EN SU CUIDADO DE SALUD

Como un beneficiario de Medicare, usted puede escoger entre diferente opciones. Una opción es el Plan de Medicare Original (pago-por-servicio). Otra opción es un plan de salud de Medicare, como el Plan HealthSun Health Plans Healthy Advantage (HMO). Usted puede que tenga otras opciones también. Usted decide. No importa la opción que elija, usted no deja de pertenecer al programa de Medicare.

Usted puede asociarse o dejar el plan solo en ciertas ocasiones. Por favor llame al Plan al teléfono listado al final de esta introducción o al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) para más información. Personas con impedimentos auditivos por favor llamen al 1-877-486-2048. Usted puede llamar a este número 24 horas al día, 7 días a la semana.

¿COMO PUEDO COMPARAR MIS OPCIONES?

Usted puede comparar el Plan Healthy Advantage (HMO) y el plan Original de Medicare usando este Sumario de Beneficios. Los diagramas en este folleto le dan una lista de algunos beneficios importantes de salud. En cada uno de los beneficios, usted puede ver lo que cubre nuestro plan y lo que cubre el plan Original de Medicare.

Nuestros miembros reciben todos los beneficios que el plan Original de Medicare ofrece. Nosotros además ofrecemos beneficios adicionales que pueden cambiar de un año a otro.

¿DONDE ESTA DISPONIBLE EL HEALTHY ADVANTAGE PLAN (HMO)?

El área de servicio de este plan incluye: el condado de Miami Dade. Usted tiene que residir en una parte del condado para asociarse al plan.

¿QUIEN ES ELEGIBLE PARA ASOCIARSE AL HEALTHY ADVANTAGE PLAN (HMO)?

Usted puede asociarse al Plan Healthy Advantage (HMO) si usted tiene derecho a Medicare Parte A y participa en la Parte B de Medicare y reside en el área de servicio. Pero, personas que tengan enfermedad renal de etapa final no son elegibles para asociarse al Plan Healthy Advantage (HMO) a menos que sean socios de nuestra organización desde que comenzaron con la diálisis.

¿PUEDO ELEGIR MIS MÉDICOS?

HealthSun Health Plans Healthy Advantage Plan (HMO) tiene una red de médicos, especialistas y hospitales. Usted puede usar solamente los médicos que son parte de nuestra red de proveedores. Los proveedores de nuestra red pueden cambiar en cualquier momento. Usted puede pedirnos un Directorio de Proveedores que esté al día o puede dirigirse a www.healthsun.com. Nuestro número de teléfono se encuentra al final de esta introducción.

¿QUE SUCEDE SI YO VOY A UN MEDICO QUE NO ES PARTE DE SU RED DE PROVEEDORES?

Si usted elije ir a un médico fuera de nuestra red de proveedores, usted tendrá que pagar por los servicios. Ni el Plan Healthy Advantage (HMO) ni el Plan Original de Medicare le pagará por estos servicios.

¿ME CUBRE MI PLAN TANTO LA PARTE B COMO LA PARTE D DE MEDICINAS CON RECETA DE MEDICARE?

El Plan Healthy Advantage (HMO) de HealthSun Health Plans le cubre ambas, la Parte B de medicinas con receta de Medicare y la Parte D de medicinas con receta de Medicare.

¿DONDE PUEDO OBTENER MIS MEDICINAS CON RECETA SI ME ASOCIO AL PLAN?

El Plan Healthy Advantage de HealthSun Health Plans ha formado una red de farmacias. Usted tiene que usar farmacias que pertenezcan a nuestra red de proveedores para poder recibir beneficios del plan. Nosotros no le pagaremos sus recetas si usted usa una farmacia que no esté dentro de nuestra red de proveedores, excepto bajo ciertas condiciones. Las farmacias pertenecientes a nuestra red pueden cambiar en cualquier momento. Usted puede pedirnos una Lista de Farmacias de la red de proveedores o puede dirigirse a www.healthsun.com. Nuestro número de teléfono para servicios al cliente se encuentra al final de esta introducción.

¿QUE ES UN FORMULARIO DE MEDICINAS DE RECETA?

El Plan Healthy Advantage (HMO) usa un formulario. Un formulario es una lista de medicinas cubiertas por su plan para atender las necesidades de sus miembros. Nosotros podemos periódicamente, agregar, remover, o cambiar la limitación de

cobertura de ciertas medicinas o cambiar cuánto usted paga por una medicina. Si hacemos algún cambio al formulario que limite la facilidad con que nuestros miembros puedan obtener sus medicinas con receta, le notificaremos del cambio a los afiliados afectados antes de que éste entre en efecto. Nosotros le enviaremos un formulario pero también puede ver una versión completa en www.healthsun.com.

Si usted está tomando una medicina la cual no está en nuestro formulario, o está sujeta a límites o requerimientos adicionales, usted podrá obtener un suministro temporal de esa medicina. Usted puede solicitarnos una excepción o, con la ayuda de su médico, pedir un cambio a una medicina alternativa que esté incluida en nuestro formulario. Llámenos para averiguar si usted puede obtener un suministro temporal de su medicina o para más información sobre nuestras normas de transición.

¿COMO PUEDO OBTENER AYUDA ADICIONAL PARA REDUCIR EL COSTO DE MIS MEDICINAS CON RECETA DEL PLAN?

Pueda que usted sea elegible para ayuda adicional para reducir el costo de sus medicinas con receta de Medicare, su prima y sus costos. Para averiguar si usted es elegible llame:

- 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), personas con impedimentos auditivos pueden llamar al 1-877-486-2048. Usted puede llamar a estos números 24 horas al día, 7 días a la semana.
- La Administración de Seguro Social at 1-800 772-1213 de 7:00am a 7:00pm, Lunes-Viernes. Personas con impedimentos auditivos pueden llamar al 1-800-325-0778 o
- La oficina estatal de Medicaid

COMO ESTOY PROTEGIDO POR ESTE PLAN?

Todos los Planes de Medicare Advantage acuerdan mantenerse en el plan por periodos de un año completo cada vez. Cada año el plan decide si va a continuar o no por otro año. Aun, si un Plan de Medicare Advantage decide retirarse del programa, usted no perderá su cobertura de Medicare. Si su plan decide no continuar, tiene que enviarle una carta con, al menos, 90 días de anticipación antes de que su cobertura termine. Esta carta le explicará sus opciones de cobertura de Medicare en su localidad.

Como miembro de Healthy Advantage (HMO), usted tiene el derecho de solicitar una determinación organizativa, que incluye el derecho de apelar la decisión si nosotros negamos la cobertura de un artículo o un servicio, y el derecho de presentar un agravio. Usted tiene el derecho de solicitar una determinación organizativa si usted desea que nosotros le demos o que le paguemos un artículo o un servicio que usted piense que este cubierto. Si nosotros le negamos la cobertura por el artículo o beneficios que usted a pedido, usted tiene el derecho de apelar y pedirnos una revisión de nuestra decisión. Usted puede pedirnos que una determinación

organizativa acelerada o apelar la decisión si usted piensa que la espera de la decisión pueda perjudicar su vida o ponga su salud en riesgo, o afecte su habilidad de recuperar a la función máxima. Si su médico le hace o le apoya su solicitud acelerada, nosotros tenemos que acelerada la decisión. Finalmente, usted tiene el derecho de presentar una queja si usted tiene cualquier problema con nosotros o con uno de nuestros proveedores que no este relacionado con la cobertura del artículo o servicio. Si su problema envuelve la calidad de cuidado, usted también tiene el derecho de presentar su queja al Quality Improvement Organization (QIO) del estado, Florida Medical Quality Improvement Organization al teléfono (813) 354-9110.

Como miembro de SunPlus Advantage (HMO), usted tiene el derecho de solicitar una determinación de cobertura, incluyendo el derecho a solicitar una excepción, presentar una apelación si le denegamos cobertura de una medicina con receta, y el derecho a presentar una queja. Usted tiene el derecho a solicitar una determinación de cobertura si desea que cubramos una medicina con receta de la Parte D que usted considera debiera estar cubierta. Una excepción es un tipo de determinación de cobertura. Usted puede solicitarnos una excepción si estima que necesita una medicina que no se encuentra en nuestra lista de medicinas cubiertas o cree que debe obtener una medicina no preferida a un desembolso personal más bajo. Usted también puede solicitar una excepción a las reglas de costo de utilización tales como los límites en las cantidades de una medicina. Si considera que necesita una excepción, debe ponerse en contacto con nosotros antes de tratar de llenar una receta en la farmacia. Usted debe incluir una carta de respaldo de su médico con la solicitud de excepción. Si nosotros le denegamos la cobertura a su medicina(s) con receta, usted tiene el derecho de apelar y solicitarnos que revisemos nuestra decisión. Y finalmente, usted tiene el derecho de presentar una queja si usted tiene cualquier problema con nosotros o con alguna farmacia de nuestra red siempre que este problema no esté relacionado con la cobertura de medicinas con receta. Si su problema envuelve la calidad de cuidado, usted también tiene el derecho de presentar su queja al Quality Improvement Organization (QIO) del estado, Florida Medical Quality Improvement Organization al teléfono (813) 354-9110.

¿QUE ES EL PROGRAMA DE MANEJO DE TERAPIA DE MEDICINA (MTM)?

El Programa de Manejo de Terapia de Medicina (MTM) es un beneficio que su plan puede ofrecer gratuitamente. Usted puede ser invitado a participar en el programa diseñado específicamente para sus necesidades de salud y farmacia. Puede que usted decida no participar, no obstante, le recomendamos que aproveche al máximo este servicio cubierto si usted fuese elegido. Póngase en contacto con HealthSun Health Plan Healthy Advantage Plan (HMO) para más detalles.

¿QUE TIPO DE MEDICINAS ESTÁN CUBIERTAS POR EL MEDICARE PARTE B?

Algunas medicinas por receta pueden que estén cubiertas bajo el Medicare Parte B. Estas incluyen, pero no se limitan, a los siguientes medicamentos. Póngase en contacto con HealthSun Health Plans para más detalles.

Algunos Anti-genes	Si son preparados por su medico y administrados por una persona apropiadamente instruida (que pudiera ser el paciente) bajo la supervisión de un medico.
Medicamentos para la Osteoporosis	Medicamentos inyectables para la osteoporosis para ciertas mujeres con Medicare.
Erythropietin(Epoetin alpha o Epogen).	Por inyección si usted tiene enfermedad renal de etapa final (fallo permanente de riñones que requieren diálisis o un trasplante) y necesita este medicamento para tratar la anemia.
Factores coagulantes de la Hemofilia	Factores coagulantes administrados por usted si usted tiene hemofilia.
Drogas inyectables:	La mayoría de las drogas inyectables administradas debido a su servicio de médico.
Medicamentos Immunosupresivos	Terapia de medicamentos inmunosupresivos para pacientes de trasplantes si el trasplante fue pagado por Medicare, o pagado por un seguro privado que lo pago como el seguro primario en su cobertura de Medicare Parte A, y en una facilidad certificada por Medicare.
Algunos medicamentos para el Cáncer oral	Si el medicamento esta disponible en inyección
Medicamentos Orales Para la Nausea	Si usted participa en un régimen hemotherapeutico en contra del cáncer.

GRADOS DEL PLAN

El programa de Medicare evalúan los planes en diversas categorías (por ejemplo, detección y prevención de enfermedad, las evaluaciones de pacientes y de servicio del miembro). Si usted tiene acceso el web, usted puede utilizar las el sitio web

www.medicare.gov y seleccionar "Comparar los Planes del Medicamento de Venta con receta de Medicare" o "Comparar los Planes de Salud y las Políticas de Medigap en su Area" para poder comparar las evaluaciones de los planes de Medicare en su área. Usted puede también llamarnos directamente al (305) 234-9292 o (877) 207-4900 para obtener una copia de la evaluación de este plan. TTY llamen al (877) 206-0500.

Por favor llamar a HealthSun Health Plans, Inc. para más información sobre el HealthSun Health Plan SunPlus Advantage plan (HMO).

Visitenos al www.healthsun.com o llámenos al:

Departamento de Servicios al Cliente Horas Laborables:

Lunes, martes, miércoles, jueves, viernes, sábado de 8:00 am. – 8:00 pm.

Miembros efectivos deben llamar gratuitamente al (877) 207-4900 para preguntas relacionadas al Programa de Medicare Advantage.

Miembros presuntos deben llamar gratuitamente al (877) 207-4900 para preguntas relacionadas al Programa de Medicare Advantage. (TTY/TDD) (877) 206-0500).

Miembros efectivos y presuntos locales llamen al (305) 234-9292 para preguntas relacionadas al Programa de Medicare Advantage. (TTY/TTD (877) 206-0500).

Miembros efectivos y presuntos locales llamen al (305) 234-9292 para preguntas relacionadas al Programa de Medicinas con Receta Parte D de Medicare. (TTY/TTD (877) 206-0500).

Para más información sobre Medicare, por favor llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Personas con impedimentos auditivos pueden llamar al 1-877-486-2048. Puede llamar a estos teléfonos 24 horas al día, 7 días a la semana. O visitando en la red www.medicare.gov. Si usted tiene necesidades especiales este documento puede ser disponible en otro formato.

SECCION 2 SUMARIO DE BENEFICIOS

Si tiene preguntas acerca del costo o beneficios de este plan por favor llame a HealthSun Health Plans, Inc. para más detalles.

Beneficio	Medicare Original	Healthy Advantage Plan (HMO)
<p>1. Primas y Otras Cuestiones Importantes</p>	<p>En el 2010 la prima mensual de la Parte B es \$96.40 y el deducible anual de la Parte B es \$135.00.</p> <p>Si el medico o proveedor no acepta el Medicare, el costo será mas alto, esto quiere decir que usted pagara mas.</p> <p>La mayoría de las personas pagará la prima mensual estándar de la Parte B. Sin embargo, comenzando el 1 de enero de 2010, algunas personas pagarán una prima más alta debido a sus ingresos anuales. (Para 2009, esta cantidad era \$85.000 para solteros, \$170.000 para los pares casados. Esta cantidad puede cambiar para 2010.) Para más información sobre las primas de la Parte B basados en sus ingresos, llame a la Seguridad Social al 1-800-772-1213. Los usuarios del equipo teletscritor deben llamar 1-800-325-0778.</p>	<p style="text-align: center;">General</p> <p>\$0 prima adicional a su prima mensual de Medicare Parte B. HealthSun Health Plans, Inc. le pagara \$96.40 su prima de Medicare Parte B</p> <p style="text-align: center;">Red De Proveedores</p> <p>\$3,400 limite en desembolsos personales de gastos</p> <p>El limite incluye solos los servicios cubierto por el Medicare</p>
<p>2. - Médicos Hospitales a Elegir (Para más información, vea Emergencias #15 y Servicios Urgentes Necesarios #16)</p>	<p>Usted puede ir a cualquier médico, especialista u hospital que acepte Medicare.</p>	<p style="text-align: center;">Red de Proveedores</p> <p>Usted tiene que ir a los médicos, especialistas y hospitales de la red. Usted requiere un referido para ir a los hospitales y especialistas de la red (para ciertos beneficios).</p>

Beneficio	Medicare Original	Healthy Advantage Plan (HMO)
CUIDADO INTERNO		
<p>3 - Cuidados a Pacientes Hospitalizados (Incluye servicios de Adicción y Rehabilitación)</p>	<p>En el 2010 la cantidad para cada período de beneficios es:</p> <p>Días 1 - 60: \$1,068 deducible. Días 61 - 90: \$267 por cada día. Días 91 - 150: \$534 por días de reserva por vida.</p> <p>Favor llamar a 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) para información sobre cobertura de días de reserva de por vida.</p> <p>Días de reserva de por vida pueden ser solamente una vez.</p> <p>El "período de beneficio" comienza el día que usted ingresa en el hospital o centro de enfermería especializada. Se termina el día que usted cumpla los 60 días consecutivos sin ingreso en el hospital o cuidado de enfermería especializada. Si usted entra en un hospital después del término de un período de beneficio, un nuevo período de beneficio comienza. Usted tendrá que pagar el deducible de hospitalización por cada período de beneficio. No hay límite de cantidad de períodos de beneficios que usted pueda tener.</p>	<p style="text-align: center;">In-Network</p> <p>Para hospitalización cubierta por el Medicare: Días 1 – 5 : \$50 copago Días 6 - 90 \$0 copago</p> <p>\$0 copago por días adicionales en el hospital.</p> <p>No hay límite en los días cubiertos por el plan para cada período de beneficio.</p> <p>Excepto en caso de emergencia, su proveedor debe notificar al Plan que usted va ser ingresado en el hospital.</p>
<p>4. Cuidados de Salud Mental a Pacientes Hospitalizados</p>	<p>Usted paga los mismos deducibles y copagos que los pacientes ingresados (cuadro anterior).</p> <p>190 días en un hospital psiquiátrico de por vida.</p>	<p style="text-align: center;">Red de Proveedores</p> <p>Para hospitalización cubierta por el Medicare:</p> <p>Días 1 - 5: \$200 copago diario Días 6 - 90: \$0 copago</p> <p>Plan le cubre 60 días de reserva por vida. Costo por reserva de vida:</p>

Beneficio	Medicare Original	Healthy Advantage Plan (HMO)
4. Cuidados de Salud Mental a Pacientes Hospitalizados (Con't)		<p>Days 1-60: \$0 copago diario</p> <p>Usted recibe 190 días en un Hospital Psiquiátrico por vida.</p> <p>Excepto en un caso de emergencia, su proveedor debe notificar al plan que usted será ingresado en un hospital.</p>
5. Centro de Enfermería Especializada (En un centro especializado certificado por Medicare)	<p>Durante el 2010 la cantidad para cada periodo de beneficio después de una estancia cubierta en un hospital de 3 días son las siguientes:</p> <p>Días 1 - 20: \$0 diarios Días 21 - 100: \$133.50 diarios</p> <p>Existe un límite de 100 días por cada período de beneficios.</p> <p>El "periodo de beneficio" comienza el día que usted ingresa en un hospital o centro de enfermería especializada. Se termina el día que usted cumpla los 60 días consecutivos sin ingreso en un hospital o cuidado de enfermería especializada. Si usted entra en un hospital después del término de un periodo de beneficio, un nuevo periodo de beneficio comienza. Usted tendrá que pagar el deducible de hospitalización por cada periodo de beneficio. No hay límite de cantidad de periodos de beneficios que usted pueda tener.</p>	<p>General</p> <p>Reglas de autorización pueden aplicar.</p> <p>Red de Proveedores</p> <p>\$0 copago por servicios en un Centro de Enfermería Especializado.</p> <p>El plan cubre hasta 100 días par cada periodo de beneficio.</p> <p>No requiere una estancia previa en un hospital.</p>
6. Atención Medica en el Hogar (Incluye cuidados especializados)	\$0 copago.	<p>General</p> <p>Reglas de autorización pudieran aplicar.</p>

Beneficio	Medicare Original	Healthy Advantage Plan (HMO)
médicamente necesarios e intermitentes, servicios de asistencia en el hogar, servicios de rehabilitación, etc.)		Red de Proveedores \$0 copago por los servicios cubiertos por Medicare de cuidados de salud en el hogar.
7. Hospicio	Usted Paga parte del costo de las medicinas como paciente externo y atención de reposo (alivio a corto plazo) como paciente ingresado. Debe recibir los servicios en un hospicio certificado por Medicare	General Debe recibir servicios en un hospicio certificado por Medicare.
CUIDADO DE PACIENTE EXTERNO		
Beneficio	Medicare Original	Healthy Advantage Plan (HMO)
8 - Visitas al Consultorio Medico	20% del coseguro	General Para más información Vea Exámenes Físicos de Rutina. Reglas de autorización pueden aplicar para los servicios Red de Proveedores \$0 copago por cada visita a su medico de servicio primario por beneficios cubiertos por Medicare \$0 copago por cada visita dentro de la área y con unos de nuestro red de proveedores que sea de urgencia por beneficios cubiertos por el medicare \$0 copago por cada visita a un especialista por servicios cubiertos por Medicare.
9. Servicios Quiroprácticos	El cuidado de rutina no esta cubierto.	Red de Proveedores \$0 copago por : Servicios quiroprácticos cubiertos por

Beneficio	Medicare Original	Healthy Advantage Plan (HMO)
9. Servicios Quiroprácticos	20% del coseguro para la manipulación manual de la columna vertebral para corregir la subluxación (un desplazamiento o desalineación de una articulación o parte del cuerpo) proveídos por un quiropráctico u otro proveedor calificado.	<p>Medicare. -hasta 12 visitas de rutina al año.</p> <p>Servicios quiroprácticos cubiertos por Medicare para la manipulación manual de la columna vertebral y para corregir la subluxación(un desplazamiento o desalineación de una articulación o parte del cuerpo) si se obtiene de un quiropráctico o de otros proveedores calificados.</p>
10. Servicios de Podología	<p>El cuidado de rutina no esta cubierto.</p> <p>20% coseguro por el cuidado de los pies médicamente necesario, incluyendo el cuidado de condiciones médicas que afectan las extremidades inferiores.</p>	<p>General Reglas de autorización pudieran aplicar.</p> <p>Red de Proveedores \$0 copago por visitas para servicios podiátricos cubiertos por Medicare. 1 visita de rutina cada 3 meses.</p> <p>Servicios de podología cubiertos por Medicare médicamente necesario.</p>
11. Atención en Salud Mental a Pacientes Externos	45% coseguro para los servicios de cuidado de salud mental como paciente externo.	<p>General Reglas de autorización pudieran aplicar.</p> <p>Red de Proveedores \$0 copago por servicios cubiertos por Medicare para la salud mental como paciente externo.</p>
12. Tratamientos para el Control del Abuso de Sustancias (Externo)	20% coseguro	<p>General Reglas de autorización pudieran aplicar.</p> <p>Red de Proveedores \$0 copago por servicios cubiertos por Medicare.</p>

Beneficio	Medicare Original	Healthy Advantage Plan (HMO)
<p>13. Servicios/Cirugías a Pacientes Externos</p>	<p>20% coseguro para el médico.</p> <p>20% coseguro del centro ambulatorio</p>	<p>General Reglas de autorización pudieran aplicar.</p> <p>Red de Proveedores \$0 copago por cada visita cubierta por Medicare a un centro quirúrgico como paciente ambulatorio. \$100 copago por cada visita cubierta por Medicare a un hospital como paciente ambulatorio.</p>
<p>14. Servicios de Ambulancia</p> <p>(Servicios de Ambulancia médicamente necesarios)</p>	<p>20% coseguro</p>	<p>General Reglas de autorización pudieran aplicar.</p> <p>In-Network \$25 copago por los servicios de ambulancia cubiertos por Medicare.</p> <p>Si lo ingresan en el hospital , usted paga \$0 por los servicios de la ambulancia</p>
<p>15. Cuidado de Emergencia</p> <p>Usted puede ir a cualquier sala de emergencia si razonablemente considera que necesita atención médica de emergencia</p>	<p>20% coseguro de los honorarios del médico.</p> <p>20% de los cargos de la sala de emergencia o el copago pertinente por cada visita a la sala de emergencia</p> <p>Usted no paga esta cantidad si es ingresado por la misma condición antes de los 3 días de su visita a la sala de emergencia.</p> <p>Estos servicios NO están cubiertos fuera de los E.E.U.U., excepto bajo circunstancias limitadas.</p>	<p>Red de Proveedores</p> <p>\$25 por cada visita cubierta por Medicare a la sala de emergencia.</p> <p>Cobertura mundial.</p> <p>Si lo ingresan en un hospital por un total de menos de 24 horas por la misma condición, usted paga \$0 por la visita de emergencia.</p>

Beneficio	Medicare Original	Healthy Advantage Plan (HMO)
<p>16. Atención Necesitada Urgentemente</p> <p>Esto NO es cuidado de emergencia, y en la mayoría de los casos, ocurre fuera del área de servicio.</p>	<p>20% coseguro o los copagos pertinentes.</p> <p>Estos servicios NO están cubiertos fuera de los E.E.U.U., excepto bajo circunstancias limitadas.</p>	<p>General</p> <p>\$0 copago por cada servicio de urgencia cubierto por Medicare.</p> <p>Atención de Urgencia incluye cuidado fuera de la red de proveedores y cobertura mundial.</p>
<p>17. Servicios de Rehabilitación como Paciente Externo</p> <p>(Terapia Ocupacional, Terapia Física, Terapia de Lenguaje o del Habla)</p>	<p>20% coseguro</p>	<p>General</p> <p>Reglas de autorización pudieran aplicar.</p> <p>Red de Proveedores</p> <p>\$0 copago por cada visita cubierta por Medicare de Terapia Ocupacional.</p> <p>\$0 copago por cada visita cubierta por Medicare de Terapia Física y/o de Terapia de Lenguaje o del Habla.</p>
SERVICIOS MÉDICOS Y SUMINISTROS A PACIENTES AMBULATORIO		
Beneficio	Medicare Original	Healthy Advantage Plan (HMO)
<p>18. Equipos Médicos Duraderos</p> <p>(Incluye sillas de rueda, oxígeno, etc.)</p>	<p>20% coseguro.</p>	<p>General</p> <p>Reglas de autorización pudieran aplicar.</p> <p>Red de Proveedores</p> <p>\$0 copago por los artículos cubiertos por Medicare.</p>

Beneficio	Medicare Original	Healthy Advantage Plan (HMO)
<p>19. Aparatos Prostéticos</p> <p>(Incluye aparatos ortopédicos, extremidades artificiales y ojos, etc.)</p>	<p>20% copago</p>	<p>General Reglas de autorización pudiera aplicar.</p> <p>Red de Proveedores \$0 copago por los artículos cubiertos por Medicare.</p>
<p>20. Entrenamiento Para la Autosupervisión de la Diabetes y Suministros Correspondientes</p> <p>(Incluye cobertura de monitores de glucosa, tiras para los exámenes de glucosa lancetas y entrenamiento en la auto-supervisión)</p>	<p>20% coseguro</p> <p>La Terapia Nutritiva es para personas que tienen diabetes o enfermedades de riñones (pero que no están en diálisis o no han tenido un trasplante de riñón) cuando son referidas por un medico. Esto servicios pueden ser suministrados por un dietético registrado o incluye una evaluación nutritiva y visitas para aconsejarle como manejar su diabetes o enfermedad de riñón</p>	<p>General Reglas de autorización pudieran aplicar.</p> <p>Red de Proveedores \$0 copago por entrenamiento de auto supervisión de la diabetes. \$0 copago por terapia de nutrición para la diabetes. \$0 copago por los suministros de la diabetes</p>
<p>21. Pruebas de Diagnóstico, Radiografías, y Servicios de Laboratorios</p>	<p>20% de la cantidad para las pruebas de diagnostico y radiografías.</p> <p>20% de la cantidad para servicios de laboratorio.</p> <p>Servicios de Laboratorio: Medicare le cubre los servicios de laboratorio que son ordenados por su medico cuando son suministrados en un centro certificado de laboratorio (Clinical Laboratory Improvement Amendments (CLIA)) que participe en el Medicare. Los servicios de diagnostico de laboratorio son hechos para ayudar a su medico diagnosticar o descartar una sospechada enfermedad o condición. Medicare no cubre pruebas de rutina como el chequeo de colesterol.</p>	<p>General Reglas de autorización pudieran aplicar.</p> <p>Red de Proveedores \$0 copago por cada servicio cubierto por Medicare:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pruebas de laboratorio - Procedimientos diagnósticos y pruebas <ul style="list-style-type: none"> - Radiografías - Servicios diagnósticos de radiología (que no incluyan radiografías) <p>Servicios terapéuticos de radiología.</p>

Beneficio	Medicare Original	Healthy Advantage Plan (HMO)
	SERVICIOS PREVENTIVOS	
<p>22. Medidas de Densidad Ósea (Para personas con Medicare que presentan riesgo)</p>	<p style="text-align: center;">20% coseguro</p> <p>Cubiertos una vez cada 24 meses (más frecuente si es medicamento necesario) si usted tiene ciertas condiciones medicas.</p>	<p style="text-align: center;">Red de Proveedores</p> <p>\$0 copago por cada examen de Medición de Densidad Ósea.</p>
<p>23. Exámenes Colorrectales para la Detección del Cáncer (Para pacientes con Medicare mayores de 50 años)</p>	<p style="text-align: center;">20% seguro.</p> <p>Cubierto cuando usted es de alto riesgo o mayor de 50 años.</p>	<p style="text-align: center;">Red de Proveedores</p> <p>\$0 copago por los exámenes colorrectales.</p>
<p>24. Vacunas (Vacuna contra la influenza, Vacuna contra la Hepatitis B para pacientes con Medicare que corren riesgo, vacuna contra la neumonía)-</p>	<p>\$0 copago por las vacunas de la neumonía y la influenza.</p> <p>20% coseguro por la vacuna de la Hepatitis B.</p> <p>Puede que necesite la vacuna de la neumonía sólo una vez en la vida. Favor de ponerse en contacto con su médico para más detalles.</p>	<p style="text-align: center;">General</p> <p>Reglas de autorización pudieran aplicar.</p> <p>Usted paga \$0 por vacunas de neumonía, influenza y Hepatitis B</p> <p style="text-align: center;">Red de Proveedores</p> <p>\$0 copago por las vacunas de la neumonía y la influenza.</p> <p>\$0 copago para la vacuna de Hepatitis B.</p> <p>No necesita referido para las vacunas de la neumonía y la influenza.</p>
<p>25. Mamografías (Examen Anual) (Para mujeres de 40 años o más con Medicare)</p>	<p style="text-align: center;">20% coseguro No necesita referido.</p> <p>Cubierta una vez al año para mujeres de 40 años o mas con Medicare. Una mamografía de</p>	<p style="text-align: center;">Red de Proveedores</p> <p>\$0 copago por cada Mamografía cubierta por Medicare.</p>

Beneficio	Medicare Original	Healthy Advantage Plan (HMO)
25. Mamografías (Examen Anual) (Con't)	base será cubierta para mujeres con Medicare de 35 a 39 años de edad.	
26. Examen de Papanicolau y Pélvico (Para mujeres con Medicare)	\$0 copago por el Papanicolau. Cubierto cada 2 años. Cubierto anualmente para las beneficiarias de alto riesgo. 20% coseguro para un examen Pélvico.	Red de Proveedores \$0 copago por cada examen de Papanicolau y por cada examen Pélvico.
27. Exámenes para Detectar el Cáncer en la Próstata (Para hombres de 50 años o más con Medicare)	20% coseguro para un examen rectal digital. \$0 por la prueba de PSA. 20% de la cantidad para otros servicios relacionados. Cubierto una vez al año para hombres de 50 años o más con Medicare.	Red de Proveedores \$0 copago por: - Cada examen de próstata y estudio de cáncer.
28. Insuficiencia Renal Terminal	20% coseguro por diálisis renal. 20% coseguro para la Terapia Nutritiva de la Etapa Final de Enfermedad Renal. La Terapia Nutritiva es para personas que tienen diabetes o enfermedades de riñones (pero que no están en diálisis o no han tenido un trasplante de riñón) cuando son referidos por un medico. Esto servicios pueden ser suministrados por un dietético registrado o incluye una evaluación nutritiva y visitas para aconsejarle como manejar so diabetes o enfermedad de riñón.	General Reglas de autorización pudieran aplicar. Red de Proveedores \$0 copago para la diálisis renal. \$0 copago para la Terapia Nutritiva para la Etapa Final de Enfermedad Renal.

Beneficio	Medicare Original	Healthy Advantage Plan (HMO)
<p>29. Medicinas Recetadas</p>	<p>Muchos medicamentos no están cubierto bajo el Medicare original. Usted puede agregar cobertura de medicina por receta al Medicare Original si usted se inscribe en un plan de Medicina por Receta del Medicare, o usted puede obtener cobertura de Medicare incluyendo la cobertura de Medicina por Receta inscribiéndose en un plan de Medicare Advantage o "Medicare Cost Plan" que ofrezca la cobertura de medicina por receta.</p>	<p>Medicinas Cubiertas Bajo la Parte B de Medicare</p> <p>General</p> <p>20% del costo para las medicinas cubiertas por la Parte B y medicinas de quimioterapia cubiertas por la Parte B.</p> <p>Medicinas Cubiertas Bajo la Parte D de Medicare</p> <p>General</p> <p>Este plan usa un formulario. El Plan le enviara un formulario. También puede ver una versión completa a través del Internet en www.healthsun.com.</p> <p>Diferentes desembolsos personales de gastos de medicina puede que apliquen a las personas que:</p> <ul style="list-style-type: none"> - tienen entradas limitas - viven en un centro de cuidado de largo plazo; o - tienen acceso a centros indígenas/tribales/urbanos (Servicios de Salud para Indígenas). <p>El plan ofrece una cobertura nacional dentro de la red de proveedores (esto incluye los 50 estados y DC). Esto quiere decir que usted pagara la misma cantidad de por las medicinas recetadas que usted recibe en una farmacia dentro de la red fuera de el área de servicio del plan (por ejemplo cuando usted este viajando).</p> <p>El costo anual de sus medicamentos es el costo total pagado por usted y por el plan.</p> <p>El plan puede requerir que usted primero trate un medicamento específico para mejorar su condición</p>

Beneficio	Medicare Original	Healthy Advantage Plan (HMO)
<p>29.Medicinas Recetadas (Con.t)</p>		<p>antes que se le cubra otro medicamento para la misma condición.</p> <p>Algunos medicamentos tienen límites de cantidad.</p> <p>Su proveedor tendrá que obtener autorización del Plan Healthy Advantage (HMO) para recetar ciertas medicinas.</p> <p>En casos limitados, usted tendrá que ir a ciertas farmacias para obtener ciertos medicamentos, debido a cuidado especial, coordinación de proveedor o requerimientos de educación al paciente que no pueden ser suministradas por las farmacias en la red de proveedores.</p> <p>Estos medicamentos están listados en www.healthsun.com, en el formulario y en otros materiales imprimidos, como en el "Medicare Prescription Drug Plan Finder" en www.Medicare.gov.</p> <p>Si el costo actual de la medicina es menos que el costo normal de la medicina, usted tendrá que pagar el costo actual, y no la cantidad más alta.</p> <p>Usted quizás tenga que pagar más que la cantidad normal del costo compartido si usted elije un medicamento en un nivel de costo más alto cuando existe un medicamento en un nivel de costo mas bajo. Esto también puede suceder si una versión genérica mas nueva de un medicamento de marca es agregado al formulario después que usted se inscriba en el plan.</p>

Beneficio	Medicare Original	Healthy Advantage Plan (HMO)
29.Medicinas Recetadas (Con.t)		<p data-bbox="1094 163 1458 201">Red de Proveedores</p> <p data-bbox="1179 254 1373 285">\$0 deducible.</p> <p data-bbox="1019 291 1533 394">Algunos medicamentos no cuentan hacia el desembolso personal de gastos de medicina.</p> <p data-bbox="1117 432 1354 464"><i>Cobertura Inicial</i></p> <p data-bbox="1013 470 1536 537">Usted paga lo siguiente hasta que llegue al costo total anual de \$2,830.</p> <p data-bbox="1130 575 1422 606"><u>Farmacia Comercial</u></p> <p data-bbox="1013 613 1279 644"><i>Genérica Preferida</i></p> <p data-bbox="1013 651 1406 753">-\$0 copago para medicinas un mes (30 días) de suministros en este nivel.</p> <p data-bbox="1013 791 1328 823"><i>No Preferida Genérica</i></p> <p data-bbox="1013 829 1406 932">-\$0 copago para medicinas un mes (30 días) de suministros en este nivel</p> <p data-bbox="1013 970 1240 1001"><i>Marca Preferida</i></p> <p data-bbox="1013 1008 1507 1110">-33% copago para medicinas un mes (30 días) de suministros en este nivel</p> <p data-bbox="1013 1148 1289 1180"><i>Marca No Preferida</i></p> <p data-bbox="1013 1186 1536 1253">-33% copago por medicinas un mes (30 días) de suministros en este nivel.</p> <p data-bbox="1013 1308 1192 1339"><i>Especialidad</i></p> <p data-bbox="1013 1346 1536 1413">-33% coseguro hasta 30 días de suministro de medicinas en este nivel.</p> <p data-bbox="1019 1463 1536 1495"><u>Farmacia de Cuidado a Largo Plazo</u></p> <p data-bbox="1013 1533 1279 1564"><i>Genérica Preferida</i></p> <p data-bbox="1013 1570 1390 1709">-\$0 copago por un mes (31 días) de suministro de medicinas dentro de este nivel.</p> <p data-bbox="1013 1747 1328 1778"><i>No-Preferida Genérica</i></p> <p data-bbox="1013 1785 1458 1887">-\$0 copago por un mes (31 días) de suministro de medicinas dentro de este nivel.</p>

Beneficio	Medicare Original	Healthy Advantage Plan (HMO)
29.Medicinas Recetadas (Con.t)		<p><i>Marca Preferida</i> -33% copago por un mes (31 días) de suministro de medicinas dentro de este nivel.</p> <p><i>Marca No Preferida</i> -33% copago por un mes (31 días) de suministro de medicinas dentro de este nivel.</p> <p><i>Especialidad</i> -33% coseguro por un mes (31 días) de suministro dentro de este nivel.</p> <p><i>Falta de Cobertura</i> El plan cubre todas medicinas genéricas (65%-99% de medicinas genéricas del formulario) a través del periodo de Falta de Cobertura.</p> <p>Usted paga lo siguiente:</p> <p><u>Farmacia Comercial</u> <i>Genérica Preferida</i> -\$0 copago por un mes (30 días) de suministros de medicinas</p> <p><i>Genéricas No Preferidas</i> -\$0 copago por un mes (30 días) de suministros de medicinas</p> <p><u>Farmacia de Cuidado de Largo Plazo</u> <i>Genérica Preferida</i> \$0 copago por un mes (31 días) de suministro de medicinas.</p> <p><i>No-Preferida Genérica</i> \$0 copago por un mes (31 días) de suministro de medicinas.</p> <p>Para todo otro tipo de medicamentos cubiertos, después que su costo total anual alcance \$2,830, usted pagara 100% hasta que</p>

Beneficio	Medicare Original	Healthy Advantage Plan (HMO)
29.Medicinas Recetadas (Con.t)		<p>su desembolso personal de gastos de medicina llegue a \$4,550.</p> <p><i>Cobertura Catastrófica</i> Después que su desembolso personal de gastos de medicina alcance \$4,550 usted pagara lo siguiente:</p> <p><i>Genérica Preferida</i> -\$2.50 copago o 5% de coseguro (el costo mayor entre los dos) para medicamentos dentro de este nivel.</p> <p><i>No-Preferida Genérica</i> -\$6.30 copago o 5% de coseguro (el costo mayor entre los dos) para medicamentos dentro de este nivel.</p> <p><i>Marca Preferida</i> -\$6.30 copago o 5% de coseguro (el costo mayor entre los dos) para medicamentos dentro de este nivel.</p> <p><i>Marca No Preferida</i> -\$6.30 copago o 5% de Coseguro (el costo mayor entre los dos) para medicamentos dentro de este nivel.</p> <p><i>Especialidad</i> \$6.30 copago o 5% de coseguro (el costo mayor entre los dos) para medicamentos dentro de este nivel.</p> <p>Fuera de la Red</p> <p>Los medicamentos del Plan pueden estar cubiertos por circunstancias especiales, por ejemplo, si usted se enferma mientras que usted este viajando fuera del área de servicio donde no hay una farmacia de la red. Usted puede que tenga que pagar más que el costo compartido</p>

Beneficio	Medicare Original	Healthy Advantage Plan (HMO)
29.Medicinas Recetadas (Con.t)		<p>normal si usted consigue los medicamentos en una farmacia fuera de la red.</p> <p>Además, usted tendrá que pagar el cargo total de sus recetas y proveer documentación para poder ser reembolsado por el Plan.</p> <p style="text-align: center;">Fuera de la Red Cobertura Inicial</p> <p>Usted será reembolsado por el costo total de sus recetas menos lo siguiente por medicamentos comprados en una farmacia fuera de la red de proveedores hasta que su costo anual alcance \$2,830:</p> <p><i>Genérica Preferida</i> -\$0 copago por un mes (30 días) de suministros obtenidos dentro de este nivel.</p> <p><i>Genérica No Preferida</i> -\$0 copago por un mes (30 días) de suministros obtenidos dentro de este nivel.</p> <p><i>Marca Preferida</i> 33% copago por un mes (30 días) de suministros obtenidos dentro de este nivel.</p> <p><i>Marca No Preferida</i> 33% copago por un mes (30 días) de suministros obtenidos dentro de este nivel.</p> <p><i>Especialidad</i> 33% coseguro por un mes (30 días) de suministros obtenidos dentro de este nivel.</p> <p style="text-align: center;">Fuera de la Red Falta de Cobertura</p> <p>El plan le reembolsara estas medicinas compradas fuera de la red al costo</p>

Beneficio	Medicare Original	Healthy Advantage Plan (HMO)
29.Medicinas Recetadas (Con.t)		<p>completo de la medicina menos lo siguiente:</p> <p><i>Genérica Preferida</i> -\$0 copago por un mes (30 días) de suministro de medicinas dentro de este nivel.</p> <p><i>No-Preferida Genérica</i> -\$0 copago por un mes (30 días) de suministro de medicinas dentro de este nivel.</p> <p><i>Marca Preferida</i> Después que su costo de medicina anual alcance \$2,830, usted pagara 100% del costo total de sus recetas compradas fuera de la red de proveedores hasta que su desembolso personal de gastos de medicina alcance \$4,550. Usted no será reembolsado por Healthy Advantage (HMO) por compras hechas fuera de la red de proveedores cuando usted este dentro del intervalo de falta de cobertura. Usted debe enviar al plan documentación para que el plan agregue la cantidad que usted ha pagado fuera de la red al total de su desembolso personal de gastos de medicina durante el año.</p> <p><i>Marca No Preferida</i> Después que su costo de medicina anual alcance \$2,830, usted pagara 100% del costo total de sus recetas compradas fuera de la red de proveedores hasta que su desembolso personal de gastos de medicina alcance \$4,550. Usted no será reembolsado por Healthy (HMO) Advantage por compras hechas fuera de la red de proveedores cuando usted este dentro del intervalo de falta de cobertura. Usted debe enviar al plan Healthy Advantage (HMO) documentación</p>

Beneficio	Medicare Original	Healthy Advantage Plan (HMO)
29.Medicinas Recetadas (Con.t)		<p>para que el plan agregue la cantidad que usted ha pagado fuera de la red al total de su desembolso personal de gastos de medicina durante el año.</p> <p><i>Especialidad</i> Después que su costo de medicina anual alcance \$2,830, usted pagara 100% del costo total de sus recetas compradas fuera de la red de proveedores hasta que su desembolso personal de gastos de medicina alcance \$4,550. Usted no será reembolsado por Healthy Advantage (HMO) por compras hechas fuera de la red de proveedores cuando usted este dentro del intervalo de falta de cobertura. Usted debe enviar al plan documentación para que el plan agregue la cantidad que usted ha pagado fuera de la red al total de su desembolso personal de gastos de medicina durante el año.</p> <p style="text-align: center;">Fuera de la Red Cobertura Catastrófica</p> <p>Después que su costo de medicina anual alcance \$4,550, usted será reembolsado por el costo total de las recetas compradas fuera de la red de proveedores menos lo siguiente:</p> <p><i>Genérica Preferida</i> - \$2.50 copago o 5% de coseguro (el costo mayor entre los dos) para medicamentos dentro de este nivel.</p> <p><i>Genérica No-Preferida</i> -\$6.30 copago o 5% de coseguro (el costo mayor entre los dos) para medicamentos dentro de este nivel.</p> <p><i>Marca Preferida</i> -\$6.30 copago o 5% de</p>

Beneficio	Medicare Original	Healthy Advantage Plan (HMO)
29. Medicinas Recetadas (Con.t)		<p>coseguro (el costo mayor entre los dos) para medicamentos dentro de este nivel.</p> <p><i>Marca No Preferida</i> -\$6.30 copago o 5% de coseguro (el costo mayor entre los dos) para medicamentos dentro de este nivel.</p> <p><i>Especialidad</i> -\$6.30 copago o 5% de coseguro (el costo mayor entre los dos) para medicamentos dentro de este nivel.</p>
30. Beneficios Dentales	Servicios Dentales Preventivos (como limpiezas) no están cubiertos.	<p>Red de Proveedores</p> <p>\$0 copago por beneficios dentales cubiertos por el Medicare.</p> <p>\$0 copago por los siguientes beneficios preventivos dentales:</p> <ul style="list-style-type: none"> - 2 examen orales al año (D-0120) - 2 limpiezas al año (D-1110) - 2 tratamientos de fluoruro al año - 2 radiografías dentales al año (D-0220) - Resina para rellenar los dientes anteriores (D-2330 con D-3232) - Relleno de amalgama hasta 4 superficies (D-2140, D-2150, D-2160, D-2161) - Extracción simple (D-7140) - Prótesis superior total 1 cada 3 años (D-5110) - Prótesis inferior total 1 cada 3 años (D-7140) - Desbridamiento completo de la boca - Dentaduras parciales <p>Las beneficios dentales están conforme a la aprobación y a la inscripción en un centro médico participante por un periodo consecutivo mínimo de 90 días a partir del día que usted es efectivo para cobertura bajo el plan de la salud.</p>

Beneficio	Medicare Original	Healthy Advantage Plan (HMO)
31. Cuidados de la Audición	<p>Exámenes de rutina y audífonos no están cubiertos.</p> <p>20% coseguro por exámenes auditivos de diagnóstico.</p>	<p>General Reglas de autorización pudieran aplicar.</p> <p>Red de Proveedores \$0 copago por exámenes auditivos cubiertos por Medicare.</p> <p>\$0 copago por: - 1 examen de audición de rutina por año -1 evaluación y ajuste de audífonos por año.</p> <p>\$ 0 copago por Audífonos externos para el oído hasta un máximo de 1 audífono cada 2 años.</p> <p>Usted tendrá hasta \$700 para audífonos cada 2 años.</p>
32. Cuidados de la Visión	<p>20% coseguro para el diagnóstico y tratamiento de enfermedades y condiciones de la vista.</p> <p>Exámenes de vista de rutina y espejuelos no están cubiertos.</p> <p>Medicare paga por un par de espejuelos o lentes de contactos después de una operación de cataratas.</p> <p>Para pacientes que tienen riesgo, Medicare cubre un examen de glaucoma al año.</p>	<p>General Reglas de autorización pudieran aplicar.</p> <p>Red de Proveedores \$0 copago por el diagnóstico y tratamiento de enfermedades y condiciones de la vista;</p> <p>- un examen de rutina 1 al año.</p> <p>\$0 copago por: -un par de espejuelos o lentes de contactos después de una operación de cataratas. -un par de espejuelos al año -un par de lentes de contacto al año.</p> <p>Limite de \$100 por año para espejuelos.</p>

Beneficio	Medicare Original	Healthy Advantage Plan (HMO)
<p>33. Exámenes Físicos</p>	<p>20% coseguro de los primeros 12 meses de su nueva cobertura con la Parte B.</p> <p>Cuando usted recibe la Parte B de Medicare, usted puede tener un solo examen físico dentro de los primeros 12 meses de su cobertura de la Parte B. La cobertura no incluye pruebas de laboratorio.</p>	<p>Red de Proveedores</p> <p>\$0 copago por exámenes de rutina.</p> <p>No hay límite para la cantidad de exámenes.</p>
<p>Educación de la Salud y el Bienestar</p>	<p>Dejar de Fumar: Cubierta si es ordenada por su medico. Incluye dos (2) visitas con consejeros dentro de un periodo de 12 meses si usted ha sido diagnosticado con una enfermedad relacionada al fumar o si usted esta tomando medicina que puede ser afectada por el tabaco. Cada visita con el consejero incluye hasta 4 visitas de cara a cara. Usted pagara el coseguro y los deducibles de la Parte B aplican.</p>	<p>General</p> <p>Reglas de autorización pudiera aplicar.</p> <p>Favor de visitar nuestro sitio web para revisar nuestra lista de beneficios de medicina sin costo.</p> <p>Medicinas sin recetas serán únicamente para el miembro</p> <p>Favor de llamar al plan para instrucciones sobre el uso de este beneficio</p> <p>Manejo de Enfermedades. Favor de llamar al plan para detalles</p> <p>Red de Proveedores</p> <p>El plan cubre lo siguiente: Educación de los beneficios de la salud y el bienestar: -Materiales por escrito sobre su salud y boletines informativos -Entrenamiento Nutricional -Otros Beneficios del Bienestar</p> <p>\$0 copago para visitas con consejeros para dejar de fumar</p>

Beneficio	Medicare Original	Healthy Advantage Plan (HMO)
Transportación (Rutina)	No esta Cubierta	<p align="center">General</p> <p>Reglas de autorizaciones pueden aplicar para los servicios Viajes sin limites para los miembros de centros que participan (i.e. red de proveedores preferidos, beneficio de transportación, como función de un centro medico preferido o medico de cuidado primario que participe. Limite de 15 viajes para miembros de centros no participantes</p> <p align="center">In-Network</p> <p>\$0 copago por cada viaje de una vuelta a un local aprobado por el plan.</p>
Acupuntura	No hay cobertura	<p align="center">Red de Proveedores</p> <p>El plan no cubre la Acupuntura.</p>
Medicinas sin Recetas	No están cubiertos	<p>Usted recibe \$20 mensualmente para medicinas sin receta.</p> <p>Por favor comuníquese con HealthSun Health Plans para la lista de medicinas sin receta aprobadas.</p>