

HEALTHSUN HEALTH PLANS
SUMARIO DE BENEFICIOS
MEDI-MAX PLAN 006
Enero 1, 2010-Diciembre 31, 2010

SECCIÓN 1- INTRODUCCIÓN AL SUMARIO DE BENEFICIOS

Gracias por su interés en el plan MediMax 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 al plan MediMax (HMO) y pregunte por nuestra "Evidencia de Cobertura".

USTED TIENE OPCIONES EN SU CUIDADO DE SALUD

Como un beneficiario de Medicare, usted puede escoger entre diferentes 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 Plan MediMax (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 ciertos momentos. Por favor llame al Plan HealthSun Health Plan MediMax (HMO) e 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 este número 24 horas al día, 7 días a la semana.

¿COMO PUEDO COMPARAR MIS OPCIONES?

Usted puede comparar el Plan MediMax (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 MEDIMAX (HMO)?

El área de servicio de este plan incluye: el condado de Miami Dade y Broward, Florida. Usted tiene que vivir en el condado para asociarse al plan.

¿QUIEN ES ELEGIBLE PARA ASOCIARSE AL MEDIMAX (HMO)?

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

¿PUEDO ELEGIR MIS MÉDICOS?

MediMax (HMO) ha formado 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 visitarnos en el sitio 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 elige ir a un médico fuera de nuestra red de proveedores, usted tendrá que pagar por los servicios. Ni MediMax (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 DE MEDICARE?

MediMax (HMO) 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?

MediMax (HMO) 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 visitarnos en el 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 MediMax (HMO) usa un formulario. Un formulario es una lista de medicinas cubiertas por su plan para atender las necesidades de sus pacientes. 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 visitando nuestro sitio web en www.healthsun.com.

Si usted está tomando una medicina en el presente la cual no está en nuestro formulario, o está sujeta a límites o requerimientos adicionales, puede que usted pueda 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 pudiera obtener un suministro temporal de su medicina o para más información sobre nuestras normas de transición de medicinas.

¿COMO PUEDO OBTENER AYUDA ADICIONAL PARA LOS COSTOS DE MIS MEDICINAS CON RECETA DEL PLAN?

Si usted es elegible para ayuda adicional con su prima y los costos de sus medicinas con receta. Para averiguar si usted puede calificar para la ayuda adicional llame al:

- 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), personas con impedimentos auditivos puedes 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 Sun Plus 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 medico le hace o le apoya su solicitud acelerada, nosotros tenemos que acelerada la decisión. Finalmente, usted tiene el derecho de presentar un 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 MediMax (HMO) (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.

¿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 para 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 Sun Plus Advantage Plan MediMax (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 Plan para más detalles.

| | |
|-------------------|--|
| Algunos Antigenes | 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 inyeccion si usted tiene enfermedad renal de etapa final (fallo permanente de riñones que |
|--|---|

requieren diálisis o un transplante) 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 transplantes si el transplante 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 MediMax (HMO).

Visítenos 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.

SECCIÓN II SUMARIO DE BENEFICIOS

| Beneficio | Medicare Original | MediMax (HMO) |
|---|---|--|
| INFORMACION IMPORTANTE | | |
| <p>1 - Primas y otras informaciones importantes</p> | <p>En el 2010 la prima mensual de la Parte B es \$96.40 y cambiara para el 2010 y el deducible anual de la Parte B es \$135.00 cambiara para el 2010.</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 telescritor deben llamar 1-800-325-0778.</p> | <p style="text-align: center;">General</p> <p style="text-align: center;">General</p> <p>\$27.40 prima mensual en adición de su prima mensual de Medicare Parte B.</p> <p style="text-align: center;">Red De Proveedores</p> <p>\$3,400 limite pagado de su bolsillo.</p> <p>El limite incluye solamente los servicios cubierto por 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.</p> <p>Usted necesita un referido para ir a los hospitales y especialistas de la red (para ciertos beneficios).</p> |

SUMARIO DE BENEFICIOS

CUIDADO INTERNO

| Beneficio | Medicare Original | MediMax (HMO) |
|---|--|---|
| <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 "periodo 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 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 align="center">In-Network</p> <p>Para hospitalización cubierta por el Medicare:</p> <p align="center">Días 1 - 90: \$0 copago</p> <p>\$0 copago por días adicionales en el hospital.</p> <p align="center">No hay límite en los días cubiertos por el plan para cada periodo de beneficio.</p> <p>Excepto en caso de emergencia, su proveedor debe notificar al Plan que usted va ser ingresado en el hospital.</p> |
| | | |

| Beneficio | Medicare Original | MediMax (HMO) |
|---|--|--|
| <p>4 - Cuidados de Salud Mental a Pacientes Hospitalizados</p> | <p>Usted paga los mismos deducibles y copagos que los pacientes hospitalizados (cuadro anterior)</p> <p>Limite de 190 días en un hospital psiquiátrico de por vida.</p> | <p>Red de Proveedores Para estancias en el Hospital cubierta por el Medicare:</p> <p>Días 1 - 5: \$200 copago por día Days 6 - 90: \$0 copago por día</p> <p>Plan le cubre 60 días de reserva de por vida. Costo de reserva de por vida. Days 1 - 60: \$0 copago por día</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 el hospital.</p> |
| <p>5 - Centro de Enfermería Especializada (En un centro especializado certificado por Medicare)</p> | <p>En el 2009 la cantidad para cada periodo de beneficio después de una estancia cubierta en el hospital de 3 días son las siguientes:</p> <p>Días 1 - 20: \$0 per day Días 21 - 100: \$133.50 per day</p> <p>100 días por cada periodo de beneficio.</p> <p>El "periodo 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 periodo de beneficio, un nuevo periodo de beneficio comienza. Usted tendrá que pagar el deducible de hospitalización por cada periodo de beneficio. No hay limite de cantidad de periodos de beneficios que usted pueda tener.</p> | <p>General Reglas de autorización pueden aplicar.</p> <p>Red de Proveedores \$0 copago por servicios en un Centro de Enfermería Especializado.</p> <p>Plan le cubre hasta 100 días par cada periodo de beneficio.</p> <p>No requiere una estancia previa en el hospital.</p> |

| Beneficio | Medicare Original | MediMax (HMO) |
|---|---|--|
| <p>6. Cuidados de Salud en el Hogar</p> <p>(Incluye cuidados especializados médicamente necesarios e intermitentes, servicios de asistencia en el hogar, servicios de rehabilitación, etc.)</p> | <p>\$0 copago.</p> | <p>General</p> <p>Reglas de autorización pueden aplicar</p> <p>Red de Proveedores</p> <p>\$0 copago por las visitas cubiertas por Medicare de cuidados de salud en el hogar.</p> |
| <p>7 - Hospicio</p> | <p>Usted paga por parte del costo de drogas de pacientes ambulatorios y atención hospitalaria.</p> <p>Usted debe obtener atención de un hospicio certificados por Medicare.</p> | <p>General</p> <p>Debe recibir servicios en un hospicio certificado por Medicare.</p> |

CUIDADO DE PACIENTE EXTERNO

| Beneficio | Medicare Original | MediMax (HMO) |
|--|-------------------------|--|
| <p>8 - Visitas al Consultorio Medico</p> | <p>20% del coseguro</p> | <p>General</p> <p>Para más información Vea Exámenes Físicos de Rutina.</p> <p>Reglas de autorización pueden aplicar</p> <p>Red de Proveedores</p> <p>\$0 copago por cada visita a su medico de servicio primario por beneficios cubiertos por Medicare</p> <p>\$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</p> <p>\$0 copago por cada visita a un especialista por servicios cubiertos por Medicare.</p> |

| Beneficio | Medicare Original | MediMax (HMO) |
|---|--|--|
| 9 - Servicios Quiroprácticos | <p>Cuidado de Rutina no están cubierto</p> <p>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> | <p>Red de Proveedores \$0 copago por</p> <ul style="list-style-type: none"> - Visitas cubiertas por Medicare. - Hasta 12 visitas de rutina al año. <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 Podiátricos | <p>Cuidado de Rutina no están cubiertos</p> <p>20% del 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 autorizaciones pueden aplicar</p> <p>Red de Proveedores \$0 copago por visitas cubiertas por Medicare.</p> <p>1 visita de rutina cada 3 meses. Servicios de podiatría cubiertos por Medicare médicamente necesario</p> |
| 11 - Cuidados de Salud Mental como Paciente Ambulatorio (Externo) | <p>45% coseguro para los servicios de cuidado de salud mental como paciente ambulatoria.</p> | <p>General Reglas de autorizaciones pueden aplicar</p> <p>Red de Proveedores \$0 copago por visitas cubiertas por Medicare para la salud mental como paciente ambulatorio.</p> |

| Beneficio | Medicare Original | MediMax (HMO) |
|--|---|---|
| 12 - Tratamientos para el Control de la Adicción como Paciente Ambulatorio (Externo) | 20% coseguro | <p>General Reglas de autorización pueden aplicar</p> <p>Red de Proveedores \$0 copago para visitas cubiertas por el Medicare.</p> |
| 13 - Servicios/Cirugías como Paciente Ambulatorio (Externo) | <p>20% coseguro para el médico.</p> <p>20% coseguro del centro ambulatorio</p> | <p>General Reglas de autorización pueden aplicar</p> <p>Red de Proveedores \$0 copago por cada visita cubierta por Medicare a un centro quirúrgico como paciente ambulatorio.</p> <p>\$0 copago por cada visita cubierta por Medicare a un hospital como paciente ambulatorio.</p> |
| 14 - Servicios de Ambulancia (Servicios de Ambulancia médicamente necesarios) | 20% coseguro | <p>General Reglas de autorización pueden aplicar</p> <p>In-Network</p> <p>\$0 copago por los servicios de ambulancia cubiertos por Medicare</p> |
| 15 - Servicios de Emergencia Usted puede ir a cualquier sala de emergencia si razonablemente considera que necesita atención médica de emergencia | <p>20% de los honorarios del médico. 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 hospitalizado por la misma condición antes de los 3 días de su visita a la sala de emergencia. Estos servicios NO están cubiertos fuera de los Estados Unidos, excepto bajo circunstancias limitadas.</p> | <p>Red de Proveedores \$50 por cada visita cubierta por Medicare a la sala de emergencia</p> <p>Cobertura mundial.</p> <p>Dentro y Fuera de la Red de Proveedores</p> <p>Si lo ingresan en el hospital dentro de 24 horas por la misma condición, usted paga \$0 por la visita de emergencia.</p> |

| Beneficio | Medicare Original | MediMax (HMO) |
|---|---|---|
| <p>16 - Servicios Urgentes Necesarios</p> <p>Esto NO significa atención de emergencia, y en la mayoría de los casos, se producen fuera del área de servicio.</p> | <p>20% coseguro o los copagos pertinentes</p> <p>Estos servicios NO están cubiertos fuera de los Estados Unidos, 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 Ambulatorio (Externo)</p> <p>(Terapia Ocupacional, Terapia Física, Terapia de Lenguaje o del Habla)</p> | <p>20% coseguro</p> | <p>General</p> <p>Reglas de autorizaciones pueden 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 y por Medicare.</p> |

SERVICIOS MÉDICOS Y SUMINISTROS A PACIENTES AMBULATORIO

| Beneficio | Medicare Original | MediMax (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 autorizaciones pueden aplicar</p> <p>Red de Proveedores</p> <p>\$0 copago por los artículos cubiertos por Medicare.</p> |
| <p>19. Dispositivos Prostéticos</p> <p>(Incluye aparatos ortopédicos, extremidades artificiales y ojos, etc.)</p> | <p>20% coseguro</p> | <p>General</p> <p>Reglas de autorizaciones pueden aplicar</p> <p>Red de Proveedores</p> <p>\$0 copago por los artículos cubiertos por Medica</p> |

| Beneficio | Medicare Original | MediMax (HMO) |
|---|---|--|
| <p>20. Entrenamiento en el Auto Supervisión de la Diabetes y Suministros</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 transplante de riñón) cuando son referidos por un medico. Esto servicios pueden ser suministrados por un diatetico registrado o incluye una evaluación nutritiva y visitas para aconsejarle como manejar so diabetes o enfermedad de riñón.</p> | <p>General</p> <p>Reglas de autorizaciones pueden aplicar para los servicios</p> <p>Red de Proveedores</p> <p>\$0 copago por entrenamiento de auto supervisión de la diabetes.</p> <p>\$0 copago por Terapia de Nutrición para la Diabetes.</p> <p>\$0 copago por los suministros de la diabetes cubiertos por Medicare.</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>\$0 copago para los servicios de laboratorio cubiertos por Medicare</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</p> <p>Reglas de autorizaciones pueden aplicar para los servicios</p> <p>Red de Proveedores</p> <p>\$0 copago para servicios aprobados por el Medicare:</p> <ul style="list-style-type: none"> -pruebas de laboratorio -procedimientos diagnósticos y pruebas -radiografías -servicios diagnósticos de radiología (que no incluyan radiografías) -servicios terapéutico de radiología. |
| SERVICIOS PREVENTIVOS | | |
| Beneficio | Medicare Original | MediMax (HMO) |
| <p>22 - Medidas de Densidad Ósea</p> <p>(Para personas con Medicare que presentan riesgo</p> | <p>20% coseguro</p> <p>Cubiertos una vez cada 24 meses (más frecuente si es medicamento necesario) si usted tiene ciertas condiciones medicas.</p> | <p>Red de Proveedores</p> <p>\$0 copago por cada examen de Medición de Densidad Ósea cubierto por Medicare.</p> |

| Beneficio | Medicare Original | MediMax (HMO) |
|--|--|---|
| <p>23 - Exámenes Colorrectales para la Detección del Cáncer</p> <p>(Para pacientes con Medicare mayores de 50 años)</p> | <p>20% coseguro</p> <p>Cubierto cuando usted es alto riesgo o mayor de 50 años.</p> | <p>Red de Proveedores</p> <p>\$0 copago por los exámenes colorrectales cubiertos por Medicare.</p> |
| <p>24. Inmunizaciones (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% co seguro 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>General</p> <p>Reglas de autorizaciones pueden aplicar para los servicios</p> <p>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)</p> <p>(Para mujeres de 40 años o más con Medicare)</p> | <p>20% de la cantidad aprobada por Medicare</p> <p>No necesita referido</p> <p>Cubierta una vez al año para mujeres de 40 años o mas con Medicare. Una mamografía de base será cubierta para mujeres con Medicare de 35 años a 39.</p> | <p>Red de Proveedores</p> <p>\$0 copago por cada Mamografía cubierta por Medicare</p> |
| <p>26 - Examen de Papanicolau y Pélvico</p> <p>(Para mujeres con Medicare)</p> | <p>\$0 copago por el Papanicolau</p> <p>Cubierto cada 2 años</p> <p>Cubierto anualmente para las beneficiarias de alto riesgo</p> <p>20% de la cantidad aprobada por Medicare para un examen Pélvico.</p> | <p>Red de Proveedores</p> <p>\$0 copago por cada examen de Papanicolau y por cada examen Pélvico cubiertos por Medicare.</p> |

| Beneficio | Medicare Original | MediMax (HMO) |
|---|---|---|
| <p>27 - Exámenes para Detectar el Cáncer en la Próstata</p> <p>(Para hombres de 50 años o más con Medicare)</p> | <p>20% de la cantidad aprobada por Medicare para un examen rectal digital.</p> <p>\$0 por la prueba de PSA</p> <p>20% de la cantidad aprobada por Medicare para otro servicios relacionados.</p> <p>Cubierto una vez al año para hombres de 50 años o más con Medicare.</p> | <p>Red de Proveedores</p> <p>\$0 copago por cada examen de próstata y estudio de cáncer.</p> |
| <p>28 - Etapa Final de Enfermedad Renal</p> | <p>20% coseguro por diálisis renal.</p> <p>20% coseguro para la Terapia Nutritiva de la Etapa Final de Enfermedad Renal.</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 transplante de riñón) cuando son referidos por un medico. Esto servicios pueden ser suministrados por un diatetico registrado o incluye una evaluación nutritiva y visitas para aconsejarle como manejar so diabetes o enfermedad de riñón.</p> | <p>General</p> <p>Reglas de autorizaciones pueden aplicar para los servicios</p> <p>Red de Proveedores</p> <p>\$0 copago para la diálisis renal</p> <p>\$0 copago para la Terapia Nutritiva para la Etapa Final de Enfermedad Renal</p> |

| Beneficio | Medicare Original | MediMax (HMO) |
|----------------------------------|---|---|
| <p>29 - Medicinas con Receta</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>Drugs covered under Medicare Part B General</p> <p>20% del costo para las medicinas cubiertas del Medicare Part B (no incluye medicinas Parte B para la quimioterapia).</p> <p>20% del costo de las medicinas de quimioterapia cubierta por la Parte B.</p> <p>Drugs covered under Medicare Part D General</p> <p>Este plan usa un formulario. Nosotros le enviaremos un formulario. También puede ver una versión completa visitando nuestro sitio web en www.healthsun.com.</p> <p>Diferente costos fuera de su bolsillo pueden 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 -tiene acceso al Indian/Tribal/Urban <p>El plan ofrece 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 la medicina por receta que usted recibe en una farmacia dentro de la red fuera de la área de servicio del plan (por ejemplo cuando usted este viajando).</p> |
| | | |

| Beneficio | Medicare Original | MediMax (HMO) |
|-----------------------------------|-------------------|---|
| 29 - Medicinas con Receta (Con't) | | <p>Entregas de las medicinas por receta de la farmacia preferida serán gratuitas.</p> <p>El costo anual de medicamentos es el costo total pagado por usted y por el plan.</p> <p>El plan puede requerir que usted primero trate un medicamento para mejorar su condición antes que se le cubra otro medicamento para la misma condición.</p> <p>Algunos medicamentos tienen límites de cantidades.</p> <p>Su proveedor tendrá que obtener autorización del plan MediMax para ciertas medicinas.</p> <p>Su proveedor tendrá que obtener una autorización previa de MediMax (HMO) para ciertos medicamentos.</p> <p>Usted tendrá que ir a ciertas farmacias para una cantidad muy limitada de 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. Estos medicamentos están listados en el sitio web, el formulario y en materiales imprimidos, como en el Medicare Prescription Drug Plan Finder en Medicare.gov.</p> <p>Si el costo actual de la medicina es menos que la cantidad del costo normal para la medicina, usted tendrá que pagar el costo actual, no la cantidad más alta de la cantidad de costo compartido.</p> |

| Beneficio | Medicare Original | MediMax (HMO) |
|-----------------------------------|-------------------|---|
| 29 - Medicinas con Receta (Con't) | | <p data-bbox="1052 136 1421 178">Red de Proveedores</p> <p data-bbox="1125 226 1347 262">\$310 deducible</p> <p data-bbox="1003 304 1474 409">Algunos medicamentos no cuentan hacia el costo fuera del bolsillo.</p> <p data-bbox="1109 445 1372 483"><i>Cobertura Inicial</i></p> <p data-bbox="998 487 1481 625">Después que Usted paga su deducible anual, usted pagara el 25% hasta que llegue al costo de \$2,830:</p> <p data-bbox="1088 661 1388 699"><u>Farmacia Comercial</u></p> <p data-bbox="1052 735 1421 840">Usted puede obtener las medicinas de la siguiente manera(s):</p> <ul data-bbox="1019 844 1453 877" style="list-style-type: none"> -un mes (30-días) de suministro <p data-bbox="1011 913 1461 982"><u>Farmacia de Cuidado de Largo Plazo</u></p> <p data-bbox="1052 1018 1421 1123">Usted puede obtener las medicinas de la siguiente manera(s):</p> <ul data-bbox="1019 1127 1453 1161" style="list-style-type: none"> -un mes (31-días) de suministro <p data-bbox="1088 1197 1388 1234"><i>Falta de Cobertura</i></p> <p data-bbox="987 1270 1490 1453">Después de que sus costos anuales alcancen \$2,830, usted pagara 100% hasta que su desembolso personal de gastos de medicina anual llegue a \$4,550.</p> <p data-bbox="1071 1486 1404 1524">Cobertura Catastrófica</p> <p data-bbox="1011 1560 1469 1701">Después que su costos de desembolso personal alcance \$4,550 usted pagara lo mayor de lo siguiente:</p> <ul data-bbox="1006 1705 1469 1915" style="list-style-type: none"> -\$.50 copago para medicina genérica (incluyendo medicinas de marca tratadas como genéricas) y \$6.30 copago por toda otra medicina, o -5% coseguro |

| Beneficio | Medicare Original | MediMax (HMO) |
|-----------------------------------|-------------------|---|
| 29 - Medicinas con Receta (Con't) | | <p style="text-align: center;">Fuera de la Red</p> <p>Las drogas del plan se pueden cubrir en circunstancias especiales, por ejemplo, enfermedad mientras que viajan fuera del área de servicio del plan donde no hay farmacia de la red. Usted puede tener que pagar más que su cantidad normal de la participación en los gastos si usted consigue sus drogas en una farmacia fuera de la red de proveedores.</p> <p>Además, usted tendrá que probablemente pagar la cantidad completa a la farmacia y someter la documentación para recibir el reembolso de MediMax (HMO).</p> <p>Usted puede conseguir las drogas en la manera siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Un mes (30-días) de suministro <p>Cobertura inicial de la Hacia fuera-de-Red</p> <p>Después de que usted pague su deducible anual, le reembolsarán hasta el 75% del coste permisible del plan para la hacia fuera-de-red comprada las drogas hasta que su alcance anual total \$2.830 de los costes de la droga.</p> <p>Cobertura Gap de la Hacia fuera-de-Red</p> <p>Después de que sus costes anuales totales de la droga alcancen \$2.830, usted paga 100% de la carga completa de la farmacia hacia fuera-de-red comprada las drogas hasta que su alcance gastado anual \$4.550 de los costes de la droga. A MediMax (HMO) le no reembolsará para las compras de la hacia fuera-de-red cuando usted está en el boquete de la cobertura. Sin embargo, usted</p> |

| Beneficio | Medicare Original | MediMax (HMO) |
|-----------------------------------|---|---|
| 29 - Medicinas con Receta (Con't) | | <p>debe todavía someter la documentación a MediMax (HMO) así que podemos agregar las cantidades que usted pasó la hacia fuera-de-red a sus costes gastados totales por el año.</p> <p>Fuera de la Red Cobertura Catastrófica Después de que sus costes gastados anuales de la droga alcancen \$ 4,550 se le reembolsarán por las drogas compradas en farmacias fuera de la red de proveedores por el costo completo de la droga menos el siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Un \$ 2.50 copago para genérico (drogas incluyendo de la marca de fábrica tratadas como genérico) y un \$ 6.30 copago para el resto de las drogas, o - co seguro del 5%. |
| | | |
| 30. Beneficios Dentales | Servicios Dentales Preventivos (como limpiezas) no están cubierto | <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 |

| Beneficio | Medicare Original | MediMax (HMO) |
|-------------------------------|---|--|
| 30. Beneficios Dentales | | <p>3 años (D-7140)</p> <ul style="list-style-type: none"> - 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> <p>El plan ofrece beneficios dentales comprensivos adicionales.</p> |
| 31. Beneficios de la Audición | <p>Exámenes de rutina y audífonos no están cubiertos.</p> <p>20% de la cantidad aprobada por Medicare por exámenes auditivos de diagnóstico</p> | <p>General</p> <p>Reglas de autorizaciones pueden aplicar para los servicios</p> <p>Red de Proveedores</p> <p>\$0 copago por exámenes auditivos cubiertos por Medicare</p> <p>\$0 copago por:</p> <ul style="list-style-type: none"> -examen de audición de rutina 1 por año, -evaluación y ajuste de audífonos, 1 por año. <p>\$ 0 copago por:</p> <p>Audífonos externos para el oído hasta un máximo de 1 audífono cada 2 años</p> <p>Usted tendrá un limite de \$700 para audífonos cada 2 años</p> |
| | | |

| Beneficio | Medicare Original | MediMax (HMO) |
|--------------------------------------|---|--|
| 32 - Beneficios de la Visión. | <p>20% de la cantidad aprobada por Medicare para 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 para un par de espejuelos o lentes de contactos después de una operación de catarata.</p> <p>Annual glaucoma screenings covered for people at risk. Para pacientes que tienen riesgo, le cubre un examen de glaucoma al año.</p> | <p>General Reglas de autorizaciones pueden aplicar</p> <p>Red de Proveedores</p> <p>\$0 copago por el diagnóstico y tratamiento de enfermedades y condiciones de la vista; - 1 examen de rutina al año.</p> <p>\$0 copago por: -un par de espejuelos o lentes de contactos después de una operación de catarata. -un par de espejuelos al año. -un par de lentes de contacto al año \$100 limite para espejuelos cada año.</p> |
| 33 - Exámenes Físicos | <p>20% de la cantidad aprobada por Medicare dentro de los primeros 12 meses de su nueva cobertura con la Parte B. 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 limite para el número de exámenes</p> |
| Educación de la Salud y el Bienestar | <p>Dejar de Fumar: Cubierta si es ordenada por su médico. 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>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> |

| Beneficio | Medicare Original | MediMax (HMO) |
|--|--------------------|--|
| Educación de la Salud y el Bienestar (Con't) | | <p>Red de Proveedores El plan cubre lo siguiente:</p> <p>Educación de los beneficios de la salud y el bienestar:</p> <p>Entrenamiento Nutricional Otros Beneficios del Bienestar</p> <p>Materiales por escrito sobre su salud y boletines informativos</p> <p>\$0 copago por cada visita con el consejero para dejar de fumar</p> |
| Acupuntura | No están cubiertos | Este plan no cubre la Acupuntura |
| Medicinas sin Recetas | No están cubiertos | <p>Usted recibe \$30 mensualmente para medicinas sin receta.</p> <p>Por favor comuníquese con HealthSun Health Plans para la lista de medicinas sin receta aprobadas.</p> |