

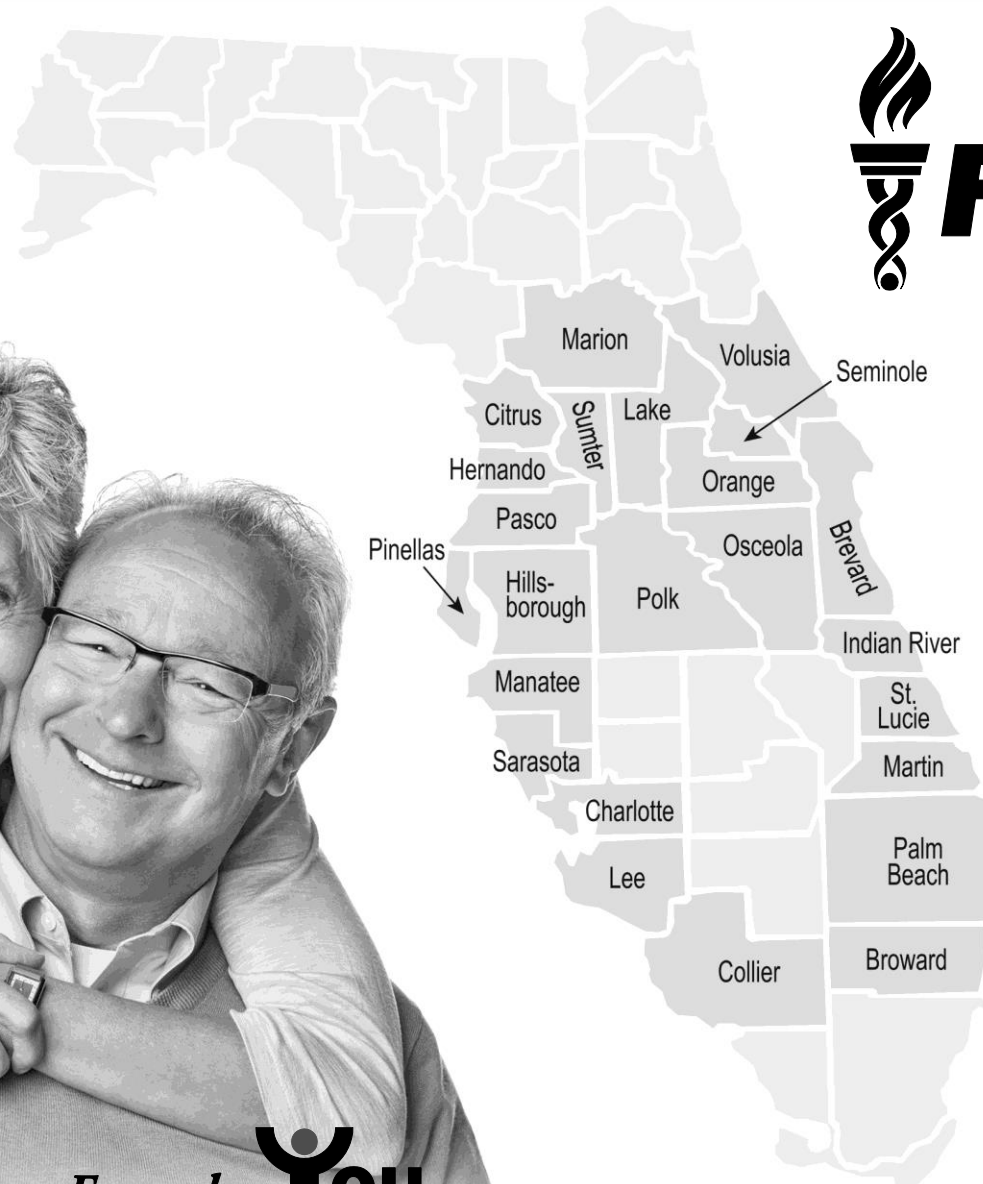
# Plan para Necesidades Especiales de Doble Elegibilidad 2021

2021

F21SBDUALSP



*Focused on* **You**



## *Combinación de Planes* **078 - 087**

**078 - Freedom Medi-Medi  
Partial (HMO D-SNP)**

**087 - Freedom Medi-Medi Full  
(HMO D-SNP)**

### **Condados:**

Brevard, Broward, Charlotte, Citrus, Collier,  
Hernando, Hillsborough, Indian River, Lake,  
Lee, Manatee, Marion, Martin, Orange,  
Osceola, Palm Beach, Pasco, Pinellas, Polk,  
Sarasota, Seminole, St. Lucie, Sumter, Volusia

# *2021 Resumen de Beneficios*

H5427\_2021\_SB\_078\_087\_M



# Resumen de Beneficios

**1 de enero del 2021 hasta el 31 de diciembre del 2021**

**Freedom Medi-Medi Partial (HMO D-SNP) H5427\_078**

**Freedom Medi-Medi Full (HMO D-SNP) H5427\_087**

El propósito del Resumen de Beneficios es proporcionarle un resumen de los beneficios de medicamentos y de salud cubiertos por **Freedom Medi-Medi Partial (HMO D-SNP) H5427\_078** y **Freedom Medi-Medi Full (HMO D-SNP) H5427\_087**, que describe lo que cubrimos y lo que usted paga. Esta información no es una descripción completa de los beneficios. Llame al 1-800-401-2740 (TTY: 711) para obtener más información. Se pueden aplicar limitaciones, copagos y restricciones. Los beneficios, primas y / o copagos / coaseguro pueden cambiar el 1 de enero de cada año.

Freedom Health Inc. es un HMO con un contrato de Medicare y un contrato con el programa de Medicaid de Florida. Inscripción en el Plan depende de la renovación de contrato.

Freedom Health ofrece Planes para Necesidades Especiales de Doble Elegibilidad (D-SNPs) que están disponibles para cualquier persona que tiene asistencia médica del Plan Estatal bajo Medicaid (Título XIX) y Medicare (Título XVIII). Freedom Health, Inc. ha sido aprobado por el Comité Nacional de Garantía de Calidad (NCQA) para operar como un Plan de Necesidades Especiales (SNP) hasta el año 2021 basado en una revisión del Modelo de Atención de Freedom Health, Inc.

Para unirse a **Freedom Medi-Medi Partial (HMO D-SNP) H5427\_078** o **Freedom Medi-Medi Full (HMO D-SNP) H5427\_087**, usted debe tener Medicare Parte A y Medicare Parte B, y vivir en nuestra área de servicio y ser elegible para la asistencia de costo compartido de Medicare bajo Medicaid. Dependiendo de su nivel de elegibilidad de Medicaid, los beneficios diferencian y pueden o no estar sujeto a los requisitos de costo compartido.

Para unirse a **Freedom Medi-Medi Partial (HMO D-SNP) H5427\_078**, debe ser elegible para ciertos niveles de asistencia financiera de Florida Medicaid, como uno de los siguientes: Beneficiario de Medicare de Bajos Ingresos Especificado (SLMB o SLMB Plus), Individuo Calificado (QI) o Individuo Calificado y Trabajado con Discapacidad (QDWI) u otro Beneficio completo de doble elegibilidad (FBDE).

Para unirse a **Freedom Medi-Medi Full (HMO D-SNP) H5427\_087**, debe ser elegible para ciertos niveles de asistencia financiera de Florida Medicaid, como Beneficiario de Medicare Calificado (QMB o QMB Plus).

H5427\_2021\_SB\_078\_087\_M

Nuestras áreas de servicio incluyen los siguientes condados en la Florida:

**Freedom Medi-Medi Partial (HMO D-SNP) H5427\_078 y Freedom Medi-Medi Full (HMO D-SNP) H5427\_087:**

Brevard, Broward, Charlotte, Citrus, Collier, Hernando, Hillsborough, Indian River, Lake, Lee, Manatee, Marion, Martin, Orange, Osceola, Palm Beach, Pasco, Pinellas, Polk, Sarasota, Seminole, St. Lucie, Sumter y Volusia.

Freedom Health, Inc. tiene una red de médicos, hospitales, farmacias y otros proveedores. Debe usar proveedores del plan para obtener su atención y servicios médicos, excepto en los servicios de emergencia o necesarios urgentes cuando la red no esté disponible, servicios de diálisis fuera del área y en los casos en que el plan autoriza el uso de proveedores fuera de la red. Si obtiene atención de rutina de proveedores que no pertenecen a la red, ni Medicare ni Freedom Health serán responsables de los costos. Los proveedores fuera de la red / no contratados no tienen la obligación de tratar a los miembros de Freedom Health, excepto en situaciones de emergencia. Llame a nuestro número de Servicio para Miembros o consulte su *Evidencia de Cobertura* para obtener más información, incluido el costo compartido que se aplica a los servicios fuera de la red.



Primas y Beneficios	Beneficios de Medicaid
<b>Prima Mensual del Plan</b>	No hay prima para los beneficios de Medicaid.
<b>Deducible</b>	No hay <b>ningún deducible</b> para los servicios cubiertos por Medicaid.
<b>Máxima Responsabilidad fuera de Bolsillo</b> <i>(No incluye medicamentos recetados)</i>	No hay <b>Máxima Responsabilidad fuera de Bolsillo</b> para servicios cubiertos por Medicaid.
<b>Cobertura por Ingresos Hospitalarios</b>	Usted paga <b>\$0</b> copago por servicios cubiertos por Medicaid.
<b>Cobertura del Hospital para Pacientes Ambulatorios</b>	Usted paga <b>\$0</b> copago por servicios cubiertos por Medicaid.

Freedom Medi-Medi Partial (HMO D-SNP)_078	Freedom Medi-Medi Full (HMO D-SNP)_087	Lo que debe saber
Usted paga hasta <b>\$30.80</b>	Usted paga hasta <b>\$30.80</b>	<p>Debe continuar pagando su prima de la Parte B de Medicare a menos que su prima de parte B sea pagada por Medicaid u otro tercero.</p> <p>Si recibe "Ayuda Adicional", esta prima puede ser reducida o pagada en su nombre.</p>
Usted paga <b>\$0</b>	Usted paga <b>\$0</b>	Estos planes no tienen un deducible.
<b>\$500</b> anualmente	<b>\$500</b> anualmente	<p>Esto es lo máximo que paga de copagos, coaseguro y otros costos por servicios médicos por el año.</p> <p>Póngase en contacto con el Plan para más detalles sobre lo que está cubierto en su Máxima Responsabilidad Fuera de Bolsillo.</p>
Usted paga <b>\$0</b> copago cada día por días 1 al 90	Usted paga <b>\$0</b> copago cada día por días 1 al 90	Excepto en una emergencia, usted debe obtener autorización previa antes que ingrese a las instalaciones o su estadía no será cubierta.
Usted paga <b>\$0</b> copago por visita	Usted paga <b>\$0</b> copago por visita	<p>La autorización previa es necesaria para algunos servicios por su médico u otro proveedor de la red.</p> <p>Comuníquese con el Plan para obtener más información.</p>

Primas y Beneficios	Beneficios de Medicaid
<b>Visitas al Médico</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Primario</b></li> <li>• <b>Especialistas</b></li> </ul>	Usted paga <b>\$0</b> copago por servicios cubiertos por Medicaid.
<b>Cuidado Preventivo</b>	Usted paga <b>\$0</b> copago por servicios cubiertos por Medicaid.
<b>Cuidado de Emergencia</b>	Usted paga <b>\$0</b> copago por servicios cubiertos por Medicaid.
<b>Servicios de Urgencia</b>	Usted paga <b>\$0</b> copago por servicios cubiertos por Medicaid.



Freedom Medi-Medi Partial (HMO D-SNP)_078	Freedom Medi-Medi Full (HMO D-SNP)_087	Lo que debe saber
<p>Usted paga <b>\$0</b> copago por visita.</p> <p>Usted paga <b>\$0</b> copago por visita.</p>	<p>Usted paga <b>\$0</b> copago por visita.</p> <p>Usted paga <b>\$0</b> copago por visita.</p>	<p>Su médico primario coordinará los servicios cubiertos que usted recibe como miembro de nuestro plan.</p> <p>Para que usted pueda ver a un especialista, necesitará tener una remisión de su PCP primero.</p> <p>Copago por separado puede ser aplicable por cada servicio adicional que reciba en una visita al consultorio.</p>
<p>Usted paga <b>\$0</b> copago</p>	<p>Usted paga <b>\$0</b> copago</p>	<p>Se cubrirá cualquier servicio preventivo adicional aprobado por Medicare durante el año del contrato. Servicios preventivos llevados a cabo en el hospital pueden requerir autorización previa.</p>
<p>Usted paga <b>\$0</b> copago por visita</p>	<p>Usted paga <b>\$0</b> copago por visita</p>	<p><b>\$500</b> de copago por cada servicio de emergencia, servicio urgente y transporte de emergencia fuera de los Estados Unidos. Límite de cobertura del plan de <b>\$100,000</b> para servicios de emergencia, servicios urgentes y transporte de emergencia fuera de los Estados Unidos cada año. Póngase en contacto con el plan para más detalles.</p>
<p>Usted paga <b>\$0</b> copago</p>	<p>Usted paga <b>\$0</b> copago</p>	<p><b>\$500</b> de copago por cada servicio de emergencia, servicio urgente y transporte de emergencia fuera de los Estados Unidos. Límite de cobertura del plan de <b>\$100,000</b> para servicios de emergencia, servicios urgentes y transporte de emergencia fuera de los Estados Unidos cada año. Póngase en contacto con el plan para más detalles.</p>

Primas y Beneficios	Beneficios de Medicaid
<p><b>Servicios de Diagnóstico/ Laboratorios/ Imágenes</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Servicio de Radiología de Diagnóstico</b> <i>(por ejemplo, MRI)</i></li> <li>• <b>Servicios de Laboratorio</b></li> <li>• <b>Pruebas de Diagnóstico y Procedimientos</b></li> <li>• <b>Radiografías Ambulatorias</b></li> <li>• <b>Radiología Terapéutica</b></li> </ul>	<p>Usted paga <b>\$0</b> copago por servicios cubiertos por Medicaid.</p>
<p><b>Servicios de Audición</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Examen de Audición/Evaluación de adaptación de audífonos</b></li> <li>• <b>Audífono</b></li> </ul>	<p>Usted paga <b>\$0</b> copago por servicios cubiertos por Medicaid.</p>

Freedom Medi-Medi Partial (HMO D-SNP)_078	Freedom Medi-Medi Full (HMO D-SNP)_087	Lo que debe saber
<p>Usted paga <b>\$0</b> copago</p> <p>Usted paga <b>\$0</b> copago</p> <p>Usted paga <b>\$0</b> copago</p> <p>Usted paga <b>\$0</b> copago</p> <p>Miembros con derecho a Medicaid completo o que están exentos de costo compartido, usted paga <b>0%</b> coaseguro para radiología terapéutica cubierta por Medicare.</p> <p>Todos los demás miembros, usted paga <b>20%</b> coaseguro por radiología terapéutica cubierta por Medicare.</p>	<p>Usted paga <b>\$0</b> copago</p> <p>Usted paga <b>\$0</b> copago</p> <p>Usted paga <b>\$0</b> copago</p> <p>Usted paga <b>\$0</b> copago</p> <p>Usted paga <b>0%</b> coaseguro por radiología terapéutica cubierta por Medicare.</p>	<p>Autorización previa es necesaria para algunos servicios de su médico u otro proveedor de red. Para más información contacte el plan.</p>
<p>Usted paga <b>\$0</b> de copago por un examen audición rutinario cada año</p> <p>Usted paga <b>\$0</b> de copago para una adaptación audífono cada año</p> <p>Usted paga <b>\$0</b> de copago por dos audífonos (1 por oído) cada año</p>	<p>Usted paga <b>\$0</b> de copago por un examen audición rutinario cada año</p> <p>Usted paga <b>\$0</b> de copago para una adaptación audífono cada año</p> <p>Usted paga <b>\$0</b> de copago por dos audífonos (1 por oído) cada año</p>	<p>Nuestro Plan paga un máximo de <b>\$2,000 (\$1,000 por audífono)</b> de beneficio de audífonos cada año.</p> <p>Usted es responsable por el pago de cualquier cantidad que exceda el máximo del beneficio de audífonos de <b>\$2,000 (\$1,000 por audífono)</b>.</p> <p>Para todos los planes, usted paga un copago de <b>\$0</b> por el examen de audición de diagnóstico cubierto por Medicare.</p>

Primas y Beneficios	Beneficios de Medicaid
<p><b>Servicios Dentales</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Examen Oral y Limpieza</b></li> <li>• <b>Tratamiento de fluoruro</b></li> <li>• <b>Radiografías Dentales</b></li> <li>• <b>Extracción/ Extirpación Quirúrgica</b></li> <li>• <b>Rellenos</b></li> <li>• <b>Desbridamiento</b></li> <li>• <b>Limpieza Profunda (Escala/Planificación de Raíces)</b></li> <li>• <b>Coronas</b></li> <li>• <b>Dentaduras/ realineación de la dentadura</b></li> <li>• <b>Mantenimiento periodontal</b></li> </ul>	<p>Usted paga <b>\$0</b> copago por servicios cubiertos por Medicaid.</p>

Freedom Medi-Medi Partial (HMO D-SNP)_078	Freedom Medi-Medi Full (HMO D-SNP)_087	Lo que debe saber
<p>Usted paga <b>\$0</b> copago por examen bucal, 2 al año, y <b>\$0</b> copago por Limpieza, 2 al año</p> <p>Usted paga <b>\$0</b> copago por tratamiento de fluoruro, 2 al año</p> <p>Usted paga <b>\$0</b> copago para radiografías dentales</p> <p>Usted paga <b>\$0</b> de copago por extracción del diente, 2 procedimientos por año</p> <p>Usted paga un copago de <b>\$0</b> por relleno o restauración de resina, 2 por año</p> <p>Usted paga <b>\$0</b> copago por desbridamiento de boca completa, 1 cada 2 años</p> <p>Usted paga <b>\$0</b> de copago por escalada/cepillado radicular/4 procedimientos totales por año, y limitado a 1 procedimiento por cuadrante por año</p> <p>Usted paga <b>\$0</b> copago por porcelana/cerámica o porcelana fusionada a corona metálica noble alta, 1 por año</p> <p>Usted paga <b>\$0</b> copago para dentaduras parciales o completas / un set completo cada 5 años y usted paga <b>\$0</b> copago por realineación de la dentadura – 1 por año</p> <p>Usted paga <b>\$0</b> copago por 2 procedimientos por año</p>	<p>Usted paga <b>\$0</b> copago por examen bucal, 2 al año, y \$0 copago por Limpieza, 2 al año</p> <p>Usted paga <b>\$0</b> copago por tratamiento de fluoruro, 2 al año</p> <p>Usted paga <b>\$0</b> copago para radiografías dentales</p> <p>Usted paga <b>\$0</b> de copago por extracción del diente, 2 procedimientos por año</p> <p>Usted paga un copago de <b>\$0</b> por relleno o restauración de resina, 2 por año</p> <p>Usted paga <b>\$0</b> copago por desbridamiento de boca completa, 1 cada 2 años</p> <p>Usted paga <b>\$0</b> de copago por escalada/cepillado radicular/4 procedimientos totales por año, y limitado a 1 procedimiento por cuadrante por año</p> <p>Usted paga <b>\$0</b> copago por porcelana/cerámica o porcelana fusionada a corona metálica noble alta, 1 por año</p> <p>Usted paga <b>\$0</b> copago para dentaduras parciales o completas / un set completo cada 5 años y usted paga <b>\$0</b> copago por realineación de la dentadura – 1 por año</p> <p>Usted paga <b>\$0</b> copago por 2 procedimientos por año</p>	<p>Los servicios dentales excluyen mantenimiento periodontal. Autorización previa puede ser requerida y los servicios deben ser realizados por un dentista general participante. Para obtener una lista completa de los servicios que cubrimos, por favor consulte su <i>Evidencia de Cobertura</i>.</p> <p>Para todos los planes, usted paga <b>\$0</b> copago para beneficios dentales cubiertos por Medicare.</p>

Primas y Beneficios	Beneficios de Medicaid
<p><b>Servicios de Visión</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Examen de Visión Rutinario</b></li> <li>• <b>Gafas (Marcos y Lentes)</b></li> </ul>	<p>Usted paga <b>\$0</b> copago por servicios cubiertos por Medicaid.</p>
<p><b>Servicios de Salud Mental</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Visita de Hospitalización</b></li> <li>• <b>Visita de Terapia de Grupo - Ambulatoria y Terapia Individual - Ambulatoria</b></li> </ul>	<p>Usted paga <b>\$0</b> copago por servicios cubiertos por Medicaid.</p>
<p><b>Centro de Enfermería Especializada (SNF)</b></p>	<p>Usted paga <b>\$0</b> copago por servicios cubiertos por Medicaid. Días adicionales pueden estar disponibles.</p>

Freedom Medi-Medi Partial (HMO D-SNP)_078	Freedom Medi-Medi Full (HMO D-SNP)_087	Lo que debe saber
<p>Usted paga <b>\$0</b> de copago para examen de visión rutinario 1 por año llevado a cabo por un Optometrista</p> <p>Usted paga <b>\$0</b> de copago por el límite de cobertura de plan para 2 pares de anteojos o lentes de contacto anuales</p> <p>Usted paga <b>\$0</b> de copago por gafas cubiertas por Medicare (un par de anteojos que incluye marco y lente de plástico o lentes de contacto) después de la cirugía de cataratas</p> <p>El límite de cobertura del plan es de <b>\$300</b> para gafas (gafas o lentes de contacto) por año de beneficio.</p>	<p>Usted paga <b>\$0</b> de copago para examen de visión rutinario 1 por año llevado a cabo por un Optometrista</p> <p>Usted paga <b>\$0</b> de copago por el límite de cobertura de plan para 2 pares de anteojos o lentes de contacto anuales</p> <p>Usted paga <b>\$0</b> de copago por gafas cubiertas por Medicare (un par de anteojos que incluye marco y lente de plástico o lentes de contacto) después de la cirugía de cataratas</p> <p>El límite de cobertura del plan es de <b>\$300</b> para gafas (gafas o lentes de contacto) por año de beneficio.</p>	<p>Usted no paga por exámenes para diagnosticar y tratar enfermedades y afecciones de los ojos por un optometrista o un oftalmólogo (especialista).</p> <p>Póngase en contacto con el Plan para beneficios suplementarios adicionales.</p> <p>Usted será responsable por cualquier cantidad sobre el costo minorista total—máximo de beneficio de plan de <b>\$300</b> para beneficio de gafas—hasta 2 pares combinados.</p>
<p>Usted paga <b>\$0</b> copago cada día, los días 1 al 90, por admisión</p> <p>Usted paga <b>\$0</b> por visita grupal ambulatoria/ visita terapia individual</p>	<p>Usted paga <b>\$0</b> copago cada día, los días 1 al 90, por admisión</p> <p>Usted paga <b>\$0</b> por visita grupal ambulatoria/ visita terapia individual</p>	<p>Puede requerirse autorización previa. Excepto en una emergencia, su médico debe informar al plan que va a ser admitido en el hospital.</p>
<p>Usted paga <b>\$0</b> por admisión</p>	<p>Usted paga <b>\$0</b> por admisión</p>	<p>El plan cubre hasta 100 días en un SNF en un periodo de beneficio.</p> <p>Usted debe obtener autorización previa antes de ser admitido en una institución o su estancia no puede ser cubierta.</p>

Primas y Beneficios	Beneficios de Medicaid
<p><b>Terapia Física (Servicios de Rehabilitación)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Visita de Terapia Ocupacional</b></li> <li>• <b>Visita de Terapia Física</b></li> <li>• <b>Visita de Terapia de Habla</b></li> <li>• <b>Visita de Terapia del Lenguaje</b></li> </ul>	<p>Usted paga <b>\$0</b> copago por servicios cubiertos por Medicaid.</p>
<p><b>Ambulancia</b></p>	<p>Usted paga <b>\$0</b> copago por servicios cubiertos por Medicaid.</p>
<p><b>Transporte</b></p>	<p>Usted paga <b>\$0</b> copago por servicios cubiertos por Medicaid.</p>
<p><b>Centro de Cirugía Ambulatoria</b></p>	<p>Usted paga <b>\$0</b> copago por servicios cubiertos por Medicaid.</p>



Freedom Medi-Medi Partial (HMO D-SNP)_078	Freedom Medi-Medi Full (HMO D-SNP)_087	Lo que debe saber
		<p>Para servicios de rehabilitación tendrá que tener una remisión o una autorización de su PCP primero dependiendo del servicio específico.</p> <p>Puede haber límites en terapia física, terapia ocupacional y servicios de patología del habla y del lenguaje. Para obtener más detalles, póngase en contacto con el plan.</p>
<p>Usted paga <b>\$0</b> de copago por servicios de ambulancia terrestre de ida solo cubiertos por Medicare y usted paga <b>\$0</b> de copago por los servicios de ambulancia aérea de ida única cubiertos por Medicare.</p>	<p>Usted paga <b>\$0</b> de copago por servicios de ambulancia terrestre de ida solo cubiertos por Medicare y usted paga <b>\$0</b> de copago por los servicios de ambulancia aérea de ida única cubiertos por Medicare.</p>	<p>La autorización previa puede ser requerida. Comuníquese con el Plan para obtener más detalles.</p>
<p>Usted paga <b>\$0</b> por viajes ilimitados de ida cada año</p>	<p>Usted paga <b>\$0</b> por viajes ilimitados de ida cada año</p>	<p>Transporte está diseñado para viajes a/o desde ubicaciones aprobadas por el plan para citas médicas y las necesidades de salud dentro de su condado.</p> <p>Llame para programar un viaje por lo menos 72 horas antes de la hora prevista para la cita médica.</p>
<p>Usted paga <b>\$0</b> de copago por cada visita al centro quirúrgico ambulatorio cubierto por Medicare.</p> <p>Usted paga <b>\$0</b> de copago por cada visita de hospital ambulatorio cubierto por Medicare</p>	<p>Usted paga <b>\$0</b> de copago por cada visita al centro quirúrgico ambulatorio cubierto por Medicare.</p> <p>Usted paga <b>\$0</b> de copago por cada visita de hospital ambulatorio cubierto por Medicare</p>	<p>La autorización previa puede ser obligatorio. Póngase en contacto con el Plan para obtener más detalles.</p> <p>Si usted está teniendo una cirugía en un centro hospitalario, debe consultar con su proveedor acerca de si será un paciente hospitalizado o ambulatorio.</p>

Primas y Beneficios	Beneficios de Medicaid
<b>Medicamentos de la Parte B de Medicare</b>	Usted paga <b>\$0</b> copago por servicios cubiertos por Medicaid.
<b>Cuidado de los Pies (Servicios de Podología)</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Exámenes de los Pies y Tratamiento</b></li> </ul>	Usted paga <b>\$0</b> copago por servicios cubiertos por Medicaid.
<b>Equipo Médico duradero/Suministros</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Equipo Médico Duradero (Por ejemplo, sillas de ruedas, oxígeno)</b></li> <li>• <b>Prótesis (por ejemplo, aparatos ortopédicos, extremidades artificiales)</b></li> <li>• <b>Suministros para la Diabetes</b></li> </ul>	Usted paga <b>\$0</b> copago por servicios cubiertos por Medicaid.
<b>Bienestar</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Gimnasio</b></li> <li>• <b>Línea de Consejos de Enfermeras las 24 horas</b></li> </ul>	No está cubierto
<b>Suministros de Venta Libre (OTC)</b>	No está cubierto

<b>Freedom Medi-Medi Partial (HMO D-SNP)_078</b>	<b>Freedom Medi-Medi Full (HMO D-SNP)_087</b>	<b>Lo que debe saber</b>
Usted paga <b>\$0</b> de copago para drogas de la quimioterapia y otros medicamentos de la Parte B que Medicare cubre	Usted paga <b>\$0</b> de copago para drogas de la quimioterapia y otros medicamentos de la Parte B que Medicare cubre	El Plan puede requerir autorización para determinar si ciertos medicamentos están cubiertos por la parte B de Medicare o Medicare parte D.  Por favor refiérase a su <i>Evidencia de Cobertura</i> para más detalles.
Usted paga <b>\$0</b> de copago	Usted paga <b>\$0</b> de copago	Los beneficios de podología cubiertos son para el cuidado de los pies médicamente necesario.  Primero necesitará una referencia o autorización previa de su PCP, dependiendo del servicio.
Usted paga <b>\$0</b>  Usted paga <b>\$0</b>  Usted paga <b>\$0</b>	Usted paga <b>\$0</b>  Usted paga <b>\$0</b>  Usted paga <b>\$0</b>	Cubrimos todos los equipos médicos duraderos médicamente necesarios cubiertos por Medicare Original.  Primero necesitará una referencia o autorización previa de su PCP, dependiendo del servicio.
Usted paga <b>\$0</b> de copago  Usted paga <b>\$0</b> de copago	Usted paga <b>\$0</b> de copago  Usted paga <b>\$0</b> de copago	Membresías a Gimnasios se limitan a las instalaciones participantes.  Consejo de la salud de un profesional de enfermería, disponible las 24 horas al día, 7 días a la semana.
<b>\$125 Asignación mensual</b>  <i>El plan no le permite transferir ninguna asignación OTC restante al mes siguiente.</i>	<b>\$125 Asignación mensual</b>  <i>El plan no le permite transferir ninguna asignación OTC restante al mes siguiente.</i>	Por favor, póngase en contacto con el plan o visite nuestro sitio web para obtener instrucciones específicas para el uso de este beneficio y la lista de artículos cubiertos.  Para Servicios a los Miembros llame al 1-800-401-2740, los usuarios de TTY llame al 711 o visite nuestro sitio web en <a href="http://www.freedomhealth.com">www.freedomhealth.com</a>

## Medicamentos Recetados para Pacientes Ambulatorios

### Freedom Medi-Medi Partial (HMO D-SNP) H5427\_078

**Medicaid** - Usted paga **\$0 copago** por medicamentos recetados cubiertos por Medicaid no cubiertos por un Plan de Medicamentos Recetados de Medicare.

	<b>Estándar al por Menos Suministro para 30 Días</b>	<b>Estándar por Correo Suministro para 90 Días</b>	<b>Lo que debe saber</b>
<b><i>Etapa Deducible</i></b>	Si usted recibe "Ayuda Adicional" para pagar sus medicamentos recetados, la cantidad deducible será <b>\$0 o \$92</b> dependiendo del nivel de "Ayuda Adicional" que reciba. Si no recibe "Ayuda Adicional" durante esta etapa, usted paga el costo total de su Nivel 2 de Marca Preferida, Nivel 3 de Medicamentos No Preferidos y Nivel 4 de Nivel Especial hasta <b>\$445</b> . El Plan cubrirá el costo del Nivel 1 de Medicamentos genéricos preferidos.		
<b><i>Etapa de Cobertura Inicial</i></b>	<p>Si usted recibe "Ayuda Adicional", usted paga: Para medicamentos genéricos (incluyendo de marca tratados como genéricos):</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>\$0</b> copago</li> <li>• <b>15%</b> coaseguro</li> <li>• <b>\$1.30</b> copago o</li> <li>• <b>\$3.70</b> copago</li> </ul> <p>Para todos los otros medicamentos, usted paga:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>\$0</b> copago</li> <li>• <b>15%</b> coaseguro,</li> <li>• <b>\$4.00</b> copago o</li> <li>• <b>\$9.20</b> copago</li> </ul> <p>Si usted no recibe "Ayuda Adicional", Usted paga:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>\$0</b> copago</li> <li>• <b>\$45</b> copago</li> <li>• <b>\$95</b> copago</li> <li>• <b>25%</b> coaseguro</li> </ul>	<p>Si usted recibe "Ayuda Adicional", Usted paga: Para medicamentos genéricos (incluyendo de marca tratados como genéricos):</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>\$0</b> copago</li> <li>• <b>15%</b> coaseguro</li> <li>• <b>\$1.30</b> copago o</li> <li>• <b>\$3.70</b> copago</li> </ul> <p>Para todos los otros medicamentos, usted paga:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>\$0</b> copago</li> <li>• <b>15%</b> coaseguro,</li> <li>• <b>\$4.00</b> copago o</li> <li>• <b>\$9.20</b> copago</li> </ul> <p>Si usted no recibe "Ayuda Adicional", Usted paga:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>\$0</b> copago</li> <li>• <b>\$135</b> copago</li> <li>• <b>\$285</b> copago</li> <li>• <b>Un suministro a largo plazo no está disponible</b></li> </ul>	<p>El Costo Compartido puede cambiar dependiendo de su nivel LIS y cuando usted entre en otra fase de beneficio de Parte D. Usted paga su costo compartido hasta que su costo de medicamentos total llegue a <b>\$4,130</b>. No todos los medicamentos son elegibles para un suministro de 90 días. Algunos medicamentos en el nivel 1 permiten hasta 100 días de suministro. Para más información favor llamarnos o acceder en línea <i>nuestra Evidencia de Cobertura</i>.</p> <p>Si reside en un centro de cuidado a largo plazo, paga lo mismo que un suministro estándar de un mes al por menor por un suministro de 34 días.</p> <p>Si no recibe "Ayuda adicional", es posible que se le cobre más cuando reciba medicamentos de una farmacia fuera de la red que de una farmacia dentro de la red.</p>

## Medicamentos Recetados para Pacientes Ambulatorios

### Freedom Medi-Medi Partial (HMO D-SNP) H5427\_078

<b><i>Etapa Sin Cobertura</i></b>	<p>Si usted recibe "Ayuda Adicional" usted paga la misma cantidad de copago y de coaseguro que pagaría en la Etapa de Cobertura Inicial. Si usted no recibe "Ayuda Adicional" usted paga el <b>25%</b> del precio de los medicamentos de marca y el <b>25%</b> del precio (más una porción de la tarifa de dosificación) para todos los medicamentos genéricos. Usted se queda en esta fase hasta que su costo de bolsillo llegue a un total de <b>\$6,550</b>.</p> <p>Si recibe "Ayuda Adicional" el costo de sus medicamentos depende de su nivel de "Ayuda Adicional".</p>
<b><i>Etapa de Cobertura Catastrófica</i></b>	<p>Durante esta fase, el plan pagará la mayor parte del costo de sus medicamentos por el resto del año.</p> <p>Si recibe "Ayuda adicional" para pagar sus medicamentos recetados, los costos de los medicamentos cubiertos dependerán del nivel de "Ayuda adicional" que reciba. Durante esta etapa, su parte del costo de un medicamento cubierto será:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• <b>\$0;</b> o</li><li>• Un coaseguro o un copago, cualquiera que sea la mayor cantidad:<ul style="list-style-type: none"><li>○ o coaseguro del <b>5%</b> del costo del medicamento</li><li>○ o <b>\$3.70</b> de copago por un medicamento genérico o un medicamento que se trata como un medicamento genérico y un copago de <b>\$9.20</b> por el resto de los medicamentos</li><li>○ Nuestro Plan paga el resto del costo</li></ul></li></ul> <p>Mire a su LIS Rider para obtener información sobre sus costos de medicamentos durante la Etapa de Cobertura Catastrófica</p>

## Medicamentos Recetados para Pacientes Ambulatorios

### Freedom Medi-Medi Full (HMO D-SNP) H5427\_087

**Medicaid** - Usted paga **\$0** copago por medicamentos recetados cubiertos por Medicaid no cubiertos por un Plan de Medicamentos Recetados de Medicare.

	<b>Estándar al por Menos Suministro para 30 Días</b>	<b>Estándar por Correo Suministro para 90 Días</b>	<b>Lo que debe saber</b>
<b><i>Etapa Deducible</i></b>	Si usted recibe "Ayuda Adicional" para pagar sus medicamentos recetados, la cantidad deducible será <b>\$0 o \$92</b> dependiendo del nivel de "Ayuda Adicional" que reciba. Si no recibe "Ayuda Adicional" durante esta etapa, usted paga el costo total de su Nivel 2 de Marca Preferida, Nivel 3 de Medicamentos No Preferidos y Nivel 4 de Nivel Especial hasta <b>\$445</b> . El Plan cubrirá el costo del Nivel 1 de Medicamentos genéricos preferidos.		
<b><i>Etapa de Cobertura Inicial</i></b>	<p>Si usted recibe "Ayuda Adicional", usted paga:</p> <p>Para medicamentos genéricos (incluyendo de marca tratados como genéricos):</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>\$0</b> copago</li> <li>• <b>15%</b> coaseguro</li> <li>• <b>\$1.30</b> copago o</li> <li>• <b>\$3.70</b> copago</li> </ul> <p>Para todos los otros medicamentos, usted paga:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>\$0</b> copago</li> <li>• <b>15%</b> coaseguro,</li> <li>• <b>\$4.00</b> copago o</li> <li>• <b>\$9.20</b> copago</li> </ul> <p>Si usted no recibe "Ayuda Adicional", Usted paga:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>\$0</b> copago</li> <li>• <b>\$45</b> copago</li> <li>• <b>\$95</b> copago</li> <li>• <b>25%</b> coaseguro</li> </ul>	<p>Si usted recibe "Ayuda Adicional", Usted paga:</p> <p>Para medicamentos genéricos (incluyendo de marca tratados como genéricos):</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>\$0</b> copago</li> <li>• <b>15%</b> coaseguro</li> <li>• <b>\$1.30</b> copago o</li> <li>• <b>\$3.70</b> copago</li> </ul> <p>Para todos los otros medicamentos, usted paga:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>\$0</b> copago</li> <li>• <b>15%</b> coaseguro,</li> <li>• <b>\$4.00</b> copago o</li> <li>• <b>\$9.20</b> copago</li> </ul> <p>Si usted no recibe "Ayuda Adicional", Usted paga:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>\$0</b> copago</li> <li>• <b>\$135</b> copago</li> <li>• <b>\$285</b> copago</li> <li>• <b>Un suministro a largo plazo no está disponible</b></li> </ul>	<p>El Costo Compartido puede cambiar dependiendo de su nivel LIS y cuando usted entre en otra fase de beneficio de Parte D. Usted paga su costo compartido hasta que su costo de medicamentos total llegue a <b>\$4,130</b>. No todos los medicamentos son elegibles para un suministro de 90 días. Algunos medicamentos en el nivel 1 permiten hasta 100 días de suministro. Para más información favor llamarnos o acceder en línea <i>nuestra Evidencia de Cobertura</i>.</p> <p>Si reside en un centro de cuidado a largo plazo, paga lo mismo que un suministro estándar de un mes al por menor por un suministro de 34 días. Si no recibe "Ayuda adicional", es posible que se le cobre más cuando reciba medicamentos de una farmacia fuera de la red que de una farmacia dentro de la red.</p>
<p><b>Nivel 1: Genérico Preferido</b></p> <p><b>Nivel 2: Marca Preferida</b></p> <p><b>Nivel 3: Medicamento no Preferido</b></p> <p><b>Nivel 4: Nivel de Especialidad</b></p>			

## Medicamentos Recetados para Pacientes Ambulatorios

### Freedom Medi-Medi Full (HMO D-SNP) H5427\_087

<b><i>Coverage Gap Stage</i></b>	<p>Si usted recibe "Ayuda Adicional" usted paga la misma cantidad de copago y de coaseguro que pagaría en la Etapa de Cobertura Inicial. Si usted no recibe "Ayuda Adicional" usted paga el <b>25%</b> del precio de los medicamentos de marca y el <b>25%</b> del precio (más una porción de la tarifa de dosificación) para todos los medicamentos genéricos. Usted se queda en esta fase hasta que su costo de bolsillo llegue a un total de <b>\$6,550</b>.</p> <p>Si recibe "Ayuda Adicional" el costo de sus medicamentos depende de su nivel de "Ayuda Adicional".</p>
<b><i>Catastrophic Coverage Stage</i></b>	<p>Durante esta fase, el plan pagará la mayor parte del costo de sus medicamentos por el resto del año.</p> <p>Si recibe "Ayuda adicional" para pagar sus medicamentos recetados, los costos de los medicamentos cubiertos dependerán del nivel de "Ayuda adicional" que reciba. Durante esta etapa, su parte del costo de un medicamento cubierto será:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• <b>\$0;</b> o</li><li>• Un coaseguro o un copago, cualquiera que sea la mayor cantidad:<ul style="list-style-type: none"><li>○ o coaseguro del <b>5%</b> del costo del medicamento</li><li>○ o <b>\$3.70</b> de copago por un medicamento genérico o un medicamento que se trata como un medicamento genérico y un copago de <b>\$9.20</b> por el resto de los medicamentos</li><li>○ Nuestro Plan paga el resto del costo</li></ul></li></ul> <p>Mire a su LIS Rider para obtener información sobre sus costos de medicamentos durante la Etapa de Cobertura Catastrófica</p>

## Declaración escrita completa para posibles afiliados

The Los beneficios descritos en la sección de Resumen de beneficios: Primas y Beneficios están cubiertos por nuestro plan de Medicare Advantage. Para cada beneficio enumerado, puede ver lo que cubre nuestro plan. Lo que usted paga por los servicios cubiertos puede depender de su nivel de elegibilidad de Medicaid.

Cobertura de los beneficios descritos anteriormente depende de su nivel de elegibilidad de Medicaid. Sea cual sea su nivel de elegibilidad de Medicaid, **Freedom Medi-Medi Partial (HMO D-SNP)** y **Freedom Medi-Medi Full (HMO D-SNP)** cubrirá los beneficios descritos en esa sección del Resumen de Beneficios. Si usted tiene preguntas sobre su elegibilidad de Medicaid y qué beneficios le corresponden, llame a la Agencia de Florida para la administración del cuidado de la salud (AHCA) gratuitamente al 1-888-419-3456 o el Florida Departamento de niños y familias (DCF) programa de acceso gratuitamente al 1-866-762-2237.

Nuestra fuente de información para los beneficios de Medicaid es el sitio web de la Agencia de Administración de Servicios Médicos de la Florida (Medicaid). Todos los servicios cubiertos por Medicaid están sujetos a cambios en cualquier momento. Para obtener la información más actualizada sobre la cobertura de Medicaid de Florida, visite el sitio web de Medicaid de Florida en [ahca.myflorida.com](http://ahca.myflorida.com) o llame a Servicios para Miembros para obtener ayuda. Una explicación detallada de los beneficios de Florida Medicaid se puede encontrar en el Resumen de Servicios en la Florida en: [ahca.myflorida.com/Medicaid/flmedicaid.shtml](http://ahca.myflorida.com/Medicaid/flmedicaid.shtml).



Primas, copagos, coaseguros y deducibles pueden variar dependiendo en el nivel "Ayuda Adicional" adicional que reciba. Para más detalles por favor póngase en contacto con el plan. Si quiere saber más sobre la cobertura y los costos de Medicare Original, buscar en el manual "**Medicare y Usted**". Véalo en línea en la página [www.medicare.gov](http://www.medicare.gov). puede obtener una copia llamando a 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), 24 horas al día, 7 días a la semana. Usuarios TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

Para obtener una lista completa de los servicios que cubrimos, por favor revise su "*Evidencia de Cobertura*" en línea en [www.freedomhealth.com](http://www.freedomhealth.com) u obtenga una copia llamando al 1-800-401-2740 (TTY: 711).

Este documento está disponible en otros formatos como inglés y letra grande. Para más información, llámenos al teléfono abajo o visítenos en [www.freedomhealth.com](http://www.freedomhealth.com).

Favor llamar a Servicio del Miembro al 1-800-401-2740 para información adicional. Usuarios TTY deben llamar al 711. Del 1 de octubre al 31 de marzo puede llamarnos 7 días a la semana, de 8:00 am a 8:00 pm EST. Del 1 de abril al 30 de septiembre nos puede llamar de lunes a viernes de 8:00 am a 8:00 pm EST.

Para adaptaciones de personas con necesidades especiales en reuniones, llame al 1-800-401-2740 (TTY: 711).

Cubrimos medicamentos Parte D. Además, cubrimos Parte B medicamentos como quimioterapia y algunos medicamentos administrados por su proveedor. Usted puede ver de nuestro plan servicios y directorios de farmacia en nuestra página web [www.freedomhealth.com](http://www.freedomhealth.com) o puede llamar y le enviaremos una copia de los directorios. El formulario, red de farmacias y/o red de proveedores puede cambiar en cualquier momento. Usted será avisado cuando sea necesario. Puede ver el formulario del plan completo (lista de medicamentos de parte D) y restricciones en nuestra página de web [www.freedomhealth.com](http://www.freedomhealth.com)

Los planes pueden ofrecer beneficios complementarios además de los beneficios de la Parte C y los beneficios de la Parte D.

Freedom Health, Inc. cumple con las leyes federales aplicables de derechos civiles y no discrimina por motivos de raza, color, origen nacional, edad, discapacidad, o sexo. Freedom Health, Inc. no excluye la gente o tratar de manera diferente debido a su raza, color, origen nacional, edad, discapacidad, o sexo.

Freedom Health, Inc. complies with applicable Federal civil rights laws and does not discriminate on the basis of race, color, national origin, age, disability, or sex. Freedom Health, Inc. konfòm ak lwa sou dwa sivil Federal ki aplikab yo e li pa fè diskriminasyon sou baz ras, koulè, peyi orijin, laj, enfimite oswa sèks.

## **La discriminación es contra la ley.**

### **Aviso informándoles a las personas sobre la no discriminación y requisitos de accesibilidad**

Freedom Health, Inc. cumple con las leyes federales aplicables de derechos civiles y no discrimina por motivos de raza, color, origen nacional, edad, discapacidad, o sexo. Freedom Health, Inc. no excluye la gente o tratar de manera diferente debido a su raza, color, origen nacional, edad, discapacidad, o sexo.

Freedom Health, Inc.:

- Proporciona ayudas y servicios gratuitos a las personas con discapacidad para comunicarse efectivamente con nosotros, tales como:
  - Los intérpretes de lengua de signos cualificados
  - La información escrita en otros formatos (letra grande, audio, formatos electrónicos accesibles, otros formatos)
- Proporciona servicios de idiomas gratuitos a personas cuya lengua materna no es el inglés, tales como:
  - Intérpretes calificados
  - La información escrita en otros idiomas

Si necesita estos servicios, póngase en contacto con el Coordinador de Derechos Civiles de Freedom Health.

Si usted cree que Freedom Health, Inc. no ha podido proporcionar estos servicios o discriminado de otra forma sobre la base de raza, color, origen nacional, edad, discapacidad, o sexo, puede presentar una queja a:

Coordinador de Derechos Civiles

Freedom Health

P.O. Box 152727

Tampa, FL 33684

Teléfono: 1-800-401-2740, TTY / TDD: 711

Fax: 813-506-6235

Puede presentar una queja por correo, fax o teléfono. Si necesita ayuda para presentar una queja, el Coordinador de Derechos Civiles de Freedom Health está disponible para ayudarle.

También puede presentar una queja de derechos civiles con el Departamento de Salud y Servicios Humanos, Oficina de Derechos Civiles de Estados Unidos, por vía electrónica a través de la Oficina de Portal queja de derechos civiles, disponible en

<https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, o por correo o por teléfono al:

U.S. Department of Health and Human Services

200 Independence Avenue, SW, Room 509F, HHH Building, Washington, D.C. 20211

1-800-868-1019, 1-800-537-7697 (TDD)

Los formularios de quejas están disponibles en <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.

## Multi-Language Insert / Inserción de varios idiomas

### Multi-language Interpreter Services / Servicios de interpretación en varios idiomas

**English:** ATTENTION: If you speak English, language assistance services, free of charge, are available to you. Call 1-800-401-2740 (TTY: 711).

**Español (Spanish):** ATENCIÓN: Si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1-800-401-2740 (TTY: 711).

**Kreyòl Ayisyen (French Creole):** ATANSYON: Si w pale Kreyòl Ayisyen, gen sèvis èd pou lang ki disponib gratis pou ou. Rele 1-800-401-2740 (TTY: 711).

**Tiếng Việt (Vietnamese):** CHÚ Ý: Nếu bạn nói Tiếng Việt, có các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho bạn. Gọi số 1-800-401-2740 (TTY: 711).

**Português (Portuguese):** ATENÇÃO: Se fala português, encontram-se disponíveis serviços linguísticos, grátis. Ligue para 1-800-401-2740 (TTY: 711).

**繁體中文 (Chinese):** 注意：如果您使用繁體中文，您可以免費獲得語言援助服務。請致電 1-800-401-2740 (TTY: 711)。

**Français (French):** ATTENTION: Si vous parlez français, des services d'aide linguistique vous sont proposés gratuitement. Appelez le 1-800-401-2740 (ATS: 711).

**Tagalog (Tagalog – Filipino):** PAUNAWA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, maaari kang gumamit ng mga serbisyo ng tulong sa wika nang walang bayad. Tumawag sa 1-800-401-2740 (TTY: 711).

**Русский (Russian):** ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русском языке, то вам доступны бесплатные услуги перевода. Звоните 1-800-401-2740 (телетайп: 711).

**العربية (Arabic):**

العربية ملحوظة: إذا كنت تتحدث اذكر اللغة، فإن خدمات المساعدة اللغوية تتوافر لك بالمجان. اتصل برقم 1-800-401-2740 (رقم هاتف الصم والبكم: 711).

**Italiano (Italian):** ATTENZIONE: In caso la lingua parlata sia l'italiano, sono disponibili servizi di assistenza linguistica gratuiti. Chiamare il numero 1-800-401-2740 (TTY: 711).

**Deutsch (German):** ACHTUNG: Wenn Sie Deutsch sprechen, stehen Ihnen kostenlos sprachliche Hilfsdienstleistungen zur Verfügung. Rufnummer: 1-800-401-2740 (TTY: 711).

**한국어 (Korean):** 주의: 한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. 1-800-401-2740 (TTY: 711) 번으로 전화해 주십시오.

**Polski (Polish):** UWAGA: Jeżeli mówisz po polsku, możesz skorzystać z bezpłatnej pomocy językowej. Zadzwoń pod numer 1-800-401-2740 (TTY: 711).

**ગુજરાતી (Gujarati):** સુચના: જો તમે ગુજરાતી બોલતા હો, તો નિ:શુલ્ક ભાષા સહાય સેવાઓ તમારા માટે ઉપલબ્ધ છે. ફોન કરો 1-800-401-2740 (TTY: 711).

**ภาษาไทย (Thai):** เรียน: ถ้าคุณพูดภาษาไทยคุณสามารถใช้บริการช่วยเหลือทางภาษาได้ฟรี โทร 1-800-401-2740 (TTY: 711).

**ΠΡΟΣΟΧΗ (Greek):** Αν μιλάτε ελληνικά, στη διάθεσή σας βρίσκονται υπηρεσίες γλωσσικής υποστήριξης, οι οποίες παρέχονται δωρεάν. Καλέστε 1-800-401-2740 (TTY: 711).



# 2021 Resumen de Beneficios



Freedom Health, Inc.  
P.O. BOX 151137  
Tampa, FL 33684

[www.freedomhealth.com](http://www.freedomhealth.com)

*Focused on* **You**

## *Combinación de Planes* **078 - 087**

**078 - Freedom Medi-Medi  
Partial (HMO D-SNP)**

**087 - Freedom Medi-Medi Full  
(HMO D-SNP)**

### **Condados:**

Brevard, Broward, Charlotte, Citrus, Collier,  
Hernando, Hillsborough, Indian River, Lake,  
Lee, Manatee, Marion, Martin, Orange,  
Osceola, Palm Beach, Pasco, Pinellas, Polk,  
Sarasota, Seminole, St. Lucie, Sumter, Volusia