



## Instrucciones para el Formulario de Cambio de Plan

Para realizar un cambio de plan de Medicare Advantage dentro de los planes de salud de HealthSun Health Plans, llene este formulario para hacer su selección. Marque el plan que usted desea y firme el formulario. Después envíenos el formulario completado.

Los cambios de plan de salud pueden ser realizados solamente en determinadas épocas del año. Del 15 de octubre – 7 de diciembre, puede afiliarse a, cambiar de, o desafiliarse de un plan de salud o de medicamentos de Medicare para el siguiente año. Adicionalmente, del 1 de enero – 31 de marzo, cualquier persona inscrita en un plan de Medicare Advantage (con excepción de un plan de MSA) puede cambiarse de plan o regresar al Medicare Original (y afiliarse con un plan independiente de medicamentos recetados de Medicare). Generalmente, no puede hacer cambios durante otros momentos del año con excepción de ciertas situaciones, tales como cuando se muda fuera del área de servicio de su plan, cuando quiere afiliarse con un plan con una calificación de 5 estrellas, o cuando califica (o pierde) la Ayuda Adicional para pagar cobertura de medicamentos recetados.

Si se inscribe en nuestro plan cuando se inscriba con Medicare por primera vez, puede cambiarse de plan o regresar al Medicare Original (y afiliarse con un plan independiente de medicamentos recetados de Medicare). Si no está feliz con su elección en nuestro plan, puede hacer un cambio dentro de los primeros tres meses de elegibilidad con Medicare.

Si elige otro plan y recibimos su formulario de selección completado a más tardar al final de cualquier mes, su nuevo plan de beneficio generalmente entrará en vigencia el primero del mes siguiente. Si recibimos su formulario de selección completado del 15 de octubre – 7 de diciembre, la fecha de vigencia generalmente será el 1 de enero.

Complete el formulario adjunto solo si desea cambiarse de plan.

Para ayudarle con su decisión, también hemos incluido un resumen de los beneficios del 2021 para las opciones disponibles.

Si tiene alguna pregunta, llame a HealthSun al 1-877-336-2069. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-206-0500. Estamos abiertos desde el 1 de octubre hasta el 31 de marzo, los siete días de la semana de 8 a.m. a 8 p.m. (cerramos el día de Acción de Gracias y Navidad). Desde el 1 de abril hasta el 30 de septiembre, estamos disponibles de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m. (cerramos los días feriados federales).

HealthSun cumple con las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discrimina por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo.



**Formulario de Cambio de Plan de 2021  
Cambio de Plan a Plan dentro de HealthSun Health Plans**

<b>Su Información</b>			
<b>Nombre Completo del Afiliado:</b>			
<b>Número de Identificación del Afiliado (ex. HSXXXXXX-XX):</b>			
<b>Número de Teléfono Residencial:</b>		<b>Número de Teléfono Alternativo:</b>	
<b>Dirección Residencial (no se permiten casillas de correo):</b>			
<b>Ciudad:</b>	<b>Condado:</b>	<b>Estado:</b>	<b>Código de Área:</b>
<b>Dirección Postal (solo si es diferente a su dirección residencial):</b>			
<b>Ciudad:</b>	<b>Condado:</b>	<b>Estado:</b>	<b>Código de Área:</b>
<b>Preferencias de Comunicación</b>			
<b>Por favor marque una de las siguientes casillas si prefiere que le enviemos información en un idioma que no sea inglés o en un formato accesible.</b>			
<input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Otro Idioma: _____			
<input type="checkbox"/> Braille <input type="checkbox"/> Letra Grande <input type="checkbox"/> Disco Compacto de Audio			
<b>Por favor contacte a HealthSun Health Plans al 1-877-336-2069 si usted necesita información en un formato accesible o en un idioma no mencionado. Del 1 de octubre hasta el 31 de marzo, estamos disponibles siete días a la semana de 8 a.m. a 8 p.m. (cerramos el Día de Acción de Gracias y el Día de Navidad). Del 1 de abril hasta el 30 de septiembre, estamos disponibles de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m. (cerramos los días feriados federales). <b>Usuarios TTY deben llamar al 1-877- 206-0500.</b></b>			

## Selección de Plan

Quiero cambiar de mi plan actual al plan que he seleccionado a continuación. Yo entiendo que, si el Plan recibe este formulario a más tardar al final de cualquier mes, generalmente mi plan nuevo entrará en vigencia el primero del siguiente mes. Si el Plan recibe el formulario durante el periodo del 15 de octubre hasta el 7 de diciembre, generalmente el plan entrará en vigencia el día primero de enero. Por favor, marque la casilla apropiada a continuación (seleccione sola una opción):

**001 HealthAdvantage Plan (HMO) - Miami-Dade**

Prima Mensual: \$0	Copago de Visita de Cuidado Primario: \$0	Copago de Hospitalización: \$0	Copago de Sala de Emergencia: \$0
Máximo de Pagos por el Asegurado: \$3,450	Copago de Visita de Especialista: \$0		Copago de Ambulancia: \$75

**006 MediMax (HMO) - Miami-Dade & Broward**

Prima Mensual: \$30.80	Copago de Visita de Cuidado Primario: \$0	Copago de Hospitalización: \$0	Copago de Sala de Emergencia: \$0
Máximo de Pagos por el Asegurado: \$3,450	Copago de Visita de Especialista: \$0		Copago de Ambulancia: \$0

**012 HealthAdvantage Plan (HMO) - Broward**

Prima Mensual: \$0	Copago de Visita de Cuidado Primario: \$0	Copago de Hospitalización: \$0	Copago de Sala de Emergencia: \$75
Máximo de Pagos por el Asegurado: \$3,450	Copago de Visita de Especialista: \$0		Copago de Ambulancia: \$200

**013 HealthAdvantage Plan (HMO) - Palm Beach**

Prima Mensual: \$0	Copago de Visita de Cuidado Primario: \$0	Copago de Hospitalización: \$75 por días 1 – 5 y \$0 por días 6 - 90	Copago de Sala de Emergencia: \$75
Máximo de Pagos por el Asegurado: \$3,450	Copago de Visita de Especialista: \$0		Copago de Ambulancia: \$250

**014 MediMax (HMO) - Palm Beach**

Prima Mensual: \$27.90	Copago de Visita de Cuidado Primario: \$0	Copago de Hospitalización: \$0	Copago de Sala de Emergencia: \$0
Máximo de Pagos por el Asegurado: \$3,450	Copago de Visita de Especialista: \$0		Copago de Ambulancia: \$0

**015 MediSun Plus (HMO) - Miami-Dade & Broward**

Prima Mensual: \$29.50	Copago de Visita de Cuidado Primario: \$0	Copago de Hospitalización: \$0	Copago de Sala de Emergencia: \$0
Máximo de Pagos por el Asegurado: \$3,450	Copago de Visita de Especialista: \$0		Copago de Ambulancia: \$0

**016 MediSun Plus (HMO) - Palm Beach**

Prima Mensual: \$26.20	Copago de Visita de Cuidado Primario: \$0	Copago de Hospitalización: \$0	Copago de Sala de Emergencia: \$0
Máximo de Pagos por el Asegurado: \$3,450	Copago de Visita de Especialista: \$0		Copago de Ambulancia: \$0

## Su Prima de Plan

**Usted puede pagar la prima mensual de su plan (incluyendo cualquier penalidad por inscripción tardía que pueda tener o deber) por correo postal mensualmente o anualmente. Usted también puede elegir que su prima y/o penalidad por inscripción tardía sea deducida automáticamente de su cheque de beneficio del Seguro Social o de la Junta de Retiro Ferroviario mensualmente.**

**Si se determina que usted tiene un monto de ajuste mensual relacionado con los ingresos de la Parte D (IRMAA de la Parte D, por sus siglas en inglés), la Administración del Seguro Social se lo notificará. Usted será responsable por pagar este monto adicional además de su prima del plan. Este monto puede ser deducido de su cheque de beneficio del Seguro Social o de la Junta de Retiro Ferroviario o se lo pueden cobrar directamente. NO PAGUE IRMAA de la Parte D a HealthSun Health Plans.**

Las personas con ingresos limitados pueden calificar para Ayuda Adicional para pagar sus costos de medicamentos recetados. Si usted es elegible, Medicare podría pagar hasta el 75% o más de sus costos de medicamentos incluyendo sus primas mensuales de medicamentos recetados, deducibles anuales, y co-seguro. Adicionalmente, aquellos que califican no tendrán un lapso en su cobertura o una penalidad por la inscripción tardía. Muchas personas califican para estos ahorros y no lo saben. Para mayor información sobre esta Ayuda Adicional, contacte a su oficina local de Seguro Social, o llame al Seguro Social al 1-800-772-1213. Usuarios TTY deben llamar al 1-800-325-0778. Usted también puede aplicar para Ayuda Adicional por internet en la página web [www.socialsecurity.gov/prescriptionhelp](http://www.socialsecurity.gov/prescriptionhelp).

Si usted califica para *Ayuda Adicional* con sus costos de la cobertura de medicamentos recetados, Medicare pagará toda o una parte de su prima de plan para este beneficio. Si Medicare solo paga una parte de esta prima, le cobraremos por el monto no cubierto por Medicare.

## Método de Pago

Por favor seleccione un método de pago de la prima. Si usted no selecciona el método de pago, recibirá una factura anualmente.

- Reciba una factura
- Dedución automática de su cheque de beneficio del Seguro Social o RRB:  
Yo recibo beneficios mensuales del:  Seguro Social  RRB

(La deducción del Seguro Social podría demorarse dos o más meses para comenzar después de que el Seguro Social o RRB apruebe la deducción. En la mayoría de los casos, si el Seguro Social o RRB acepta su solicitud para la deducción automática, la primera deducción de su cheque de beneficio del Seguro Social o RRB incluirá todas las primas pendientes desde su fecha de inscripción hasta el momento en el cual la deducción automática inicie. Si el Seguro Social o RRB no le aprueba su solicitud para la deducción automática, le enviaremos una factura impresa de su prima mensual.)

**Generalmente, se le permite inscribirse en un plan de Medicare Advantage solamente durante el periodo anual de inscripción entre el 15 de octubre y el 7 de diciembre de cada año.** Existen excepciones que pueden permitirle inscribirse en un plan de Medicare Advantage fuera de este periodo. Por favor lea las siguientes declaraciones cuidadosamente y verifique si alguna declaración le aplica. Al marcar cualquiera de las siguientes declaraciones usted está certificando que, a su mejor conocimiento, es elegible por un periodo de inscripción. Si después determinamos que esta información es incorrecta, usted puede ser desafiliado del plan.

- Soy nuevo a Medicare.
- Estoy inscrito en un plan de Medicare Advantage y quiero hacer un cambio durante el periodo de inscripción abierto de Medicare Advantage (MA OEP).
- Tengo ambos Medicare y Medicaid (o mi estado me ayuda a pagar mis primas de Medicare) o recibo Ayuda Adicional para pagar mi cobertura de medicamentos recetados de Medicare, pero no he tenido ningún cambio.
- Recientemente tuve un cambio en mi Medicaid (recientemente lo recibí, tuve un cambio en el nivel de asistencia, o lo perdí) el (ingrese fecha) \_\_\_\_\_.
- Recientemente tuve un cambio en mi Ayuda Adicional para pagar mi cobertura de medicamentos recetados de Medicare (recientemente la recibí, tuve un cambio en su nivel, o la perdí) el (ingrese fecha)\_\_\_\_\_.
- Recientemente perdí mi cobertura acreditable de medicamentos recetados (cobertura tan buena como la de Medicare) de manera involuntaria el (ingrese fecha) \_\_\_\_\_.
- Fui inscrito en un plan por Medicare (o por mi Estado) y yo quiero elegir un plan diferente. Mi inscripción en ese plan comenzó el (ingrese fecha) \_\_\_\_\_.
- Estuve inscrito en un plan de necesidades especiales (SNP, por sus siglas en inglés) pero he perdido la calificación de necesidades especiales necesaria para estar en ese plan. Fui desafiliado del SNP el (ingrese fecha) \_\_\_\_\_.
- Me estoy reubicando a, viviendo en, o recientemente me fui de una institución de cuidados a largo plazo (por ejemplo, un hogar de enfermería o institución de cuidados a largo plazo). Me reubiqué a/me fui de la institución el (ingrese fecha)\_\_\_\_\_.
- Recientemente me salí de un programa de PACE el (ingrese fecha) \_\_\_\_\_.
- Recientemente me mudé al área de servicio de este plan el (ingrese fecha) \_\_\_\_\_.
- Recientemente regresé a los EE. UU. después de haber vivido permanentemente en el exterior el (ingrese fecha) \_\_\_\_\_.
- Recientemente obtuve el estatus de residente legal en los EE. UU. Recibí este estatus el (ingrese fecha) \_\_\_\_\_.
- Recientemente fui liberado de la cárcel. Fui liberado el (ingrese fecha) \_\_\_\_\_.
- Estoy terminando mi cobertura con mi empleador o sindicato el (ingrese fecha) \_\_\_\_\_.
- Mi plan está terminando su contrato con Medicare, o Medicare está terminando su contrato con mi plan.
- Fui impactado por una emergencia o desastre significativo (tal como fue declarado por la Agencia Federal para el Manejo de Emergencias (FEMA, por sus siglas en inglés) o por una entidad federal, estatal o entidad de gobierno local. Una de las otras declaraciones aquí mencionadas me aplicaban, pero no pude hacer mi solicitud de inscripción debido al desastre natural.
- Otra: \_\_\_\_\_.

Si ninguna de estas declaraciones le aplican o si no está seguro, por favor contacte a HealthSun al 1-877-336-2069 para averiguar si usted es elegible para inscribirse. **Del 1 de octubre hasta el 31 de marzo**, estamos abiertos siete días a la semana de 8 a.m. a 8 p.m. (cerramos el Día de Acción de Gracias y el Día de Navidad). **Del 1 de abril hasta el 30 de septiembre**, estamos abiertos de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m. (cerramos los días feriados federales). **Usuarios TTY llamen al 1-877-206-0500.**

### Firma del Solicitante

Firma: \_\_\_\_\_

Fecha de Hoy: \_\_\_\_\_

**Si usted es un representante autorizado, debe firmar arriba y proporcionar la siguiente información:** *Si usted ha presenciado/verificado la solicitud de inscripción del beneficiario, por favor complete lo siguiente.*

**Nombre:** \_\_\_\_\_

**Dirección:** \_\_\_\_\_

**Ciudad:** \_\_\_\_\_ **Estado:** \_\_\_\_ **Código de Área:** \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

**Número de Teléfono:** (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

**Relación con el Afiliado:** \_\_\_\_\_

### Opciones de Entrega

**Envíe el formulario por correo postal a:**

Membership Department  
HealthSun Health Plans  
9250 W Flagler Street Suite 400  
Miami, FL 33174-3460

**Envíe el formulario por fax a:**  
305-234-9275

**Escaneé y envíe el formulario por correo electrónico a:**

[sales@healthsun.com](mailto:sales@healthsun.com)

**Para Uso de Oficina:**

**Firma de Agente:** \_\_\_\_\_ **Nombre de Agente en Letra de Molde:** \_\_\_\_\_

**ID de Plan del Agente:** \_\_\_\_\_ **Número de Teléfono:** (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_