



# 2022

# Formulario de Inscripción

HealthSun Health Plans es un plan HMO con un contrato de Medicare y un contrato de Medicaid con la Agencia de Administración de la Atención de la Salud (Agency for Health Care Administration) del estado de Florida. La inscripción en HealthSun Health Plans depende de la renovación del contrato. Usted tiene que continuar pagando la Prima de su Medicare Parte B. Beneficios, prima y/o copagos/coaseguro pueden cambiar el 1ro. de enero de cada año. HealthSun cumple con las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discrimina por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo. ATTENTION: If you speak English, language assistance services, free of charge, are available to you. Call 1-877-336-2069. (TTY: 1-877-206-0500). ATANSYON: Si w pale Kreyòl Ayisyen, gen sèvis èd pou lang ki disponib gratis pou ou. Rele 1-877-336-2069. (TTY: 1-877-206-0500).

**Para inscribirse en HealthSun Health Plans, proporcione la siguiente información:**

Fecha efectiva propuesta: \_\_\_\_\_

<b>Seleccione el plan HealthSun al que desea unirse en el condado de Florida donde reside:</b>			
<b><u>Miami-Dade</u></b>	<input type="checkbox"/>	001 HealthAdvantage (HMO)	\$0 por mes
	<input type="checkbox"/>	017 HealthAdvantage Plus (HMO)	\$0 por mes
	<input type="checkbox"/>	019 MediSun Extra (HMO D-SNP)	\$34.30 por mes
	<input type="checkbox"/>	015 MediSun Plus (HMO D-SNP)	\$34.30 por mes
	<input type="checkbox"/>	006 MediMax (HMO)	\$34.30 por mes
<b><u>Broward</u></b>	<input type="checkbox"/>	012 HealthAdvantage (HMO)	\$0 por mes
	<input type="checkbox"/>	018 HealthAdvantage Plus (HMO)	\$0 por mes
	<input type="checkbox"/>	019 MediSun Extra (HMO D-SNP)	\$34.30 por mes
	<input type="checkbox"/>	015 MediSun Plus (HMO D-SNP)	\$34.30 por mes
	<input type="checkbox"/>	006 MediMax (HMO)	\$34.30 por mes
<b><u>Palm Beach</u></b>	<input type="checkbox"/>	013 HealthAdvantage (HMO)	\$0 por mes
	<input type="checkbox"/>	016 MediSun Plus (HMO D-SNP)	\$34.30 por mes
<b>Apellido:</b>		<b>Nombre:</b>	
		<b>Inicial del 2.º nombre:</b>	
<b>Fecha de nacimiento:</b> ____ / ____ / ____	<b>Sexo:</b> <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	<b>Número de teléfono:</b> (____) ____ - ____	<b>Número de teléfono alterno:</b> (____) ____ - ____
<b>Dirección de residencia permanente (no se permiten casillas de correo):</b>			
<b>Ciudad:</b>	<b>Condado:</b>	<b>Estado:</b>	<b>Código postal:</b>
<b>Dirección postal, si es distinta a su dirección de residencia permanente (se permiten casillas de correo):</b>			
<b>Ciudad:</b>	<b>Condado:</b>	<b>Estado:</b>	<b>Código postal:</b>
<b>Información del contacto de emergencia</b>			
<b>Nombre de contacto:</b>		<b>Relación con usted:</b>	<b>Número de teléfono:</b> (____) ____ - ____
<b>Proporcione la información de su seguro de Medicare</b>			
<b>Número de Medicare:</b> _____ - _____			
<b>Responda a estas importantes preguntas:</b>			
1. ¿Tendrá otra cobertura para medicamentos recetados (VA, TRICARE) además de HealthSun? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <b>Nombre de la otra cobertura:    Numero de afiliado de la cobertura:    Numero de grupo de la cobertura:</b>			
2. ¿Está inscrito en el programa Medicaid de su estado? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <b>Proporcione su número de Medicaid:</b> _____			
<b>Elija su médico de atención primaria (PCP)</b>			
<b>ID del PCP:</b>	<b>Nombre del PCP:</b>	<b>Centro Medico (si aplica):</b>	

**Por lo general, usted puede inscribirse en un plan de Medicare Advantage durante el período de inscripción anual, que va del 15 de octubre hasta el 7 de diciembre de cada año.** Existen excepciones que pueden permitirle inscribirse en un plan de Medicare Advantage fuera de este período. Lea atentamente las siguientes declaraciones y marque si la declaración se aplica a usted. Al marcar cualquiera de las siguientes declaraciones, usted certifica que, según su leal saber y entender, es elegible para un Período de Inscripción. Si luego determinamos que esta información es incorrecta, es posible que se cancele su inscripción.

- Soy nuevo a Medicare.
- Estoy inscrito en un plan Medicare Advantage y quiero hacer un cambio durante el Período de Inscripción Abierto de Medicare Advantage (MA OEP).
- Tengo tanto Medicare y Medicaid (o mi estado me ayuda a pagar las primas de Medicare) o recibo Ayuda Adicional para pagar mi cobertura de medicamentos recetados de Medicare, pero no he tenido un cambio.
- Recientemente tuve un cambio en mi Medicaid (recibí, cambié de nivel, o perdí) en (fecha) \_\_\_\_\_.
- Recientemente tuve un cambio en mi Ayuda Adicional para pagar la cobertura de medicamentos recetados de Medicare (recibí o tuve un cambio en el nivel o perdí Ayuda Adicional) en (fecha) \_\_\_\_\_.
- Recientemente perdí involuntariamente mi cobertura acreditable para medicamentos con receta (una cobertura tan buena como la de Medicare) en (fecha) \_\_\_\_\_.
- Estaba inscrito en un Plan por Medicare (o por mi estado) y deseo elegir un plan diferente. Mi inscripción en ese plan comenzó en (fecha) \_\_\_\_\_.
- Estaba inscrito en un Plan de Necesidades Especiales (SNP) pero perdí la cualificación de necesidades especiales necesaria para ser parte de ese plan. Estoy desafiado del SNP desde el (fecha) \_\_\_\_\_.
- Me voy a mudar, vivo, o recientemente me mudé a un centro de atención a largo plazo (LTC) (por ejemplo, un hogar de personas de edad avanzada o de convalecencia) en (fecha) \_\_\_\_\_.
- Recientemente deje de participar en un programa de PACE en (fecha) \_\_\_\_\_.
- Recientemente me mudé fuera del área de servicio de mi plan actual o me mudé recientemente y este plan es una nueva opción para mí. Me mudé en (fecha) \_\_\_\_\_.
- Recientemente regresé a los Estados Unidos en (fecha) \_\_\_\_\_ después de vivir fuera de los EE.UU.
- Recientemente obtuve estado de presencia legal en los Estados Unidos en (fecha) \_\_\_\_\_.
- Recientemente fui liberado de la cárcel. Fui liberado en (fecha) \_\_\_\_\_.
- Voy a dejar de tener cobertura de un empleador o sindicato en (fecha) \_\_\_\_\_.
- Mi plan está terminando su contrato con Medicare, o Medicare está terminando su contrato con mi plan.
- Fui afectado por una emergencia relacionada con el clima o un desastre mayor (según declarado por la Agencia Federal para el Manejo de Emergencias (FEMA). Una de las anteriores declaraciones aplicó a mí, pero no pude solicitar mi inscripción debido al desastre natural.
- Otro: \_\_\_\_\_

Si ninguna de estas declaraciones aplica a usted, o no está seguro, llame a HealthSun al 1-877-336-2069 (TTY: 1-877-20-0500) para verificar si usted es elegible para inscribirse en uno de nuestros planes. De 1 de abril a 30 de septiembre, estamos abiertos de lunes a viernes de 8am a 8pm (cerramos los días feriados federales). Desde 1 de octubre hasta 31 de marzo, estamos disponibles los siete días de la semana de 8am a 8pm (cerramos el Día de Acción de Gracias y Navidad).

**Responder a estas preguntas es voluntaria.  
No se le puede negar la cobertura por no completarlas.**

Marque una de las siguientes si prefiere que le enviemos información en otro idioma que no sea español:

Inglés     Otro: \_\_\_\_\_

Marque una de las siguientes si prefiere que le enviemos información en un formato accesible:

Braille     Letra grande     Cinta Audio

**Comuníquese con HealthSun Health Plans al 1-877-336-2069** si necesita información en un formato accesible o idioma no mencionado anteriormente. Nuestro horario de operaciones **desde el 1 de abril hasta el 30 de septiembre** es lunes a viernes de 8am a 8pm (cerramos los días feriados federales). **Desde el 1 de octubre hasta el 31 de marzo**, estamos abiertos los siete días de la semana de 8am a 8pm (cerramos el Día de Acción de Gracias y Navidad). **Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-206-0500.**

¿Usted trabaja?     Sí     No

¿Su cónyuge trabaja?     Sí     No

**Como pagar la prima del plan**

**Puede pagar la prima mensual** de su plan (incluyendo cualquier multa por inscripción tardía que usted tenga actualmente o que deba) por correo todos los meses o en un pago anual. **También puede elegir a pagar su prima mediante una deducción automática de su beneficio de Seguro Social o de la Junta de Jubilación para Ferroviarios (RRB) cada mes.**

**Si tiene que pagar un monto de ajuste mensual relacionado con los ingresos de la Parte D (Parte D-IRMAA), debe pagar el monto adicional además de la prima de su plan.** Por lo general, el monto se deduce de su beneficio de Seguro Social, o puede recibir una factura de Medicare (o la RRB). **NO pague a HealthSun Health Plans la Parte D-IRMAA.**

Si no elige una opción de pago, recibirá una factura anual.

**Elija una opción de pago de la prima:**

Obtenga una factura

Deducción automática mensual de su beneficio de Seguro Social o de la Junta de Jubilación para Ferroviarios (RRB). **Recibo beneficios mensuales de:**     Seguro Social     RRB

**Las personas con ingresos limitados pueden calificar para recibir Ayuda adicional** para pagar los costos de sus medicamentos recetados. Para obtener más información sobre esta Ayuda adicional, comuníquese con su oficina local del Seguro Social al 1-800-772-1213. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-325-0778. También puede solicitar ayuda adicional en línea en [www.socialsecurity.gov/prescriptionhelp](http://www.socialsecurity.gov/prescriptionhelp)

### Lea y firme a continuación

- Debo mantener tanto el Hospital (Parte A) y el Médico (la Parte B) para permanecer en HealthSun Health Plans.
- Al inscribirme a este plan de Medicare Advantage, reconozco que HealthSun Health Plans compartirá mi información con Medicare, quien puede usarla para rastrear mi inscripción, realizar pagos y para otros fines permitidos por la ley federal que autoriza a la recopilación de esta información (consulte la Declaración de la Ley de Privacidad a continuación).
- Su respuesta a este formulario es voluntaria. Sin embargo, la falta de respuesta puede afectar la inscripción en el plan.
- La información en este formulario de inscripción es correcta a mi leal saber y entender. Entiendo que, si intencionalmente proporciono información falsa en este formulario, se cancelará mi inscripción en el plan.
- Entiendo que las personas con Medicare generalmente no están cubiertas por Medicare mientras están fuera del país, excepto por una cobertura limitada cerca de la frontera de los EE. UU.
- Entiendo que cuando comience mi cobertura de HealthSun Health Plans, debo obtener todos mis beneficios médicos y de medicamentos recetados de HealthSun Health Plans. Los beneficios y servicios proporcionados por HealthSun Health Plans y contenidos en el documento de “Evidencia de Cobertura” de HealthSun Health Plans (también conocido como contrato de afiliado o acuerdo de suscriptor) estarán cubiertos. Ni Medicare ni HealthSun Health Plans pagarán los beneficios o servicios que no estén cubiertos.
- Entiendo que mi firma (o la firma de la persona legalmente autorizada para actuar en mi nombre) en esta solicitud significa que he leído y comprendido el contenido de esta solicitud. Si la firma una persona autorizada (como se describe arriba), esta firma certifica que:
  - 1) Esta persona está autorizada por la ley estatal para completar esta inscripción, y
  - 2) La documentación de esta autoridad está disponible a pedido de Medicare.

Firma:

Fecha de hoy:

#### Si usted es el representante autorizado, debe firmar arriba y proveer la siguiente información:

*Si ha atestiguado la solicitud de inscripción del beneficiario, no firme arriba y solo complete abajo.*

Nombre: \_\_\_\_\_ Número de teléfono: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Relación al beneficiario: \_\_\_\_\_

#### Solo para uso oficial

#### Agente/Broker: complete con su información:

Nombre: \_\_\_\_\_ ID del Agente: \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_ Número de teléfono: \_\_\_\_\_

Fecha de recibo de la solicitud del solicitante: \_\_\_\_\_

### DECLARACIÓN DE LA LEY DE PRIVACIDAD

Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) recopilan información de los planes de Medicare para rastrear la inscripción de los beneficiarios en Medicare Advantage (MA) o Planes de medicamentos recetados (PDP), mejorar la atención y para el pago de los beneficios de Medicare. Las secciones 1851 y 1860D-1 de la Ley del Seguro Social y 42 CFR §§ 422.50, 422.60, 423.30 y 423.32 autorizan la recopilación de esta información. CMS puede usar, divulgar e intercambiar datos de inscripción de beneficiarios de Medicare como se especifica en el Aviso del Sistema de Registros (SORN) “Medicamentos recetados de Medicare Advantage (MARx)”, Sistema No. 09-70-0588. Su respuesta a este formulario es voluntaria. Sin embargo, la falta de respuesta puede afectar la inscripción en el plan.

#### ¿Quién puede utilizar este formulario?

Personas con Medicare que desean unirse a un plan Medicare Advantage o un plan de medicamentos recetados de Medicare.

#### **Para unirse a un plan, debe:**

- Ser ciudadano de los Estados Unidos o estar legalmente presente en los EE. UU.
- Vivir en el área de servicio del plan

**Importante:** Para unirse a un plan Medicare Advantage, también debe tener ambos:

- Medicare Parte A (seguro hospitalario)
- Medicare Parte B (seguro médico)

#### **¿Cuándo utilizo este formulario?**

Puede unirse a un plan:

- Entre el 15 de octubre y el 7 de diciembre de cada año (para cobertura a partir del 1 de enero)
- Dentro de los 3 meses de haber obtenido Medicare por primera vez
- En determinadas situaciones en las que se le permite unirse o cambiar de plan

Visite Medicare.gov para obtener más información sobre cuándo puede inscribirse en un plan.

#### **¿Qué necesito para completar este formulario?**

- Su número de Medicare (el número que aparece en su tarjeta roja, blanca y azul de Medicare)
- Su dirección y número de teléfono permanentes

**Nota:** debe completar todos los elementos de la página 1. Los elementos de la página 2 son

opcionales; no se le puede negar la cobertura por no completarlos.

#### **Recordatorios:**

- Si desea unirse a un plan durante la inscripción abierta de otoño (del 15 de octubre al 7 de diciembre), el plan debe recibir su formulario completo antes del 7 de diciembre.
- Su plan le enviará una factura por la prima del plan. Puede optar por inscribirse para que los pagos de su prima se deduzcan de su beneficio mensual del Seguro Social (o Junta de Jubilación Ferroviaria).

#### **¿Qué pasa después?**

Envíe su formulario completo y firmado a:

**HealthSun Health Plans**  
**Attn: Membership Dept.**  
**9250 West Flagler Street**  
**Suite 600**  
**Miami, FL 33174**

Una vez que procesen su solicitud para unirse, se comunicarán con usted.

#### **¿Cómo obtengo ayuda con este formulario?**

Llame a HealthSun Health Plans al 1-877-336-2069. Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-877-206-0500.

O llame a Medicare gratis al 1-800-633-4227 y oprima el 2 para asistencia en español y un representante estará disponible para asistirle. Los usuarios de TTY llame al 1-877-486-2048.

In English: Call HealthSun Health Plans at 1-877-336-2069. TTY 1-877-206-0500. Or, call Medicare at 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). TTY users can call 1-877-486-2048.

De acuerdo con la Ley de Reducción de Trámites de 1995 (Paperwork Reduction Act of 1995), no se requiere que ninguna persona responda a una recopilación de información a menos que muestre un número de control OMB válido. El número de control válido de OMB para esta recopilación de información es 0938-NEW. El tiempo requerido para completar esta información se estima en un promedio de 20 minutos por respuesta, incluido el tiempo para revisar las instrucciones, buscar los recursos de datos existentes, recopilar los datos necesarios y completar y revisar la recopilación de información. Si tiene algún comentario sobre la precisión del tiempo estimado o sugerencias para mejorar este formulario, escriba a: CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850.

#### **IMPORTANTE**

**No envíe este formulario ni ningún artículo con su información personal (como reclamos, pagos, registros médicos, etc.) a la Oficina de autorización de informes de PRA. Se destruirá cualquier artículo que obtengamos que no se refiera a cómo mejorar este formulario o su carga de recolección (descrito en OMB 0939-1378). No se conservará, revisará ni remitirá al plan. Consulte "¿Qué sucede después?" en esta página para enviar su formulario completo al plan.**