



Aviso para Enviar el Formulario de Desafiliación (afiliado de MA-PD)

Estimado/a Afiliado/a:

Lea las instrucciones importantes en esta carta con respecto a la solicitud de desafiliación de HealthSun Health Plans (HMO).

¿Cuándo puedo hacer cambios a mi cobertura?

Los cambios de planes de salud pueden ser realizados solamente en determinadas épocas del año. Del 15 de octubre – al 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 – al 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 a Medicare Original (y afiliarse con un plan independiente de medicamentos recetados de Medicare). Por lo general, no puede hacer cambios en otras ocasiones durante el año excepto en 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.

¿Qué es la Ayuda Adicional?

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 coaseguro. 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.

¿Cuándo debo completar el formulario de desafiliación?

- **Debe** completar el formulario adjunto si desea cambiarse solamente a Medicare Original y no desea cobertura de medicamentos recetados de Medicare.
- **No debe** completar el formulario adjunto si usted tiene planes de inscribirse, o se ha inscrito, en otro plan de Medicare Advantage u otro plan de salud de Medicare. Inscribirse en otro plan de Medicare cancelará automáticamente su inscripción en nuestro plan.
- **No debe** completar el formulario adjunto si se inscribe en un plan de medicamentos recetados de Medicare. Inscribirse en un plan de medicamentos

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

recetados de Medicare lo desafiliará automáticamente de HealthSun Health Plans a Medicare Original.

Hasta su fecha de desafiliación, usted debe seguir utilizando los médicos de HealthSun Health Plans. Para evitar gastos inesperados, tal vez desee ponerse en contacto con nosotros para asegurarse que usted ha sido desafiliado antes de buscar servicios médicos fuera de la red de HealthSun Health Plans.

¿Cómo presento la solicitud de desafiliación?

Si desea estar en Medicare Original, como se describió anteriormente, puede completar el formulario adjunto, firmarlo y devolverlo en el sobre adjunto. También puede enviarnos el formulario por fax con una firma y fecha legibles al 1-305-675-0652. Puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) para obtener información sobre los planes de Medicare disponibles en su área. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048, las 24 horas del día, los 7 días de la semana.

¿Cuáles son mis derechos de Medigap?

Si usted tiene planes de cambiarse a Medicare Original, es posible que tenga un derecho temporal especial para comprar una póliza de Medigap, también conocida como seguro suplementario de Medicare, incluso si tiene problemas de salud. Por ejemplo, si tiene 65 años o más y se inscribió en la Parte B de Medicare en los últimos 6 meses o si se muda fuera del área de servicio, puede tener este derecho especial. La ley federal requiere las protecciones descritas anteriormente. **Su estado puede tener leyes que brinden más protecciones de Medigap.** Si tiene preguntas sobre Medigap o los derechos de Medigap en su estado, debe comunicarse con su Programa Estatal de Seguro Médico Serving Health Insurance Needs of Elders (SHINE, en sus siglas en inglés) al 1-800-963-5337. También puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) en cualquier momento, las 24 horas del día, los 7 días de la semana para obtener más información sobre los períodos de prueba. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

Si necesita ayuda comuníquese con nosotros de inmediato al (877) 336-0269. Los usuarios de TTY deben llamar al (877) 206-0500. Del 1 de octubre al 31 de marzo atendemos los siete días de la semana de 8 a.m. a 8 p.m. (estamos cerrados el Día de Acción de Gracias y Navidad). Del 1 de abril al 30 de septiembre, estamos disponibles de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m. (nuestra oficina estará cerrada los días feriados federales).

Gracias

HealthSun Health Plans

Documento Adjunto - Formulario de desafiliación



Formulario de Desafiliación

Si usted solicita desafiliarse, debe continuar recibiendo toda la atención médica de HealthSun Health Plans hasta la fecha de su desafiliación. Contáctenos para verificar si usted ha sido desafiliado antes de obtener servicios médicos fuera de la red de proveedores de HealthSun Health Plans. Le notificaremos sobre la fecha de entrada en vigencia de su desafiliación una vez que hallamos recibido este formulario.

Apellido:	Primer Nombre:	Inicial de su Segundo Nombre:	<input type="checkbox"/> Sr. <input type="checkbox"/> Sra. <input type="checkbox"/> Srta.
Numero de Medicare o de Afiliado:			
Fecha de Nacimiento:	Género: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Número de Teléfono Particular: ()	

Por favor lea y complete cuidadosamente la siguiente información antes de firmar y colocar la fecha de desafiliación en este formulario:

Si yo me he inscrito en otro plan de Medicare Advantage o en un Plan de Medicamentos Recetados de Medicare, entiendo que Medicare cancelara mi afiliación actual con HealthSun Health Plans en la fecha de entrada en vigencia de esa nueva inscripción. Entiendo que posiblemente no podré inscribirme en otro plan en este momento. También entiendo que si me estoy desafiliando de mi cobertura actual de medicamentos recetados de Medicare y más adelante deseo cobertura de medicamentos recetados de Medicare, es posible que tenga que pagar una mensualidad más alta para esta cobertura.

Su Firma*: _____ **Fecha:** _____

*O la firma de la persona autorizada para actuar en su nombre bajo las leyes del estado donde usted reside. Si este formulario es firmado por una persona autorizada tal como se ha descrito anteriormente), esta firma certifica que: 1) esta persona está autorizada bajo la ley estatal para completar esta desafiliación y 2) documentación comprobando esta autoridad está disponible a petición de HealthSun Health Plans o Medicare.

Si usted es el representante autorizado, debe proporcionar los siguientes datos:

Nombre: _____

Dirección: _____

Teléfono: () ____ - _____

Relación con el Afiliado: _____

HealthSun complies with applicable Federal civil rights laws and does not discriminate on the basis of race, color, national origin, age, disability, or sex.



Declaración de Elegibilidad por un Período de Elección

Normalmente, se le permite desafiliarse de un plan de Medicare Advantage solamente durante el Período Anual de Inscripción desde el 15 de octubre hasta el 7 de diciembre de cada año o durante el Período de Inscripción Abierto de Medicare Advantage desde el 1 de enero hasta el 31 de marzo de cada año. Existen excepciones que pueden permitirle desafiliarse de un plan de Medicare Advantage fuera de este período.

Por favor lea las siguientes declaraciones cuidadosamente y marque la casilla si la declaración le aplica. Al marcar cualquiera de las siguientes casillas, usted está certificando que, a su mejor conocimiento, usted es elegible para ese periodo de elección.

- 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) _____.
- 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.
- 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 reubicué a/me fui de la institución el (ingrese fecha) _____.
- Me estoy inscribiendo con un programa PACE el (ingrese fecha) _____.
- Me estoy inscribiendo con la cobertura de mi empleador o sindicato 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) _____.

Si ninguna de estas declaraciones le aplican o no está seguro, comuníquese con HealthSun Health Plans al (877) 207-4900 (los usuarios de TTY deben llamar al (877) 206-0500) para ver si es elegible para desafiliarse. Desde el 1º de octubre hasta el 31 de marzo, atendemos de 8 a.m. a 8 p.m. los siete días de la semana (estamos cerrados el día de Acción de Gracias y el Día de Navidad). Del 1º de abril hasta el 30 de septiembre, atendemos de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. (estamos cerrados los días feriados federales).

HealthSun complies with applicable Federal civil rights laws and does not discriminate on the basis of race, color, national origin, age, disability, or sex.