



SOLICITUD DE CAMBIO DE INFORMACION

Fecha: ____/____/____

Nombre del Miembro: _____ Número de Miembro: _____

Cambio de Dirección (permanente y correo postal)

Nueva

Previa

Dirección: _____

Dirección: _____

Cuidad y Estado: _____

Cuidad y Estado: _____

Código Postal: _____

Código Postal: _____

Cambio de Teléfono

Residencia: ____-____-____

Residencia: ____-____-____

Trabajo: ____-____-____

Trabajo: ____-____-____

Teléfono Celular: ____-____-____

Teléfono Celular: ____-____-____

Firma del Miembro o Representate: _____

Por favor de enviar la planilla a HealthSun Health Plans usando una de las siguientes maneras:

ATTN: Departamento de Inscripción
Correo: **3250 Mary Street Suite 400 Coconut Grove, FL 33133**
Fax: **a 305-675-0652**
Correo electrónico: **member.request@healthsun.com**

Si tiene alguna pregunta llame a nuestro Departamento de Servicios de Miembro al 877-336-2069 o para usuarios de TDD/TTY (877) 206 0500. Estamos abierto de lunes a domingo 8:00 am a 8:00 pm. HealthSun Health Plans es una Organización para el mantenimiento de la salud (HMO, por sus siglas en inglés) que tiene un contrato con Medicare. La inscripción en HealthSun Health Plans depende de la renovación del contrato.