



**Acuse de recibo de paquete de inscripción**  
Comunicaciones y materiales de marketing del plan

**He seleccionado el plan de HealthSun que se indica a continuación (marque uno):**

**Condado de Miami-Dade**

Plan 001  
HealthAdvantage Plan (HMO)

Plan 006  
MediMax (HMO)

Plan 015  
MediSun Plus (HMO D-SNP)

**Condado de Broward**

Plan 012  
HealthAdvantage Plan (HMO)

Plan 006  
MediMax (HMO)

Plan 015  
MediSun Plus (HMO D-SNP)

**Condado de Palm Beach**

Plan 013  
HealthAdvantage Plan (HMO)

Plan 014  
MediMax (HMO)

Plan 016  
MediSun Plus (HMO D-SNP)

**Lea la información que aparece a continuación y firme**

**El paquete de inscripción de HealthSun incluye los siguientes materiales para el año de inscripción 2021:**

- 1) Clasificación por estrellas de Medicare
- 2) Resumen de beneficios
- 3) Lista de verificación previa a la inscripción
- 4) Cómo encontrar información importante del plan (p.ej. Evidencia de Cobertura EOC, por sus siglas en Ingles, Directorio de Proveedores y Farmacias)
- 5) Tarjeta de identificación del miembro temporal
- 6) Catálogo de artículos de venta libre (OTC, por sus siglas en Ingles)
- 7) Formulario de la Parte D (Lista de medicamentos cubiertos)

He recibido el resumen de beneficios para el plan de HealthSun que marqué anteriormente. Entiendo y acepto todos los beneficios y servicios cubiertos por el plan de HealthSun marcado anteriormente que se presentaron y / o pusieron a mi disposición para el año de inscripción 2021.

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

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

Relación con el inscrito: \_\_\_\_\_  
(Si usted es el representante autorizado)

**Si usted es un representante autorizado, debe completar la información anterior e indicar cuál es su relación con el inscrito.**