



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 desafiarse 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 2022
Cambio de Plan a Plan dentro de HealthSun Health Plans

Su Información

Nombre Completo del Afiliado:			
Número de Teléfono Residencial:		Número de Teléfono Alternativo:	
Dirección Residencial <i>(no se permiten casillas de correo):</i>			
Ciudad:	Condado:	Estado:	Código de Área:
Dirección Postal <i>(solo si es diferente a su dirección residencial):</i>			
Ciudad:	Condado:	Estado:	Código de Área:
Número de Identificación del Afiliado (ex. HSXXXXXX-XX):			
Número de Medicare (MBI): _____ - _____ - _____			
¿Está inscrito en el programa Medicaid de su estado? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No			
Proporcione su número de Medicaid: _____			

Preferencias de Comunicación

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.

Español Otra idioma: _____

Braille Letra Grande Disco Compacto de Audio (CD)

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). **Usuarios TTY deben llamar al 1-877- 206-0500.**

Selección de Plan

Actualmente soy miembro de _____ plan en HealthSun Health Plans con una prima mensual de \$_____.

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. Esta información no es una descripción completa de los beneficios. Llame al 1-877-336-2069 para obtener más información. Por favor, marque la casilla apropiada a continuación (seleccione sola una opción):

001 HealthAdvantage Plan (HMO) Miami-Dade

Prima Mensual: \$0	PCP: \$0	Hospitalización: \$0	Cuidado de emergencia: \$0
Desembolso máximo: \$1,500	Especialista: \$0		Servicios de ambulancia: \$75 copago

012 HealthAdvantage Plan (HMO) Broward

Prima Mensual: \$0	PCP: \$0	Hospitalización: \$0	Cuidado de emergencia: \$75 copago
Desembolso máximo: \$2,500	Especialista: \$0		Servicios de ambulancia: \$200 copago

013 HealthAdvantage Plan (HMO) Palm Beach

Prima Mensual: \$0	PCP: \$0	Hospitalización: \$20	Cuidado de emergencia: \$75 copago
Desembolso máximo: \$3,450	Especialista: \$0	copago por estadía, en días 1-6; y \$0 de días 7-90	Servicios de ambulancia: \$250 copago

017 HealthAdvantage Plus (HMO) Miami-Dade

Prima Mensual: \$0	PCP: \$0	Hospitalización: \$0	Cuidado de emergencia: \$120 copago
Desembolso máximo: \$3,450	Especialista: \$0		Servicios de ambulancia: \$150 copago

018 HealthAdvantage Plus (HMO) Broward

Prima Mensual: \$0	PCP: \$0	Hospitalización: \$150	Cuidado de emergencia: \$120 copago
Desembolso máximo: \$3,450	Especialista: \$0-\$15 copago	copago por estadía, en días 1-5; y \$0 de días 6-90	Servicios de ambulancia: \$250 copago

006 MediMax (HMO) Miami-Dade & Broward

Prima Mensual: \$34.30	PCP: \$0	Hospitalización: \$0	Cuidado de emergencia: \$0
Desembolso máximo: \$3,450	Especialista: \$0		Servicios de ambulancia: \$0

015 MediSun Plus (HMO D-SNP) Miami-Dade & Broward

Prima Mensual: \$34.30	PCP: \$0	Hospitalización: \$0	Cuidado de emergencia: \$0
Desembolso máximo: \$3,450	Especialista: \$0		Servicios de ambulancia: \$0

019 MediSun Extra (HMO D-SNP) Miami-Dade & Broward

Prima Mensual: \$34.30	PCP: \$0	Hospitalización: \$0	Cuidado de emergencia: \$0
Desembolso máximo: \$3,450	Especialista: \$0		Servicios de ambulancia: \$0

016 MediSun Plus (HMO D-SNP) Palm Beach

Prima Mensual: \$34.30	PCP: \$0	Hospitalización: \$0	Cuidado de emergencia: \$0
Desembolso máximo: \$3,450	Especialista: \$0		Servicios de ambulancia: \$0

Su Prima de Plan

Si determinamos que debe una multa por inscripción tardía (o si actualmente tiene una multa por inscripción tardía), necesitamos saber cómo preferiría pagarla. Puede pagar por correo cada mes o anualmente. También puede optar por pagar su prima mediante una deducción automática de su cheque del Seguro Social o de la Junta de Jubilación Ferroviaria cada mes.

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.

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

Si usted no selecciona el método de pago, recibirá una factura anualmente.

Por favor seleccione un método de pago de la prima.

Reciba una factura

Deducción 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.)

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. **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). **De 1 de abril a 30 de septiembre**, estamos abiertos de lunes a viernes de 8am a 8pm (cerramos los días feriados federales).

Lea y firme a continuación

HealthSun Health Plans es un plan que tiene un contrato con el gobierno federal.

Entiendo que si estoy recibiendo ayuda de un agente de ventas, corredor u otra persona empleada o contratada por HealthSun Health Plans, es posible que se le pague según mi inscripción en HealthSun Health Plans.

Divulgación de información: Al unirme a este plan de salud de Medicare, reconozco que el plan de salud de Medicare divulgará mi información a Medicare y otros planes según sea necesario para el tratamiento, el pago y las operaciones de atención médica. También reconozco que HealthSun Health Plans divulgará mi información, incluidos los datos de eventos de medicamentos recetados, a Medicare, quien puede divulgarla con fines de investigación y otros fines que cumplan con todos los estatutos y regulaciones federales aplicables. La información en este formulario de inscripción es correcta a mi leal saber y entender. Entiendo que si proporciono información falsa intencionalmente en este formulario, se cancelará mi inscripción en el plan. Entiendo que las personas con Medicare 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 a partir de la fecha en que comience la cobertura de HealthSun Health Plans, debo obtener toda mi atención médica de HealthSun Health Plans, excepto los servicios de emergencia o de urgencia o los servicios de diálisis fuera del área. Los servicios autorizados por HealthSun Health Plans y otros servicios contenidos en mi documento de Evidencia de Cobertura de HealthSun Health Plans (también conocido como contrato de miembro o acuerdo de suscriptor) estarán cubiertos. Sin autorización, NI MEDICARE NI HEALTHSUN HEALTH PLANES PAGARÁN LOS SERVICIOS.

Entiendo que mi firma (o la firma de la persona autorizada para actuar en mi nombre según las leyes del estado en el que vivo) en esta solicitud significa que he leído y comprendido el contenido de esta solicitud. Si la firma una persona autorizada (como se describe anteriormente), 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 del Solicitante

Firma:

Fecha:

Si usted es el representante autorizado, debe firmar arriba y proveer la siguiente información (si ha atestado la solicitud de inscripción del beneficiario, no firme arriba y solo complete abajo):

Nombre: _____ Número de teléfono: _____

Dirección: _____ Relación al beneficiario: _____

Opciones de Entrega

Por correo postal a:

Membership Department
HealthSun Health Plans
9250 W Flagler Street Suite 600
Miami, FL 33174

Envíe el formulario por

fax a:
305-234-9275

Envíe el formulario por fax a:

sales@healthsun.com

Solo para uso oficial

Agente/Bróker: complete con su información:

Nombre de Agente: _____ ID del Plan de Agente: _____

Firma de Agente: _____ Número de teléfono: _____

Fecha de recibo de la solicitud del solicitante: _____