

## 2023 Formulario de inscripción

Complete este formulario para afiliarse a HealthSun Health Plans



### Tenga su tarjeta de Medicare a mano

Si no tiene su tarjeta de Medicare, podríamos buscar su número identificador de beneficiario de Medicare (MBI) con su

- Nombre completo
- Fecha de nacimiento
- Número de Seguro Social



### Hable con un agente certificado

Si tiene alguna pregunta sobre nuestros beneficios o desea obtener más información sobre nuestros planes antes de tomar una decisión, comuníquese con uno de nuestros agentes certificados.

Llame a HealthSun Health Plans al 1-877-336-2069. Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-877-206-0500. El horario de atención desde el **1 de abril hasta el 30 de septiembre** es de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. (estamos cerrados los días feriados). **Desde el 1 de octubre hasta el 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 el día de Navidad). **Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-206-0500.**



### Firme y feche su Formulario de inscripción

Es posible que le denieguen su inscripción en el plan si no completa todo el formulario.



### Inscripción electrónica

Puede inscribirse en línea a través de nuestro mecanismo de inscripción rápido y fácil.

Visite: [healthsun.com/how-to-enroll](https://healthsun.com/how-to-enroll)

**Vea la Opción 2: Inscripción en línea**

Complete una solicitud de inscripción electrónica

**Haga clic en: INICIAR LA INSCRIPCIÓN EN LÍNEA**



### ¿Qué sucederá luego?

Envíe el formulario completo y firmado a:

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

# Formulario de inscripción para HealthSun 2023

Escriba en letra de imprenta legible la información, tal como aparece en su tarjeta de Medicare.

Solicitud asistida por el departamento de ventas, deberá completar:

Identificación del agente de ventas de HealthSun: \_\_\_\_\_

Fecha de entrada en vigencia propuesta: \_\_\_\_\_

Fecha de recepción de la solicitud: \_\_\_\_\_

## SECCIÓN 1 - Todos los campos de esta página son obligatorios (a menos que se indiquen como opcionales)

Apellido:		Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA): ____/____/____	
Nombre:		Inicial del segundo nombre (opcional):	Sexo: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
Dirección de la Residencia Permanente (no indique un apartado de correos)			
Ciudad:		Estado: FL	Código postal:
Condado (opcional): <input type="checkbox"/> Miami-Dade <input type="checkbox"/> Broward <input type="checkbox"/> Palm Beach			
Dirección postal si difiere de la residencia permanente (puede incluir un apartado de correos)			
Ciudad:		Estado:	Código postal:
Número de teléfono principal: (____) _____ - _____		Número de teléfono alternativo: (____) _____ - _____	
<b>Su información de Medicare</b>			
Número de Medicare: _____			
<b>Conteste las siguientes preguntas importantes</b>			
¿Tendrá otra cobertura de medicamentos recetados (como VA, TRICARE) además de HealthSun? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
Nombre de la otra cobertura _____		Número de miembro para esta cobertura _____	Número de grupo _____
¿Está usted inscrito en su programa estatal de Medicaid? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
Suministre su número de Medicaid: _____			
<b>Información de contacto en caso de emergencia (opcional)</b>			
Nombre del contacto de emergencia _____			
Relación con el contacto de emergencia _____		Número de teléfono del contacto de emergencia (____) _____ - _____	

**SECCIÓN 1 (cont'd) - Todos los campos de esta página son obligatorios (a menos que se indiquen como opcionales)**

**Seleccione el plan de HealthSun al que desea afiliarse.**

**HealthSun HealthAdvantage Plan (HMO)** **\$0 por mes**  
H5431-001  
Condado de Miami-Dade

**HealthSun HealthAdvantage Plan (HMO)** **\$0 por mes**  
H5431-012  
Condado de Broward

**HealthSun HealthAdvantage Plan (HMO)** **\$0 por mes**  
H5431-013  
Condado de Palm Beach

**HealthSun HealthAdvantage Plus (HMO)** **\$0 por mes**  
H5431-017  
Condado de Miami-Dade

**HealthSun HealthAdvantage Plus (HMO)** **\$0 por mes**  
H5431-018  
Condado de Broward

**HealthSun HealthAdvantage Plus (HMO)** **\$0 por mes**  
H5431-020  
Condado de Palm Beach

**HealthSun MediMax (HMO)** **\$35.90 por mes**  
H5431-006  
Condado de Miami-Dade y condado de Broward

**HealthSun MediSun Extra (HMO D-SNP)** **\$35.90 por mes**  
H5431-019  
Condado de Miami-Dade y condado de Broward  
*Debe estar inscrito en Medicaid a través del estado de Florida para inscribirse en este plan.*

**HealthSun MediSun Plus (HMO D-SNP)** **\$35.90 por mes**  
H5431-016  
Condado de Palm Beach  
*Debe estar inscrito en Medicaid a través del estado de Florida para inscribirse en este plan.*

**SECCIÓN 1 (cont'd) - Todos los campos de esta página son obligatorios (a menos que se indiquen como opcionales)**

**IMPORTANTE: Lea y firme abajo**

- Debo conservar Hospital (Parte A) y Medical (Parte B) para permanecer en HealthSun Health Plans.
- Al afiliarse a este Medicare Advantage, acepto que HealthSun Health Plans compartirá mi información con Medicare, quien podría utilizarla para obtener información sobre la inscripción, realizar pagos y para otros fines permitidos por la legislación federal que autorizan la obtención de esta información (consulte la declaración de la ley de privacidad, a continuación). Su respuesta en este formulario es voluntaria. Sin embargo, si no la responde podría afectar su inscripción en el plan.
- Entiendo que puedo estar inscrito solo en un plan Medicare Advantage a la vez y que mi inscripción en este plan finalizará automáticamente mi inscripción en otro plan de salud de MA (hay excepciones para planes MA PFFS, MA MSA).
- Entiendo que cuando comience mi cobertura de HealthSun Health Plans, tendré que obtener todos mis beneficios médicos y de medicamentos recetados a través de HealthSun Health Plans. Estarán cubiertos los servicios y los beneficios que autorice HealthSun Health Plans y que se incluyan en el documento de Evidencia de Cobertura del HealthSun Health Plans, también conocido como contrato del miembro o acuerdo de suscriptor. Ni Medicare ni HealthSun Health Plans pagarán los servicios o los beneficios que no estén cubiertos.
- Según mi leal saber y entender, la información de este formulario de inscripción es correcta. Entiendo que, si proporciono información falsa de manera intencional en este formulario, se cancelará mi inscripción en el plan.
- Entiendo que mi firma (o la firma de la persona autorizada legalmente para actuar en mi nombre) en esta solicitud significa que he leído y comprendido los contenidos de esta solicitud. Si lo firma un individuo autorizado (según se describe anteriormente), la firma certifica que:
  - 1) Esta persona está autorizada por las leyes del estado para completar esta inscripción y
  - 2) La documentación que justifica esta autorización se encuentra disponible a pedido de Medicare.

**Firma:**

**Fecha de hoy:**

**Si usted es el representante autorizado, firme en el espacio de arriba y complete los siguientes campos:**

*Si solo ha estado como testigo en la solicitud de inscripción, no firme arriba y solo complete a continuación.*

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

**Relación con el inscrito:** \_\_\_\_\_ **Dirección:** \_\_\_\_\_

**SECCION 2: Todos los campos de esta página son opcionales**

**Usted decide si responde estas preguntas.  
No se le puede denegar la cobertura por no responderlas.**

**List your Primary Care Physician (PCP) selected with HealthSun Health Plans:**

<b>Identificación del PCP:</b>	<b>Nombre del PCP:</b>	<b>Centro médico/Clínica:</b>
--------------------------------	------------------------	-------------------------------

¿Trabaja usted?  Sí  No

¿Su cónyuge trabaja?  Sí  No

**¿Es de origen hispano, latino o español? Seleccione todas las opciones que correspondan.**

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Sí, cubano   | <input type="checkbox"/> Sí, de otro origen hispano, latino o español |
| <input type="checkbox"/> Sí, puertorriqueño                                       | <input type="checkbox"/> No, no hispano, latino o español             |
| <input type="checkbox"/> Sí, mexicano, estadounidense de origen mexicano, chicano | <input type="checkbox"/> <b>Prefiero no responder</b>                 |

**¿Cuál es su raza? Seleccione todas las opciones que correspondan.**

- |   |  |   |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Caucásico                          | <input type="checkbox"/> Vietnamita      | <input type="checkbox"/> Hawaiano nativo              |
| <input type="checkbox"/> Negro o afroamericano              | <input type="checkbox"/> Coreano         | <input type="checkbox"/> Samoano                      |
| <input type="checkbox"/> Indio americano o nativo de Alaska | <input type="checkbox"/> Indio asiático  | <input type="checkbox"/> Guameño o chamorro           |
| <input type="checkbox"/> Chino                              | <input type="checkbox"/> Filipino        | <input type="checkbox"/> Otro isleño del Pacífico     |
| <input type="checkbox"/> Japonés                            | <input type="checkbox"/> Otros asiáticos | <input type="checkbox"/> <b>Prefiero no responder</b> |

**Seleccione una opción si quiere que le enviemos información en otro idioma que no sea inglés:**

- Español  Otro: \_\_\_\_\_

**Seleccione una opción si quiere que le enviemos información en formato accesible:**

- Braille  Letra grande  Audio CD

Comuníquese con HealthSun Health Plans al 1-877-336-2069 si necesita información en un formato accesible o en otro idioma de los que se mencionan arriba. Nuestro horario de atención es de 8 a. m. a 8 p. m. El horario de atención desde el 1 de abril hasta el 30 de septiembre es de lunes a viernes (cerrado durante los días feriados nacionales). Desde el 1 de octubre hasta el 31 de marzo, atendemos los siete días de la semana (estamos cerrados el Día de Acción de Gracias y el día de Navidad). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-206-0500.

**Quiero recibir los siguientes materiales por correo electrónico. Puede marcar más de uno.**

- Directorio de proveedores y farmacias de 2023
- Formulario de medicamentos de 2023
- Catálogo de artículos de venta libre de 2023
- Resumen de Beneficios de 2023 para Plan núm. \_\_\_\_\_
- Evidencia de Cobertura de 2023 para Plan núm. \_\_\_\_\_

Dirección de correo electrónico: \_\_\_\_\_

**Pago de su prima del plan**

Puede pagar la prima mensual del plan, si tiene alguna (incluida cualquier multa por inscripción tardía que tenga actualmente o que adeude), por correo, todos los meses o en un pago anual. **También puede optar por pagar su prima con una deducción automática de sus beneficios del Seguro Social o de la Junta de Jubilación Ferroviaria (RRB) cada mes.**

**Si tiene que pagar un monto de ajuste mensual relacionado con el ingreso para la Parte D (Part D-IRMAA), deberá pagar el monto adicional además de su prima del plan. NO pague a HealthSun Health Plans la Part D-IRMAA.**

**Si no selecciona una opción de pago, recibirá una factura anual. Seleccione una opción para el pago de la prima:**

- Recibir una factura anual  Deducción automática del cheque de beneficios del Seguro Social o de la RRB

**DECLARACIÓN DE LA LEY DE PRIVACIDAD**

Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) recopilan información de los planes de Medicare para obtener información sobre la inscripción de los beneficiarios en los planes Medicare Advantage (MA), mejorar la atención y para el pago de los beneficios de Medicare. La sección 1851 de la Ley del Seguro Social y las secciones 422.50 y 422.60 del título 42 del Código de Regulaciones Federales autorizan la obtención de esta información. CMS podrá utilizar, divulgar e intercambiar datos de inscripción de beneficiarios de Medicare según se indica en el Anuncio de Registros del Sistema (SORN) Medicamentos recetados de Medicare Advantage [MARx], Sistema núm. 09-70-0588. Su respuesta en este formulario es voluntaria. Sin embargo, si no la responde podría afectar la inscripción en el plan de Anuncio de Registros del Sistema (SORN) Medicamentos recetados de Medicare Advantage [MARx], Sistema núm. 09-70-0588. Su respuesta en este formulario es voluntaria. Sin embargo, si no la responde podría afectar su inscripción en el plan.

### SECCIÓN 3 - DECLARACIÓN DE ELEGIBILIDAD PARA UN PERIODO DE INSCRIPCIÓN

**Típicamente, puede inscribirse a un Plan Medicare Advantage durante el periodo de inscripción anual entre el 15 de octubre y el 7 de diciembre de cada año.** Hay excepciones que pueden permitir su inscripción en un plan Medicare Advantage fuera de este periodo. Lea detenidamente las siguientes declaraciones y marque la casilla de las que se aplican a usted. Escriba sus iniciales al lado de la declaración que exprese lo que se aplica a usted. Al marcar cualquiera de las siguientes, usted certifica que, a su leal saber y entender, es elegible para un periodo de inscripción. Si, posteriormente, determinamos que esta información es incorrecta, podremos cancelar su inscripción.

- Soy nuevo en Medicare.
- Estoy inscrito en un plan Medicare Advantage y deseo cambiar de plan durante el Periodo de inscripción abierta de Medicare Advantage (MA OEP).
- Tengo Medicare y Medicaid (o mi estado me ayuda a pagar las primas de Medicare) o recibo Ayuda Extra (“Extra Help”) para pagar la cobertura de medicamentos recetados de Medicare, pero no tuve ningún cambio.
- Recientemente tuve un cambio en Medicaid (hace poco que tengo Medicaid, tuve un cambio en el nivel de la asistencia de Medicaid o perdí Medicaid) el día (indique la fecha) \_\_\_\_\_.
- Recientemente tuve un cambio en la Ayuda Extra (“Extra Help”) que recibo para pagar la cobertura de medicamentos recetados de Medicare: hace poco que recibo Ayuda Extra (“Extra Help”), tuve un cambio en la Ayuda Extra (“Extra Help”) que recibo o perdí la Ayuda Extra (“Extra Help”) el día (indique la fecha) \_\_\_\_\_.
- Recientemente perdí de forma involuntaria mi cobertura acreditable de medicamentos recetados (cobertura igual de completa que la de Medicare) el día (indique la fecha) \_\_\_\_\_.
- Medicare (o mi estado) me inscribió en un plan y deseo elegir un plan diferente. Mi inscripción en el plan comenzó el día (indique la fecha) \_\_\_\_\_.
- Estaba inscrito en un Plan para Necesidades Especiales (Special Needs Plan, SNP), pero ya no cuento con las condiciones requeridas para permanecer en ese plan. Me cancelaron la inscripción en el SNP el día (ingrese la fecha) \_\_\_\_\_.
- Me estoy mudando, vivo en un centro de cuidado a largo plazo o acabo de mudarme fuera de él (por ejemplo, un hogar de ancianos o centro de cuidado a largo plazo). Me mudé/me mudaré a/fuera del centro el día (indique la fecha) \_\_\_\_\_.
- Recientemente dejé el programa PACE el día (indique la fecha) \_\_\_\_\_.
- Acabo de mudarme fuera del área de servicio de mi plan actual o recientemente me mudé, y este plan es una nueva opción para mí. Me mudé el día (indique la fecha) \_\_\_\_\_.
- Recientemente, regresé a los EE. UU. después de vivir de forma permanente fuera de los EE. UU. Regresé a los EE. UU. el día (indique la fecha) \_\_\_\_\_.
- Recientemente obtuve el estatus de presencia legal en los EE. UU., obtuve este estatus el día (indique la fecha) \_\_\_\_\_.
- Recientemente me liberaron de prisión. Me liberaron el día (indique la fecha) \_\_\_\_\_.
- Estoy dejando la cobertura de mi empleador o sindicato el día (indique la fecha) \_\_\_\_\_.
- Mi plan va a terminar su contrato con Medicare o Medicare va a terminar su contrato con mi plan.
- Me vi afectado por una emergencia relacionada con el clima o una catástrofe (según lo declarado por la Agencia Federal para la Administración de Emergencias [FEMA]). Una de las otras declaraciones mencionadas se aplica a mi situación, pero no pude inscribirme debido al desastre natural.
- Me estoy inscribiendo en un plan de 5 estrellas calificado por Medicare.
- Otro: \_\_\_\_\_

Si ninguna de estas declaraciones le aplica o no está seguro, contacte a HealthSun al 1-877-336-2069 (los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-206-0500) para ver si es elegible para su inscripción. El horario de atención desde el 1 de abril hasta el 30 de septiembre es de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. (cerrado durante los días feriados nacionales). Desde el 1 de octubre hasta el 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 el día de Navidad).



## ¿Quién puede usar este formulario?

Personas con Medicare que deseen afiliarse a un plan Medicare Advantage.

## Para afiliarse a un plan, debe reunir las siguientes condiciones:

- Ser un ciudadano de los EE. UU. o estar admitido legalmente en los EE. UU.;
- Vivir en el área de servicio del plan.

**Importante:** Para afiliarse a un plan Medicare Advantage, también deberá contar tanto con

- Medicare Parte A (Seguro hospitalario) como con
- Medicare Parte B (Seguro médico)

## ¿Cuándo utilizo este formulario?

Puede afiliarse a un plan:

- Entre el 15 de octubre y el 7 de diciembre de cada año (para recibir cobertura a partir del 1 de enero)
- Dentro de los 3 meses de la primera vez que recibe Medicare
- En algunas situaciones en las que le permiten afiliarse a un plan o cambiar de plan

Visite [Medicare.gov](https://www.Medicare.gov) para obtener más información sobre cuándo puede inscribirse en un plan.

## ¿Qué debo hacer para completar este formulario?

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

**Nota:** Debe completar toda la información en la Sección 1. Los campos de la Sección 2 son opcionales, no se le puede denegar la cobertura por no responderlos.

Conforme a la Ley de Reducción de Trámites Administrativos (Paperwork Reduction Act) de 1995, ninguna persona tiene la obligación de responder a una recopilación de información, salvo que exhiba un número de control de OMB válido. El número de control válido de la OMB para esta recopilación de información es 0938-1378. Se calcula que el tiempo que lleva completar esta información es de 20 minutos por respuesta, incluido el tiempo para revisar instrucciones, buscar recursos de datos existentes, reunir los datos necesarios, y completar y revisar la recopilación de información. Si tiene comentarios con respecto a la precisión de los cálculos de tiempo o sugerencias para mejorar este formulario, escriba a la siguiente dirección: CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850.

## Recordatorios:

- Si desea afiliarse a un plan durante el periodo de inscripción abierta del otoño (del 15 de octubre al 7 de diciembre), el plan deberá 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 realicen los pagos de la prima por deducción automática de sus beneficios del Seguro Social o de la Junta de Jubilación Ferroviaria (RRB) cada mes.

## ¿Qué sucederá luego?

Envíe el formulario completo y firmado a:

**HealthSun Health Plans**  
**Attention: Member Services**  
**9250 West Flagler Street Suite 600**  
**Miami, FL 33174**

Una vez que procesen su solicitud de afiliación, 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 bien puede llamar a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-877-486-2048.

**En Español:** Llame a HealthSun al

1-877-336-2069/TTY: 1-877-206-0500 o a Medicare gratis al 1-800-633-4227 y oprima el 2 para asistencia en español y un representante estará disponible para asistirle.

## Personas sin hogar

- Si desea afiliarse a un plan, pero no tiene una residencia permanente, un apartado de correos (Post Office Box), una dirección de un refugio o una clínica, o la dirección donde recibe correo postal (p. ej., los cheques de la seguridad social) podría ser considerada como su dirección de residencia permanente.

### IMPORTANTE

No envíe este formulario ni cualquier elemento que incluya su información personal (como reclamaciones, pagos, registros médicos, etc.) a la oficina de PRA Reports Clearance Office. Eliminaremos cualquier elemento que recibamos que no sea sobre cómo mejorar este formulario o la carga de su obtención (incluido en OMB 0938-1378). No se conservará, revisará ni reenviará al plan. Consulte "¿Qué sucede a continuación?" en esta página para enviar su formulario completo al plan.