

## FORMULARIO DE SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN INDIVIDUAL PARA INSCRIBIRSE EN UN PLAN MEDICARE ADVANTAGE (PARTE C)

### ¿Quién puede usar este formulario?

Las personas con Medicare que quieran inscribirse en un plan Medicare Advantage.

### Para inscribirse en un plan, debe cumplir con los siguientes requisitos:

- Ser ciudadano estadounidense o encontrarse en los EE. UU. de forma legal.
- Vivir en el área de servicio del plan.

### Importante:

Para inscribirse en un plan Medicare Advantage, también debe cumplir estos dos requisitos:

- Tener Medicare Parte A (seguro hospitalario)
- Tener Medicare Parte B (seguro médico)

### ¿Cuándo uso este formulario?

Puede inscribirse en un plan:

- Todos los años, entre el 15 de octubre y el 7 de diciembre (para recibir cobertura a partir del 1.º de enero)
  - Dentro de los primeros 3 meses desde que obtiene Medicare por primera vez
  - En ciertas situaciones, cuando se le permite unirse a un plan o cambiar de plan
- Visite **Medicare.gov** para obtener más información sobre cuándo puede inscribirse en un plan.

### ¿Qué necesito 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 su número de teléfono

**Nota:** Debe completar toda la información que se le solicita en la Sección 1. La información que se solicita en la Sección 2 es opcional. No se le puede denegar la cobertura por no proporcionar esa información.

### Recordatorios:

- Si desea inscribirse en un plan durante el periodo de inscripción abierta de otoño (del 15 de octubre al 7 de diciembre), el plan deberá recibir su formulario completo el 7 de diciembre, a más tardar.

### Recordatorios:

- El plan le enviará una factura por la prima del plan. Usted puede elegir inscribirse para que deduzcamos automáticamente los pagos de la prima de su cuenta bancaria o de su beneficio mensual del Seguro Social (o de la Junta de Jubilación Ferroviaria).

### ¿Qué sucede a continuación?

Complete el formulario, fírmelo y envíelo a la siguiente dirección:

HealthSun Health Plans  
11430 NW 20th Street, Suite 300  
Miami, FL 33172

O por **fax** al: 786-363-8115

También puede inscribirse **en línea** aquí:  
[www.healthsun.com](http://www.healthsun.com)

Una vez que se haya procesado su solicitud de inscripción, alguien se comunicará con usted.

### ¿Cómo recibo ayuda para completar este formulario?

Llame a HealthSun Health Plans al **1-877-336-2069**. Los usuarios de TTY pueden llamar al **1-877-206-0500**.

O llame 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 Health Plans al **1-877-336-2069/ 1-877-206-0500** o a Medicare gratis al 1-800-633-4227 y oprima el 8 para obtener asistencia en español y un representante estará disponible para asistirlo.

### Personas que se encuentran sin hogar

- Si desea inscribirse en un plan, pero no cuenta con una residencia permanente, puede utilizar un apartado de correo, la dirección de un refugio o una clínica, o la dirección donde reciba correspondencia (como los cheques del seguro social) como su dirección de residencia permanente.

Conforme a la Ley de Reducción de Trámites de 1995, nadie está obligado a responder a una solicitud de recopilación de información, a menos que se identifique con un número de control válido de la Oficina de Administración y Presupuesto (OMB). El número de control válido de la OMB para esta recopilación de información es 0938-1378. El tiempo estimado que lleva completar esta información es aproximadamente 20 minutos por respuesta, lo cual incluye tiempo para revisar las instrucciones, consultar los recursos de datos existentes, reunir la información necesaria, y completar y revisar la información recopilada. Si tiene comentarios sobre la exactitud de las estimaciones 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.

### IMPORTANTE

No envíe este formulario ni ningún otro documento con su información personal (como reclamaciones, pagos, registros médicos, etc.) a la Oficina de Autorización de Informes de la Ley de Reducción de Trámites. Si recibimos cualquier documentación que no esté relacionada con la manera de mejorar este formulario o con la información que este solicita (que se describe en OMB 0939-1378), dicha documentación se destruirá. No se conservará, revisará ni reenviará al plan. Consulte la sección "¿Qué sucede a continuación?" en esta página para enviar su formulario completo al plan.

# HealthSun Health Plans

## Formulario de solicitud de inscripción individual-2025

Sección 1. Todos los campos a continuación son obligatorios (a menos que se marquen como opcionales). Marque la opción del plan en el que desea inscribirse.	
<input type="checkbox"/> HealthSun HealthAdvantage Plan (HMO)	\$0 por mes
Disponible en los siguientes condados: Broward, Miami-Dade, Palm Beach	
<input type="checkbox"/> HealthSun HealthAdvantage Plus (HMO)	\$0 por mes
Disponible en los siguientes condados: Broward, Miami-Dade, Palm Beach	
<input type="checkbox"/> HealthSun MediMax (HMO)	\$0 por mes
Disponible en los siguientes condados: Broward, Miami-Dade	
<input type="checkbox"/> HealthSun MediSun Extra (HMO D-SNP)	\$0 por mes
Disponible en los siguientes condados: Broward, Miami-Dade <i>Debe estar inscrito en Medicaid a través del Estado de Florida para inscribirse en este plan.</i>	
<input type="checkbox"/> HealthSun MediSun Plus (HMO D-SNP)	\$0 por mes
Disponible en este condado: Palm Beach <i>Debe estar inscrito en Medicaid a través del Estado de Florida para inscribirse en este plan.</i>	
<input type="checkbox"/> HealthSun VitalCare (HMO C-SNP)	\$0 por mes
Disponible en los siguientes condados: Broward, Miami-Dade, Palm Beach	

Apellido	Nombre	Inicial del segundo nombre (opcional)
Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA)	Sexo <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	Número de teléfono
Correo electrónico (opcional) @	Número de teléfono alternativo	
<b>Quiero obtener los siguientes materiales por correo electrónico. Seleccione una o más opciones.</b> <input type="checkbox"/> Directorio de proveedores y farmacias de artículos de venta libre <input type="checkbox"/> Resumen de Beneficios para el plan núm. _____ <input type="checkbox"/> Evidencia de Cobertura para el plan núm. _____		
<input type="checkbox"/> Formulario de medicamentos <input type="checkbox"/> Catálogo		

Para ser completado por el

solicitante: Nombre \_\_\_\_\_ y número de Medicare \_\_\_\_\_

Y0114\_25\_3008722\_0000\_R\_C CMS Approved 03/20/2025

1070770FLSSPHSP\_0245\_R1

Página 1 de 10

H5431\_HMO\_FL

**Dirección de residencia permanente** (no ingrese el apartado postal. Nota: Para las personas que se encuentran sin hogar, el apartado postal puede considerarse su domicilio permanente).

Ciudad	Estado	Código postal	Condado (opcional)
--------	--------	---------------	--------------------

**Dirección postal** (solo si difiere de la dirección permanente; se permiten apartados de correo)

Ciudad	Estado	Código postal
--------	--------	---------------

**Para ser completado por el solicitante:** Nombre \_\_\_\_\_

### Su información de Medicare

Número de Medicare: \_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_

Localice el código alfanumérico de 11 dígitos en su tarjeta de Medicare. **Ejemplo:** 1EG4-TE5-MK72

Fecha de entrada en vigencia: \_\_\_\_\_ SEGURO  
 SEGURO HOSPITALARIO (Parte A) \_\_\_\_\_ MÉDICO (Parte B) \_\_\_\_\_

### Conteste las siguientes preguntas importantes:

**¿Tendrá otra cobertura de medicamentos recetados (como VA, TRICARE) además de HealthSun Health Plans?**  Sí  No

Nombre de la otra cobertura:	Número de miembro para esta cobertura:	Número de grupo para esta cobertura:	Fecha de inicio: (MM/DD/AAAA)	Fecha de finalización: (MM/DD/AAAA)

**¿Está inscrito en su programa estatal de Medicaid?**  Sí  No

Si respondió "Sí", indique su número de Medicaid: \_\_\_\_\_

**Elija el nombre de un médico de atención primaria (PCP).** Si usted no elige un PCP, nosotros le asignaremos un proveedor calificado de alta calidad.

**Núm. de identificación del PCP**

(como figura en el Directorio de proveedores impreso o en línea) \_\_\_\_\_

Nombre del PCP \_\_\_\_\_

Nombre

Apellido

Nombre del grupo médico primario (PMG) \_\_\_\_\_

Dirección del PCP \_\_\_\_\_

Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código postal \_\_\_\_\_

**¿Lo está atendiendo o lo ha atendido recientemente este médico?**  Sí  No

### Información de contacto para emergencias (opcional)

**Nombre del contacto de emergencia**

**Relación con el contacto de emergencia**

**Número de teléfono del contacto de emergencia**

**Para ser completado por el solicitante:** Nombre \_\_\_\_\_

**Sección 2. Todos los campos en esta sección son opcionales.**

**Responder a estas preguntas es su elección.  
No se le puede denegar la cobertura por no responderlas.**

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

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

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

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Amerindio o nativo de Alaska | <input type="checkbox"/> Negro o afroamericano         |
| Asiático:   | Nativo de Hawaii e isleño del Pacífico:                |
| <input type="checkbox"/> Indoasiático                 | <input type="checkbox"/> Guameño o chamorro            |
| <input type="checkbox"/> Chino                        | <input type="checkbox"/> Nativo de Hawaii              |
| <input type="checkbox"/> Filipino                     | <input type="checkbox"/> Samoano                       |
| <input type="checkbox"/> Japonés                      | <input type="checkbox"/> Otra raza isleña del Pacífico |
| <input type="checkbox"/> Coreano                      | <input type="checkbox"/> Blanco                        |
| <input type="checkbox"/> Vietnamita                   | <input type="checkbox"/> <b>Elijo no responder</b>     |
| <input type="checkbox"/> Otra raza asiática           |  |

**Marque una de las casillas a continuación si prefiere que le enviemos información en otro idioma o en un formato accesible:**

- Español  
 PDF accesible con lector (audio)     Letra grande

Comuníquese con HealthSun al **1-877-336-2069** si necesita información en un formato accesible o en un idioma que no se menciona arriba. Nuestro horario de atención es de 8 a.m. a 8 p.m. los siete días de la semana (excepto el Día de Acción de Gracias y Navidad) desde el 1.º de octubre hasta el 31 de marzo, y de lunes a viernes (excepto los días feriados) desde el 1.º de abril hasta el 30 de septiembre. Los usuarios de TTY pueden llamar al **1-877-206-0500**.

**¿Usted trabaja?**     Sí     No

**¿Su cónyuge trabaja?**     Sí     No

**Para ser completado por el solicitante:** Nombre \_\_\_\_\_

### Pago de la prima del plan

Usted puede abonar su prima mensual del plan (incluidas las multas por inscripción tardía que actualmente tenga o pueda adeudar) todos los meses o en un pago anual. **También puede elegir pagar su prima mediante un retiro automático de su beneficio del Seguro Social o de la Junta de Jubilación Ferroviaria [RRB] todos los meses.**

**Si debe pagar un monto de ajuste mensual relacionado con el ingreso de la Parte D (IRMAA de la Parte D), deberá pagar dicho monto además de la prima del plan. NO pague el IRMAA de la Parte D a HealthSun Health Plans.**

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 de su cheque de beneficios mensual del Seguro Social o de la Junta de Jubilación Ferroviaria [RRB].

### DECLARACIÓN DE ELEGIBILIDAD PARA UN PERIODO DE INSCRIPCIÓN

Normalmente, usted puede inscribirse en un plan Medicare Advantage (MA) solo durante el periodo de inscripción anual (AEP), del 15 de octubre al 7 de diciembre de cada año, o durante el periodo de inscripción abierta (OEP), del 1.º de enero al 31 de marzo. Los beneficiarios inscritos en un plan MA-PD pueden utilizar el periodo de inscripción abierta (OEP) para cambiarse a otro plan MA-PD, un plan solo MA o Medicare Original con/sin un plan de medicamentos recetados (PDP). Además, hay algunas excepciones, como el periodo de inscripción inicial (IEP/ICEP) y los periodos especiales de inscripción (SEP), que pueden permitirle inscribirse en un plan Medicare Advantage fuera de estos periodos.

Lea detenidamente las siguientes declaraciones y marque todas las casillas correspondientes que se aplican a usted. Al marcar cualquiera de las siguientes opciones, usted certifica que, a su leal saber y entender, usted es elegible para un periodo de inscripción. Si posteriormente determinamos que esta información es incorrecta, podremos cancelar la inscripción.

**NOTA: Debe seleccionar al menos una de las opciones a continuación.**

- Me inscribo durante el Periodo de inscripción abierta anual del 15 de octubre al 7 de diciembre. (AEP)
- Soy nuevo en Medicare. (IEP/ICEP)
- Voy a cumplir 65 años y ya estoy inscrito en Medicare. (IEP2)
- Tengo una condición que califica. (SEP)
- 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 (indique la fecha) \_\_\_\_\_. (SEP)
- Medicare (o mi estado) me inscribió en un plan y deseo elegir un plan diferente. Mi inscripción en el plan comenzó el (indique la fecha) \_\_\_\_\_. (SEP)
- Recientemente, tuve un cambio en mi Medicaid/Ayuda Extra ["Extra Help"] para pagar mi cobertura de medicamentos recetados de Medicare (hace poco que recibo Medicaid/Ayuda Extra ["Extra Help"], tuve un cambio en el nivel de Medicaid/Ayuda Extra ["Extra Help"] o perdí Medicaid/Ayuda Extra ["Extra Help"]) el (indique la fecha) \_\_\_\_\_. (SEP)

**Para ser completado por el solicitante:** Nombre \_\_\_\_\_

- Me voy a mudar a un centro de cuidado a largo plazo, vivo en uno o acabo de mudarme fuera de él (por ejemplo, un hogar de ancianos o un centro de cuidado a largo plazo). Me mudé/mudaré al/del centro el (indique la fecha) \_\_\_\_\_. (SEP)
- Recientemente, me retiré de un Programa de Atención Integral para Adultos Mayores (PACE®) el (indique la fecha) \_\_\_\_\_. (SEP)
- Recientemente, perdí de forma involuntaria mi cobertura acreditable de medicamentos recetados (cobertura igual de completa que la de Medicare). Perdí mi cobertura de medicamentos el (indique la fecha) \_\_\_\_\_. (SEP)
- Dejaré la cobertura de mi empleador o sindicato. La cobertura del empleador/sindicato comenzó el (indique la fecha) \_\_\_\_\_ y la cobertura finaliza el (indique la fecha) \_\_\_\_\_. (SEP)
- Pertenezco a un programa de asistencia farmacéutica proporcionado por mi estado. (SEP)
- Recientemente, regresé a los EE. UU. después de residir de forma permanente fuera del país. Regresé a los EE. UU. el (indique la fecha) \_\_\_\_\_. (SEP)
- Mi plan va a terminar su contrato con Medicare, o Medicare va a terminar su contrato con mi plan. (SEP)
- Estaba inscrito en un Plan de Necesidades Especiales (SNP), pero he perdido la calificación de necesidades especiales requerida para permanecer en ese plan. Mi inscripción en el SNP fue cancelada el (indique la fecha) \_\_\_\_\_. (SEP)
- Recientemente, me liberaron de prisión. Me liberaron el (indique la fecha) \_\_\_\_\_. (SEP)
- Recientemente, obtuve el estatus de presencia legal en los Estados Unidos. Obtuve este estatus el (indique la fecha) \_\_\_\_\_. (SEP)
- Estoy inscrito en un plan Medicare Advantage y deseo cambiar de plan durante el periodo de inscripción abierta de Medicare Advantage. (MA OEP)
- Me inscribiré en un plan de 5 estrellas calificado por Medicare.
- Otro\* \_\_\_\_\_

\*Si ninguna de estas declaraciones se aplica a usted o no está seguro, comuníquese con HealthSun Health Plans al **1-877-336-2069** (los usuarios de TTY deben llamar al **1-877-206-0500**) para ver si es elegible para inscribirse. Nuestro horario de atención es de 8 a.m. a 8 p.m. los siete días de la semana (excepto el Día de Acción de Gracias y Navidad) desde el 1.º de octubre hasta el 31 de marzo, y de lunes a viernes (excepto los días feriados) desde el 1.º de abril hasta el 30 de septiembre.

**Para ser completado por el solicitante:** Nombre \_\_\_\_\_

### Sección 3. IMPORTANTE: Lea y firme a continuación

- Debo conservar tanto la cobertura de hospital (Parte A) como la cobertura médica (Parte B) para permanecer en HealthSun Health Plans.
- Al inscribirme en este plan Medicare Advantage, reconozco que HealthSun compartirá mi información con Medicare, quien podría usarla para hacer un seguimiento de mi inscripción, para hacer pagos y con otros fines permitidos por las leyes federales que autorizan la recopilación de esta información (consulte la Declaración de la Ley de Privacidad a continuación). Sus respuestas en este formulario son voluntarias. Sin embargo, no responder a las preguntas podría afectar su inscripción en el plan.
- Entiendo que puedo estar inscrito en un solo plan de MA en un momento determinado y que la inscripción en este plan finalizará automáticamente mi inscripción en otro plan de MA (se aplican excepciones a los planes MA PFFS o MA MSA).
- Entiendo que, cuando comience mi cobertura de HealthSun, tendré que obtener todos mis beneficios médicos y para medicamentos recetados a través de HealthSun. Se cubrirán los beneficios y servicios provistos por HealthSun e incluidos en el documento de "Evidencia de Cobertura" (también llamado contrato del miembro o acuerdo de suscriptor) de HealthSun Health Plans. Ni Medicare ni HealthSun pagarán por los beneficios o servicios que no están cubiertos.
- Según mi leal saber y entender, la información de este formulario de inscripción es correcta. Comprendo que, si proporciono información falsa de manera intencional en este formulario, se cancelará mi inscripción en el plan.
- Comprendo que mi firma (o la firma de la persona legalmente autorizada para actuar en mi nombre) en esta solicitud significa que he leído y comprendo el contenido de esta solicitud. Si quien firma es un representante autorizado (como se describió anteriormente), esta firma certifica lo siguiente:
  - 1) esta persona está autorizada de conformidad con la legislación estatal para completar este formulario de inscripción; y
  - 2) la documentación que respalda esta autorización se encuentra disponible a pedido de Medicare.

**Se requiere una firma para procesar la solicitud.**

<b>Firma del solicitante</b> X	<b>Fecha de hoy</b>
<b>Fecha de entrada en vigencia del plan deseado*:</b>	

\*Sujeto a las guías sobre periodos de elección de Medicare

**Para ser completado por el solicitante:** Nombre \_\_\_\_\_

**Solo la información del representante autorizado**

**Se deben completar todos los campos de esta sección si un representante autorizado, y no el solicitante, ha firmado esta solicitud.**

<b>Nombre</b>		
Nombre		Apellido
<b>Dirección</b>		
<b>Ciudad</b>	<b>Estado</b>	<b>Código postal</b>
<b>Número de teléfono</b>	<b>Relación con el inscrito</b>	
<input type="checkbox"/> <b>He enviado la documentación del representante autorizado junto con esta solicitud.</b>		

**Para ser completado por el solicitante:** Nombre \_\_\_\_\_

**Solo para las personas que ayudan al inscrito a llenar este formulario**

**Complete esta sección si usted es una persona (por ejemplo, agente, corredor de seguros, consejero de SHIP, familiar u otra persona) que está ayudando al inscrito a llenar este formulario.**

Nombre	Apellido	
Relación con el inscrito:		
<input type="checkbox"/> Agente	<input type="checkbox"/> Corredor de seguros	<input type="checkbox"/> Consejero de SHIP
<input type="checkbox"/> Representante autorizado	<input type="checkbox"/> Otro	<input type="checkbox"/> Uno mismo
Número de productor nacional (solo agentes/ corredores de seguros):		_____
Firma		
X		

**Solicitante: No complete las siguientes secciones.**

**Agente/Corredor de seguros: Complete TODOS los campos, incluidos "Agente suscriptor" y "Agencia", con su Identificación encriptada, código o Identificación fiscal asignados en función de su marca designada, estado Y producto.**

<input type="checkbox"/> IEP/ICEP	<input type="checkbox"/> AEP	<input type="checkbox"/> OEP	<input type="checkbox"/> SEP (tipo): _____	<input type="checkbox"/> No elegible
Ayudé al solicitante a completar esta solicitud.		<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	
Código de verificación de DSNP _____				
Alcance de la cita (SOA)				
Tipo de cita: <input type="checkbox"/> Cara a cara <input type="checkbox"/> Por teléfono <input type="checkbox"/> Por cámara web				
¿Cómo se recopiló información sobre el SOA?				
<input type="checkbox"/> Por escrito	<input type="checkbox"/> Por medio electrónico	<input type="checkbox"/> Por una llamada grabada (identificación de grabación de voz) _____		
Nombre en letra de imprenta		Nombre	Apellido	
Código de número de identificación fiscal del agente suscriptor (si corresponde) _____				
Nombre de la agencia _____				
Teléfono _____				
Correo electrónico _____ @ _____				
Firma _____		Fecha de recepción de la solicitud _____		

HealthSun Health Plans es un plan HMO D-SNP que tiene un contrato con Medicare y un contrato de Medicaid con la Agency for Health Care Administration del estado de Florida. La inscripción en HealthSun Health Plans depende de la renovación del contrato.

Hay servicios de traducción disponibles; comuníquese con el plan o su agente.

**Para ser completado por el solicitante:** Nombre \_\_\_\_\_

## DECLARACIÓN DE LA LEY DE PRIVACIDAD

Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) recopilan información de los planes de Medicare para hacer un seguimiento de la inscripción de los beneficiarios en los planes Medicare Advantage (MA), para mejorar la atención y para el pago de los beneficios de Medicare. La Sección 1851 de la Ley del Seguro Social y el Título 42 del CFR §422.50 y 422.60 autorizan la recopilación de esta información. Los CMS podrán usar, divulgar y compartir datos de inscripción de los beneficiarios de Medicare según se establece en el Aviso del Sistema de Registros (SORN) “Medicamentos recetados de Medicare Advantage (MARx)”, núm. de sistema 09-70-0588. Sus respuestas en este formulario son voluntarias. Sin embargo, no responder a las preguntas podría afectar su inscripción en el plan.

**Para ser completado por el solicitante:** Nombre \_\_\_\_\_