

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.
- ☐ 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
11430 NW 20th Street, Suite 300
Miami, FL 33172

O por **fax** al: 1-786-363-8115

También puede inscribirse **en línea** en:

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 al **1-844-594-2422**. 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 al **1-844-594-2422/ 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 0938-1378), 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

Formulario de solicitud de inscripción individual-2026

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.			
☐ HealthSun HealthAdvantage Plan (HMO)		\$0 por mes	
Disponible en los siguientes condados: Broward, Miami-Dade, Palm Beach			
☐ HealthSun HealthAdvantage Plus (HMO)		\$0 por mes	
Disponible en los siguientes condados: Broward, Miami-Dade, Palm Beach			
☐ HealthSun MediMax (HMO)		\$0 por mes	
Disponible en los siguientes condados: Broward, Miami-Dade			
Apellido	Nombre	Inicial del 2.º nombre (opcional)	
Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA)	Sexo ☐ Hombre ☐ Mujer	Número de teléfono	
Correo electrónico (opcional) @		Número de teléfono alternativo (opcional)	
Quiero obtener los siguientes materiales por correo electrónico. Seleccione una o más opciones.			
☐ Directorio de proveedores y farmacias		☐ Formulario de medicamentos	
☐ Catálogo de artículos de venta libre (OTC)			
☐ Resumen de Beneficios del plan núm. _____			
☐ Evidencia de Cobertura del plan núm. _____			
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 _____ y número de Medicare _____

Y0114_26_3016438_0000_R_C 08/28/2025

1083131FLSSPHSP_0260

Página 1 de 9

H5431_HMO_FL

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? ☐ 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)

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

Para ser completado por el solicitante: Nombre _____

Y0114_26_3016438_0000_R_C 08/28/2025

Página 2 de 9

1083131FLSSPHSP_0260

H5431_HMO_FL

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.**

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 **1-844-594-2422** 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

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 (D-IRMAA), deberá pagar dicho monto además de la prima del plan. NO pague el monto de D-IRMAA a HealthSun.

Si no selecciona una opción de pago, recibirá una factura anual.

Seleccione una opción para el pago de la prima:

☐ **Factura mensual:** Envíenme una factura cada mes

☐ **Deducción automática de su cheque de beneficios mensual del Seguro Social o de la RRB.**

Para ser completado por el solicitante: Nombre _____

Y0114_26_3016438_0000_R_C 08/28/2025

Página 3 de 9

1083131FLSSPHSP_0260

H5431_HMO_FL

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 OEP para cambiarse a otro plan MA-PD, un plan MA único 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)
- ☐ Acabo de mudarme fuera del área de servicio de mi plan actual o recientemente me mudé y tengo nuevas opciones disponibles 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)
- ☐ Me vi afectado por una emergencia o una catástrofe (según lo declarado por la Agencia Federal para la Administración de Emergencias [FEMA] o un ente gubernamental local, estatal o federal). Una de las otras declaraciones mencionadas se aplica a mi situación, pero no pude presentar mi solicitud de inscripción debido al desastre natural. (SEP)
- ☐ Recientemente, tuve un cambio en mi Medicaid/Ayuda Extra ("Extra Help") para pagar mi cobertura de medicamentos recetados de Medicare (Medicaid/Ayuda Extra ["Extra Help"] recién recibidos, cambio en el nivel de Medicaid/Ayuda Extra ["Extra Help"] o perdí Medicaid/Ayuda Extra ["Extra Help"]) el (indique la fecha) _____. (SEP)
- ☐ Me voy a mudar a un centro de cuidados médicos a largo plazo, vivo en uno o acabo de mudarme fuera de él (por ejemplo, un hogar de ancianos o centro de cuidados médicos a largo plazo). Me mudé/mudaré al/fuera 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)

Para ser completado por el solicitante: Nombre _____

Y0114_26_3016438_0000_R_C 08/28/2025

Página 4 de 9

1083131FLSSPHSP_0260

H5431_HMO_FL

- ☐ Estoy dejando 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)
- ☐ Estoy inscrito en un Programa Estatal de Asistencia Farmacéutica calificado o estoy perdiendo la ayuda de un Programa Estatal de Asistencia Farmacéutica. (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 inscribo 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 al **1-844-594-2422** (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 _____

Y0114_26_3016438_0000_R_C 08/28/2025

Página 5 de 9

1083131FLSSPHSP_0260

H5431_HMO_FL

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.
- ☐ Comprendo que puedo estar inscrito en solo un plan de MA en un momento determinado y que la inscripción en este plan rescindirá automáticamente mi inscripción en otro plan de MA (las excepciones se aplican 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 prestados por HealthSun y que estén 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. 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 legalmente autorizada para actuar en mi nombre) en esta solicitud significa que he leído y entiendo 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.

Firma del solicitante X	Fecha de hoy
Fecha de entrada en vigencia del plan deseado*:	

*Sujeto a las guías sobre períodos de elección de Medicare

Para ser completado por el solicitante: Nombre _____

Y0114_26_3016438_0000_R_C 08/28/2025

Página 6 de 9

1083131FLSSPHSP_0260

H5431_HMO_FL

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.

Nombre

Nombre

Apellido

Dirección**Ciudad****Estado****Código postal****Número de teléfono****Relación con el inscrito**☐ He enviado la documentación del representante autorizado junto con esta solicitud.

Para ser completado por el solicitante: Nombre _____

Y0114_26_3016438_0000_R_C 08/28/2025

Página 7 de 9

1083131FLSSPHSP_0260

H5431_HMO_FL

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 del Programa Estatal de Asistencia con el Seguro de Salud [SHIP], familiar u otra persona) que está ayudando al inscrito a llenar este formulario.

Nombre

Nombre

Apellido

Relación con el inscrito:

☐ Agente☐ Corredor de seguros☐ Consejero del SHIP☐ Representante autorizado☐ Otro☐ Uno mismo

Número de productor nacional

(Requerido solo para agentes y 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.

☐ IEP/ICEP ☐ AEP ☐ OEP ☐ SEP (tipo): _____ ☐ No elegibleAyudé al solicitante a completar esta solicitud. ☐ Sí ☐ No

Alcance de la cita (SOA)

Tipo de cita: ☐ Cara a cara☐ Por teléfono☐ Por cámara web

¿Cómo se recopiló información sobre el SOA?

☐ Por☐ Por medio☐ Llamada grabada

escrito

electrónico

(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 que tiene un contrato con Medicare. 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 _____

Y0114_26_3016438_0000_R_C 08/28/2025

1083131FLSSPHSP_0260

Página 8 de 9

H5431_HMO_FL

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, junto con las Secciones 422.50 y 422.60 del Título 42 del Código de Regulaciones Federales (CFR) 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 _____

Y0114_26_3016438_0000_R_C 08/28/2025

Página 9 de 9

1083131FLSSPHSP_0260

H5431_HMO_FL

Lista de verificación previa a la inscripción

Antes de tomar una decisión sobre la inscripción, es importante que comprenda por completo nuestros beneficios y normas. Si tiene alguna pregunta, puede hablar con un representante de Servicio al Cliente llamando al **1-844-594-2422** TTY: **1-877-206-0500** 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.

Comprensión de los beneficios

- ☐ La Evidencia de Cobertura (EOC) brinda una lista completa de toda la cobertura y los servicios. Es importante que revise la cobertura, los costos y los beneficios del plan antes de inscribirse. Visite **www.healthsun.com** o llame al **1-844-594-2422** para ver una copia de la EOC.
- ☐ Revise el directorio de proveedores (o consulte con su médico) para asegurarse de que los médicos que lo atienden ahora están dentro de la red. Si no figuran en la lista, significa que posiblemente deberá seleccionar un médico nuevo.
- ☐ Revise el directorio de farmacias para asegurarse de que la farmacia a la que acude para obtener medicamentos recetados está dentro de la red. Si la farmacia no figura en la lista, posiblemente deberá seleccionar una farmacia nueva para obtener sus medicamentos recetados.
- ☐ Revise el formulario para asegurarse de que sus medicamentos están cubiertos.

Comprensión de normas importantes

- ☐ **Efecto sobre la cobertura actual.** Si actualmente está inscrito en un plan Medicare Advantage, su cobertura médica actual de Medicare Advantage finalizará una vez que comience la nueva cobertura de Medicare Advantage. Si tiene Tricare, su cobertura puede verse afectada una vez que comience la nueva cobertura de Medicare Advantage. Comuníquese con Tricare para obtener más información. Si tiene un plan Medigap, una vez que comience su cobertura de Medicare Advantage, le conviene renunciar a la póliza Medigap porque estará pagando por una cobertura que no puede usar.
- ☐ Además de la prima mensual del plan, debe continuar pagando su prima de Medicare Parte B. Esta prima generalmente se deduce de su cheque del Seguro Social todos los meses.
- ☐ Los beneficios, las primas y/o los copagos/coseguros pueden cambiar el 1.º de enero de 2027.
- ☐ Salvo en casos de emergencia o urgencia, no cubrimos los servicios prestados por proveedores fuera de la red (médicos que no figuran en el directorio de proveedores).