

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, usted debe:

- 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 tener:

- Medicare Parte A (seguro hospitalario) y
- 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 de enero)
- Dentro de los primeros 3 meses desde que obtiene Medicare por primera vez
- En ciertos casos, cuando se le permite unirse a un plan o cambiar de plan

Visite **Medicare.gov** para saber cuándo puede inscribirse en un plan.

¿Qué necesito para llenar el formulario?

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

Nota: Debe completar toda la información de la Sección 1. La información de la Sección 2 es opcional. No se le puede denegar la cobertura por no proporcionarla.

Recordatorios:

- Si desea inscribirse en un plan durante el período 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:

- Recibirá la factura por la prima. Puede autorizar la deducción automática de su cuenta bancaria o de su beneficio mensual del Seguro Social (o Junta de Jubilación Ferroviaria).

¿Qué sucede a continuación?

Complete el formulario, fírmelo y envíelo a:

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

O por **fax** al: 1-305-448-5783

También puede inscribirse **en línea** en:
www.healthsun.com

Una vez que se haya procesado su solicitud de inscripción, se comunicarán 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 asistencia en español y un representante estará disponible para asistirle.

Personas que se encuentran sin hogar

- Si desea inscribirse en un plan, pero no tiene residencia permanente, puede utilizar un P.O. Box, la dirección de un refugio o una clínica, o una donde reciba su correo (como cheques del Seguro Social) como 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 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 (descrita en OMB 0938-1378), 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.

Formulario de solicitud de inscripción individual-2027

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)		\$0.00 por mes	
Disponible en los siguientes condados: Broward, Miami-Dade, Palm Beach			
☐ HealthSun HealthAdvantage Plus (HMO)		\$0.00 por mes	
Disponible en los siguientes condados: Broward, Miami-Dade, Palm Beach			
☐ HealthSun MediMax (HMO)		\$0.00 por mes	
Disponible en los siguientes condados: Broward, Miami-Dade			
☐ HealthSun MediSun Extra (HMO D-SNP)		\$0.00 por mes	
Disponible en los siguientes condados: Broward, Miami-Dade, Palm Beach			
☐ HealthSun MediSun Full Dual Extra (HMO D-SNP)		\$0.00 por mes	
Disponible en los siguientes condados: Broward, Miami-Dade, Palm Beach			
☐ HealthSun VitalCare (HMO C-SNP)		\$0.00 por mes	
Disponible en los siguientes condados: Broward, Miami-Dade, Palm Beach			
Apellido		Nombre	Inicial 2.º nom. (opc.)
Fecha de nac. (MM/DD/AAAA)	Sexo ☐ Masc. ☐ Fem.		Número de teléfono
Email (opcional) @		Teléfono alternativo (opcional)	
Quiero obtener los siguientes materiales por email. 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 número: _____			
☐ Evidencia de Cobertura del plan número: _____			
Dirección de residencia permanente (No ingrese un P.O. Box. Nota: Para las personas que se encuentran sin hogar, un P.O. Box puede considerarse su domicilio permanente).			
Ciudad	Estado	Código postal	Condado (opcional)
Dirección postal (solo si difiere de la dirección permanente; se permiten P.O. Box)			
Ciudad	Estado	Código postal	

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 con receta (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)

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

Si respondió "Sí", indique su número de Medicaid: _____

¿Alguna vez le diagnosticaron insuficiencia cardíaca congestiva (CHF), enfermedad cardiovascular (CVD), y/o diabetes? ☐ Sí ☐ No

Elija el nombre de un médico de atención primaria (PCP). Si usted no elige un PCP, nosotros le asignaremos un proveedor con una calificación 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 el solicitante: Nombre _____

Y0114_27_3021190_0000_R_C

Página 2 de 9

1091297FLSSPHSP_0241

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:

Por escrito: ☐ Español ☐ Criollo haitiano
☐ Otro:

Verbalmente: ☐ Español ☐ Criollo haitiano
☐ Otro:

☐ 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 el día de Navidad) desde el 1 de octubre hasta el 31 de marzo, y de lunes a viernes (excepto los días feriados) desde el 1 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 pagar su prima mensual del plan (incluidas las multas por inscripción tardía que actualmente tenga o pueda adeudar) cada mes o en un pago anual. **También puede pagarla mediante un retiro automático de su beneficio del Seguro Social o de la RRB cada mes. 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 del cheque de beneficios mensual del Seg. Social o de la RRB.**

Para el solicitante: Nombre _____

Y0114_27_3021190_0000_R_C

Página 3 de 9

1091297FLSSPHSP_0241

H5431_HMO_FL

Beneficios complementarios especiales para personas con enfermedades crónicas (SSBCI)

Su plan puede incluir **Beneficios complementarios especiales para personas con enfermedades crónicas (SSBCI)**. Los miembros que tienen ciertas afecciones médicas y resultados adversos de salud pueden ser elegibles para recibir estos beneficios.

Se requiere verificación de elegibilidad antes de que se puedan activar los beneficios de SSBCI. Solicite a su proveedor de atención médica que complete y envíe el Formulario de verificación de afección crónica para determinar la elegibilidad.

Una vez que confirmemos que usted es elegible para los beneficios de SSBCI, se le notificará.

Los beneficios mencionados son Beneficios complementarios especiales para personas con enfermedades crónicas (Special Supplemental Benefits for the Chronically Ill, SSBCI). Puede calificar para recibir los SSBCI si tiene un riesgo alto de hospitalización y requiere coordinación de cuidados intensivos para manejar afecciones crónicas, como afecciones renales crónicas, trastornos pulmonares crónicos, trastornos cardiovasculares, insuficiencia cardíaca crónica o diabetes. Para obtener una lista completa de afecciones crónicas o para obtener más información sobre otros requisitos de elegibilidad necesarios para calificar para los beneficios de SSBCI, consulte el Capítulo 4 en la Evidencia de Cobertura del plan.

Para el solicitante: Nombre _____

Y0114_27_3021190_0000_R_C

Página 4 de 9

1091297FLSSPHSP_0241

H5431_HMO_FL

DECLARACIÓN DE ELEGIBILIDAD PARA UN PERÍODO DE INSCRIPCIÓN

Normalmente, usted puede inscribirse en un plan Medicare Advantage (MA) solo durante el Período de inscripción anual (AEP), del 15 de octubre al 7 de diciembre de cada año, o durante el Período de inscripción abierta (OEP), del 1 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 u Original Medicare con/sin un plan de medicamentos con receta (PDP). Además, hay algunas excepciones, como el Período de inscripción inicial (IEP/ICEP) y los Períodos especiales de inscripción (SEP), que pueden permitirle inscribirse en un plan Medicare Advantage fuera de estos períodos.

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 Período de inscripción. Si posteriormente determinamos que esta información es incorrecta, podríamos cancelar la inscripción.

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

Solo es elegible si usted está en un plan Full Dual y se está inscribiendo en HealthSun MediSun Full Dual Extra (HMO D-SNP).

- ☐ Tengo Medicare y obtengo todos los beneficios de Medicaid. Quiero unirme o cambiarme a un plan que coordine la cobertura entre mis planes de atención administrada de Medicare y Medicaid (llamado Plan de necesidades especiales de doble elegibilidad (D-SNP) integrado). (SEP)
- ☐ Me inscribo durante el Período 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 o recientemente me mudé y tengo nuevas opciones. Me mudé el día (indique la fecha) _____. (SEP)
- ☐ Medicare (o mi estado) me inscribió en un plan y deseo cambiar a otro diferente. Mi inscripción en el plan comenzó el día (indique la fecha) _____. (SEP)
- ☐ Me afectó una emergencia o catástrofe (declarada 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 inscribirme por el desastre natural. (SEP)
- ☐ Recientemente cambió mi pago de Medicaid/Ayuda Extra (Extra Help) de la cobertura de medicamentos con receta de Medicare (recibí o perdí Medicaid/Ayuda Extra, o cambió el nivel de Medicaid/Ayuda Extra) el (indique la fecha) _____. (SEP)
- ☐ Me voy a mudar a un centro de atención a largo plazo, vivo en uno o acabo de mudarme fuera de él (por ejemplo, un centro de cuidados o centro de atención a largo plazo). Me mudé o me mudaré al centro o fuera del centro el (indique la fecha) _____. (SEP)

Para el solicitante: Nombre _____

Y0114_27_3021190_0000_R_C

Página 5 de 9

1091297FLSSPHSP_0241

H5431_HMO_FL

- ☐ Recientemente, me retiré de un Programa de Atención Integral para Adultos Mayores (PACE®) el (indique la fecha) _____. (SEP)
- ☐ Recientemente, perdí involuntariamente mi cobertura acreditable de medicamentos con receta (cobertura igual de completa que la de Medicare). Perdí mi cobertura de medicamentos el (indique la fecha) _____. (SEP)
- ☐ Estoy dejando la cobertura de mi empleador o sindicato. Dicha cobertura comenzó el (indique la fecha) _____ y 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. Lo obtuve el (indique la fecha) _____. (SEP)
- ☐ Estoy inscrito en un plan Medicare Advantage y deseo cambiar de plan durante el Período de inscripción abierta de Medicare Advantage. (MA OEP)
- ☐ 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 el día de Navidad) desde el 1 de octubre hasta el 31 de marzo, y de lunes a viernes (excepto los días feriados) desde el 1 de abril hasta el 30 de septiembre.

Para el solicitante: Nombre _____

Y0114_27_3021190_0000_R_C

Página 6 de 9

1091297FLSSPHSP_0241

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 unirme al plan Medicare Advantage, reconozco que HealthSun compartirá mis datos con Medicare, quien podría usarlos para seguimiento de mi inscripción, hacer pagos y otros fines según las leyes federales que autorizan recopilar datos (ver abajo la Declaración de la Ley de Privacidad). Sus respuestas en este formulario son voluntarias, aunque no responder las preguntas podría afectar su inscripción en el plan.
- Entiendo 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, al comenzar mi cobertura de HealthSun, obtendré todos mis beneficios médicos y de medicamentos con receta a través de HealthSun. Se cubrirán beneficios y servicios prestados por HealthSun según la "Evidencia de Cobertura" de mi plan HealthSun Health Plans (contrato del miembro o acuerdo de suscriptor). Ni Medicare ni HealthSun pagarán por beneficios o servicios no cubiertos.
- Según mi leal saber y entender, la información en este formulario es correcta. Entiendo que, si brindo información falsa intencionalmente, 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 antes), esta firma certifica que:
 - 1) Esta persona está autorizada según la legislación estatal para llenar este formulario; y
 - 2) La documentación que respalda esta autorización está disponible a pedido de Medicare.

Se requiere una firma para procesar la solicitud.

Firma del solicitante

X

Fecha de hoy

Fecha de vigencia del plan deseado*:

*Sujeto a las pautas sobre períodos de elección de Medicare

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 el solicitante: Nombre

Y0114_27_3021190_0000_R_C

Página 7 de 9

1091297FLSSPHSP_0241

H5431_HMO_FL

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

Complete esta sección si es una persona (p. ej., corredor de seguros (broker), consejero del SHIP, agente, familiar o tercero) que está ayudando al inscrito a llenar el formulario.

Nombre

Nombre

Apellido

Relación con el inscrito:

☐ Agente ☐ Broker ☐ Consejero SHIP ☐ Representante autorizado ☐ Otro ☐ Yo mismo

Número de productor nacional

(Solo agentes y brokers):

Firma

X

Solicitante: No complete las siguientes secciones.

Agente/corredor de seguros (broker): Complete TODOS los campos, incluidos “Agente suscriptor” y “Agencia”, con su identificación encriptada, código o número de identificación fiscal (TIN) asignados según su marca designada, estado Y producto.

☐ IEP/ICEP ☐ AEP ☐ OEP ☐ SEP (tipo): ☐ No elegible

Ayudé al solicitante a completar esta solicitud. ☐ Sí ☐ No

Código de verificación de DSNP

Alcance de la cita (SOA)

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

¿Cómo se recopiló información sobre el SOA?

☐ Por escrito ☐ Electrónicamente ☐ Llamada grabada (id. de voz)

Nombre en imprenta

Nombre

Apellido

Código de número de identificación fiscal del agente suscriptor (si corresponde)

Agencia

Teléfono

Email

@

Firma

Fecha de recepción de la solicitud

Formulario de inscripción

Para el solicitante: Nombre

Y0114_27_3021190_0000_R_C

Página 8 de 9

1091297FLSSPHSP_0241

H5431_HMO_FL

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

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 pueden usar, divulgar y compartir datos de inscripción de los beneficiarios de Medicare según se establece en el Aviso del Sistema de Registros (SORN) "Medicamentos con receta 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 el solicitante: Nombre _____

Y0114_27_3021190_0000_R_C

Página 9 de 9

1091297FLSSPHSP_0241

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**, 8 a.m. a 8 p.m., los siete días de la semana (excepto el día de Acción de Gracias y el día de Navidad) desde el 1 de octubre hasta el 31 de marzo, y de lunes a viernes (excepto los días feriados) desde el 1 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 con receta.
- ☐ 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, sería recomendable renunciar a la póliza Medigap porque estará pagando por una cobertura que no puede usar.
- ☐ Además de la prima mensual del plan, usted debe continuar pagando su prima de la Parte B de Medicare. Esta prima generalmente se deduce de su cheque del Seguro Social cada mes.
- ☐ Los beneficios, las primas y/o los copagos/coseguro pueden cambiar el 1 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).
- ☐ Este plan es un plan de necesidades especiales para afecciones crónicas (C-SNP). Su aptitud para inscribirse dependerá de que se verifique que usted tiene una afección crónica discapacitante o grave específica que reúna los requisitos.

Formulario de Precalificación del Plan de Necesidades Especiales (SNP) Crónicas

Envíe este formulario con su solicitud de inscripción cuando solicite un plan C-SNP.

Un Plan de Necesidades Especiales (SNP) es un tipo de plan Medicare Advantage que se centra en las personas con necesidades especiales. Ofrecemos SNP para personas con determinadas condiciones crónicas o discapacitantes.

Responder afirmativamente a las preguntas a continuación no siempre significa que sea elegible para unirse a nuestro plan.

Después de inscribirse, debemos verificar su condición crónica con su médico dentro de los 2 meses. Si no podemos verificar su condición, cancelaremos su inscripción en este plan. Podemos ayudarlo a encontrar un plan que se ajuste a sus necesidades.

Dígale a su médico que nos comunicaremos con él para verificar su condición. En la página 2 de este formulario, complete con la información de contacto correcta de su médico.

Envíe el formulario completo por fax al 1-305-448-5783.

Insuficiencia cardíaca congestiva (CHF)

¿Puede contestar "Sí" a una o más de las siguientes preguntas? ☐ SÍ ☐ NO

¿Su médico u otro profesional médico certificado le ha diagnosticado insuficiencia cardíaca congestiva (CHF)?

¿Tiene líquido en los pulmones?

¿Tiene hinchazón en los pies y en las piernas casi todos los días debido al exceso de líquido en el cuerpo?

¿Toma medicamentos para el líquido en los pulmones o para que el corazón lata con más fuerza?

Enfermedad cardiovascular (CVD)

¿Puede contestar "Sí" a una o más de las siguientes preguntas? ☐ SÍ ☐ NO

¿Su médico u otro profesional médico certificado le ha diagnosticado enfermedad cardiovascular (CVD)?

¿Tuvo un ataque cardíaco o su médico le dijo que corre el riesgo de tenerlo?

¿Tiene dolor en el corazón (angina de pecho) o dolor en la pierna (claudicación) que haya surgido cuando estaba en actividad?

¿Toma medicamentos para el corazón o la circulación?

Diabetes

¿Puede contestar "Sí" a una o más de las siguientes preguntas? ☐ SÍ ☐ NO

¿Su médico u otro profesional médico certificado le ha diagnosticado diabetes?

¿Se controla el nivel de azúcar en sangre en su casa?

¿Tiene un nivel alto de azúcar en sangre?

¿Toma medicamentos para controlar el azúcar en sangre?

Continúa en el reverso.

Información de contacto del médico/proveedor de cuidados médicos

Indique la información de su médico o proveedor de cuidados médicos actual/anterior, que pueda verificar su condición crónica.

Apellido del proveedor: _____ Nombre del proveedor: _____

Firma del proveedor (opcional): _____

La firma es opcional y solo debe completarla el proveedor.

Es posible que se le solicite información adicional a su proveedor de cuidados médicos sobre su condición.

Dirección: _____

Teléfono: _____ Fax: _____

Información del solicitante

Firma del solicitante: _____ Fecha: ____ / ____ / ____ Hora: ____ a.m./p.m.
MM DD AAAA

Núm. de identificación de Medicare: _____ Apellido: _____ Nombre: _____

No discriminamos ni excluimos a las personas, ni las tratamos diferente, por motivos de raza, color, nacionalidad, sexo, edad o discapacidad en nuestros programas y actividades de salud.

HealthSun Health Plans es un plan HMO que tiene un contrato de Medicare. HealthSun Health Plans es un plan SNP que tiene un contrato de Medicare y un contrato con el programa estatal de Medicaid. La inscripción en HealthSun Health Plans depende de la renovación del contrato.

Hay disponibles servicios de traducción; póngase en contacto con el plan o su agente.