



Formulario de Inscripción 2018

HealthSun Health Plans es un plan de HMO con un contrato de Medicare. La inscripción en HealthSun Health Plans depende de la renovación del contrato. Usted tiene que continuar pagando la Prima de su Medicare Parte B. Beneficios, prima y/o copagos/coseguro pueden cambiar el 1ro. de enero de cada año. HealthSun cumple con las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discrimina por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo. ATTENTION: If you speak English, language assistance services, free of charge, are available to you. Call 1-877-336-2069. (TTY: 1-877-206-0500). ATANSYON: Si w pale Kreyòl Ayisyen, gen sèvis èd pou lang ki disponib gratis pou ou. Rele 1-877-336-2069. (TTY: 1-877-206-0500).

Fecha de entrada en vigencia propuesta:

Por favor comuníquese con HealthSun Health Plans si usted necesita información en otro idioma o formato (Braille).

Para inscribirse en HealthSun Health Plans, proporcione la siguiente información:

Marque en qué plan quiere inscribirse:

- 001 – HealthSun SunPlus Advantage Plan (HMO): \$0 mensual
- 012 – HealthSun HealthAdvantage Plan (HMO): \$0 mensual
- 006 – HealthSun MediMax Plan (HMO): \$29.10 mensual

Por favor, provea su información del Seguro de Medicare:

Tenga su tarjeta de Medicare roja, azul y blanca para completar esta sección.

- Llene esta información como aparece en su tarjeta de Medicare -O-
- Adjunte una copia de su tarjeta de Medicare o una carta de la Administración del Seguro Social o de la Junta de Retiro Ferroviario

Nombre (como aparece en su tarjeta de Medicare)	

Núm. de Medicare: _____	Fecha de vigencia: _____
Tiene derecho a:	
HOSPITAL (Parte A) _____	
MÉDICA (Parte B) _____	
Usted tiene que tener Parte A y Parte B para inscribirse a Medicare Advantage Plan.	

Sr. / Sra. / Srta.

Apellido: _____ Nombre: _____ Inicial: _____

Fecha de nacimiento: ____ / ____ / ____ Sexo: _____ Núm. de Teléfono (casa): _____

Dirección de su Residencial Permanente: _____

Ciudad: _____ Condado: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Dirección Postal (solamente si es diferente a su dirección de residencia permanente): _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Condado: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Contacto de emergencias: _____ Relación con usted: _____

Núm. de Teléfono: _____ Núm. de Teléfono alterno: _____

Elija a un médico de atención primaria (PCP, por sus siglas en inglés), una clínica o un centro de salud:

Nombre del PCP (en letra de molde): _____ **PCP #:** _____

Cómo pagar la prima del plan

Si determinamos que usted debe una multa por inscripción tardía (o si actualmente tiene una multa por inscripción tardía), necesitamos saber cómo prefiere pagarla. Puede enviar por correo, mensual o trimestralmente. También puede seleccionar pagar su prima con una deducción automática mensual de su cheque de beneficios del Seguro Social o de la Junta de Retiro Ferroviario (RRB). Si se determina que tiene que pagar una cantidad ajustada mensual de la Parte D debido a sus ingresos, será notificado(a) por la Administración del Seguro Social. Se le puede retener la cantidad de su cheque de beneficios del Seguro Social o enviar directamente la factura de Medicare, o de la Junta de Retiro Ferroviario (RRB). NO pague la cantidad adicional de la Parte D-IRMAA a HealthSun Health Plans.

Usted puede pagar su prima mensual del plan (incluyendo cualquier multa por inscripción que actualmente tiene o pueda deber) por correo, mensual o trimestralmente. También puede pagar su prima por deducción automática de su cheque de beneficios de Seguro Social o Junta de Retiro Ferroviario (RRB) cada mes.

Si se determina que tiene que pagar una cantidad mensual de la Parte D debido a sus ingresos, usted será notificado(a) por la Administración del Seguro Social. Usted será responsable de pagar esta cantidad extra además de la prima de su plan. Se le puede retener la cantidad de su cheque de beneficios del Seguro Social o enviar directamente la factura de Medicare o de la Junta de Retiro Ferroviario. NO pague la cantidad adicional de la Parte D-IRMA A a HealthSun Health Plans.

Personas con ingresos limitados pueden calificar para ayuda adicional para pagar los costos de sus medicamentos recetados. Si usted califica, Medicare podría pagar 75% o más de los costos de sus medicamentos incluyendo primas por recetas médicas mensuales, deducibles anuales y coseguro. Además, aquellos que califican no tienen período sin cobertura o multa de inscripción tardía. Muchas personas son elegibles para estos ahorros y no lo saben. Para más información sobre esta ayuda adicional, comuníquese con la oficina local del Seguro Social o llame al Seguro Social al: 1 (800) 772-1213. Los usuarios de TTY pueden llamar al 1 (800) 325-0778. También puede aplicar para la ayuda adicional a través del sitio de Internet www.socialsecurity.gov.prescriptionhelp.

Si usted califica para ayuda adicional con los costos de cobertura de sus medicamentos recetados de Medicare, Medicare le pagará todo o una parte de la prima de su plan. Si Medicare paga sólo una parte de esta prima, nosotros le enviaremos la factura por la cantidad que no cubre Medicare.

Si usted no selecciona una opción de pago, recibirá una factura cada mes.

Por favor seleccione una opción de pago de la prima:

Recibir una factura

Dedución automática de su cheque mensual de beneficios del Seguro Social/Junta de Retiro Ferroviario (RRB).

Yo recibo beneficios mensualmente del: Servicio Social RRB

(La deducción del Seguro Social/Junta de Retiro Ferroviario puede tomar dos meses o más para comenzar después que el Seguro Social/Junta de Retiro Ferroviario aprueben la deducción. En la mayoría de los casos, si el Seguro Social/Junta de Retiro Ferroviario acepta su solicitud de deducción automática, la primera deducción de su cheque de beneficios del Seguro Social/Junta de Retiro Ferroviario incluirá todas las primas que deba de su inscripción desde la fecha que entre en vigencia, hasta que comience la retención. Si el Seguro Social/Junta de Retiro Ferroviario no aprueba su solicitud para deducción automática le enviaremos una factura por su prima mensual).

Por favor lea y responda estas preguntas importantes

1. ¿Tiene usted la Enfermedad Renal Terminal? Sí No

Si ha tenido un trasplante de riñón exitoso y/o si ya no necesita diálisis en forma regular, **por favor adjunte una nota o récords** de su doctor que muestren que su trasplante de riñón fue exitoso o que ya usted no necesita diálisis, de lo contrario es posible que tengamos que comunicarnos con usted para obtener información adicional.

2. Algunas personas pueden tener otra cobertura de medicamentos, incluyendo seguro privado, TRICARE, cobertura de beneficios médicos de empleados federales, beneficios para veteranos (VA) o programas estatales de ayuda farmacéutica.

¿Va a tener otra cobertura de medicamentos recetados además de HealthSun Health Plans? Sí No

Si su respuesta es "Sí", por favor explique su otra cobertura con su número de identificación:

Nombre de la otra cobertura: _____

ID #: _____

Núm. de grupo: _____

3. ¿Reside usted en una institución de cuidados a largo plazo, como un asilo de ancianos? Sí No

Si respondió "Sí", por favor proporcione la siguiente información:

Nombre de la Institución: _____

Dirección y Teléfono de la Institución: _____

4. ¿Está usted inscrito en un programa estatal de Medicaid? Sí No

Si su respuesta es "Sí", provee el Número de Medicaid: _____

5. ¿Trabaja usted o su esposo(a)? Sí No

Por favor, marque una de las casillas a continuación si prefiere que le enviemos información en un idioma que no sea el inglés o en otro formato:

Español Otro idioma: _____ Otro formato como Braille o letra impresa (grande): _____

Por favor comuníquese con HealthSun Health Plans llamando al (305) 447-4458 o 1 (877) 336-2069 si necesita información en otro formato o idioma además de los anteriormente mencionados. Nuestro horario de atención es de lunes a viernes, de 8am hasta las 8pm, los usuarios de TTY pueden llamar al 1 (877) 206-0500.

POR FAVOR LEA ESTA INFORMACION IMPORTANTE



Si en la actualidad cuenta con la cobertura de salud de un empleador o unión (sindicato), la inscripción en HealthSun Health Plans puede afectar a los beneficios médicos de su empleador o unión (sindicato). Usted puede perder la cobertura de su empleador o unión (sindicato) al ingresar en HealthSun Health Plan. Lea las comunicaciones que le envía su empleador o unión (sindicato). Si tiene alguna pregunta, visite su sitio web o comuníquese con la oficina que aparece en sus comunicaciones. Si no hay información sobre con quién comunicarse, el administrador de sus beneficios o la oficina que responde preguntas sobre su cobertura pueden ayudarlo.

Por favor, lea y firme abajo

Al completar esta solicitud de inscripción, acepto lo siguiente:

HHealthSun Health Plans es un plan de Medicare Advantage y tiene un contrato con el gobierno federal. Tengo que mantener la cobertura de las Partes A y B de Medicare. Solamente puedo estar en un solo plan de Medicare Advantage a la vez y entiendo que mi inscripción en otro plan médico o plan automáticamente termina mi inscripción en otro plan médico o plan de medicamentos recetados de Medicare. Es mi responsabilidad informarles acerca de cualquier cobertura de medicamentos recetados que tenga ahora o que pueda tener en el futuro. La inscripción en este plan, por lo general, es por todo el año. Una vez que me inscriba, puedo salir de este plan o hacer cambios si el período de inscripción está disponible (por ejemplo, durante el Período de Inscripción Anual del 15 de octubre al 7 de diciembre de cada año), o bajo ciertas circunstancias especiales.

HealthSun Health Plans provee servicios a un área específica. Si me mudo fuera del área en la cual HealthSun Health Plans provee servicios, necesito notificar al plan de manera que pueda darme de baja y encontrar un nuevo plan en el área nueva. Desde el momento en que sea miembro de HealthSun Health Plans tengo el derecho de apelar cualquier decisión del plan sobre pagos o servicios, si estoy en desacuerdo. Leeré la Evidencia de Cobertura de HealthSun Health Plans cuando la reciba para saber cuáles reglas debe de seguir para obtener cobertura con este plan de Medicare Advantage. Entiendo que las personas con Medicare por lo general no tienen cobertura de Medicare cuando están fuera del país excepto por cobertura limitada cerca de la frontera de los Estados Unidos.

Yo entiendo que a partir de la fecha en que comienza la cobertura de HealthSun Health Plans debo recibir toda la atención médica de HealthSun Health Plans excepto en casos de emergencia o cuando necesite servicios de urgencia o servicios de diálisis fuera del área. Los servicios autorizados por HealthSun Health Plans y otros servicios incluidos en mi Evidencia de Cobertura de HealthSun Health Plans (también conocidos como contrato del miembro o acuerdo del suscriptor) serán cubiertos. Sin autorización, **NI MEDICARE NI HEALTHSUN HEALTH PLANS PAGARA POR LOS SERVICIOS.**

Yo entiendo qué si estoy recibiendo asistencia de algún agente de ventas, agente de seguros o cualquier otra persona empleado por o contratada por HealthSun Health Plans él/ella puede recibir pagos basados en mi inscripción en HealthSun Health Plans.

Divulgación de Información: Al inscribirme en este plan médico de Medicare, yo entiendo que HealthSun Health Plans dará a conocer mi información a Medicare y a otros planes en caso de que sea necesario debido al tratamiento, pagos y servicios médicos. También, entiendo que HealthSun Health Plans dará a conocer mi información incluyendo datos sobre mis medicamentos recetados a Medicare, quien puede darla a conocer para estudios y otros propósitos que sigan todas las leyes y regulaciones federales aplicables. La información en este Formulario de Inscripción es correcta hasta donde yo tengo conocimiento. Entiendo que si, de manera intencional, proporciono información falsa en este formulario, se me dará de baja del plan.

Yo entiendo que mi firma (o la firma de la persona autorizada de actuar en mi nombre, de acuerdo con la ley del estado en que vivo) en esta aplicación significa que he leído y entendido el contenido de esta aplicación. Si lo firma una persona autorizada (tal como se explicó anteriormente), esta firma significa que: 1) Esta persona está autorizada bajo la ley del estado a completar esta inscripción y 2) Los documentos de esta autorización están disponibles al ser solicitados por HealthSun Health Plans o por Medicare.

Por lo general, usted puede inscribirse en un plan de Medicare Advantage durante el período de inscripción anual, que va desde el 15 de octubre hasta el 7 de diciembre de cada año. Existen excepciones que pueden permitirle inscribirse en un plan de Medicare Advantage fuera de este período.

Por favor, lea detenidamente las siguientes declaraciones e inicie la casilla que aplique en su caso. Al marcar sus iniciales en una de las siguientes líneas usted certifica que, a su entender, usted es elegible para un período de inscripción. Si más adelante determinamos que esta afirmación es incorrecta, puede cancelarse su inscripción en el plan.

Declaraciones del período de inscripción

- _____ Soy nuevo a Medicare.
- _____ Hace poco me mudé fuera del área de mi plan actual, o hace poco me mudé y este plan es una nueva opción para mí. Me mudé en (fecha): _____.
- _____ Estuve viviendo fuera de los Estados Unidos y recientemente regresé (fecha): _____.
- _____ Tengo ambos Medicare y Medicaid, o mi estado me ayuda a pagar las primas de Medicare.
- _____ Obtengo ayuda adicional en los pagos por cobertura de medicamentos recetados de Medicare.
- _____ Yo no califico para asistencia adicional de asistencia farmacéutica. Dejé de recibir asistencia en (fecha): _____.
- _____ Hace poco fui liberado de la cárcel. Me dieron de alta en (fecha): _____.
- _____ Recientemente obtuve estado de presencia legal en los Estados Unidos. Tengo este estado desde (fecha): _____.
- _____ Me voy a mudar, vivo o recientemente me mudé a un centro de atención a largo plazo (por ejemplo, un hogar de personas de edad avanzada o de convalecencia), o hace tiempo me fui de un hogar de este tipo en (fecha): _____.
- _____ Hace poco dejé de participar en PACE (Programa de Atención Integral para las personas de avanzada edad), (fecha): _____.
- _____ Hace poco y en forma involuntaria perdí mi cobertura acreditable para medicamentos con receta (una cobertura tan buena como la de Medicare). Perdí mi cobertura para medicamentos (fecha) _____.
- _____ Voy a dejar de tener cobertura de un empleador o sindicato en (fecha): _____.
- _____ Yo pertenezco a un programa de asistencia de farmacia proporcionado por mi estado.
- _____ Mi plan está terminando su contrato con Medicare, o Medicare está terminando su contrato con mi plan.
- _____ Yo estaba inscrito en un Plan de Necesidades Especiales (SNP) pero perdí la calificación de necesidades especiales necesarias para pertenecer a este plan. Estoy desafiliado de la SNP desde (fecha): _____.

Si ninguna de estas declaraciones aplican a usted, o usted no está seguro, póngase en contacto con HealthSun Health Plans al (305) 447-4458 o al 1 (877) 336-2069 (usuarios de TTY deben llamar al 1 (877) 206-0500) para ver si usted es elegible para inscribirse. Estamos abiertos lunes a viernes, de 8am a 8pm. HealthSun Health Plans es un plan de HMO con un contrato de Medicare. La inscripción en HealthSun Health Plans depende de la renovación del contrato.

Su firma: _____ **Fecha de hoy:** _____

Si usted es un representante autorizado y firma por el beneficiario, o si usted firma como testigo, usted debe proveer la siguiente información:

Nombre: _____ Relación con el inscrito: _____

Dirección: _____ Núm. de Teléfono: _____

Sólo para uso oficial:

Nombre de Agente de Ventas: _____

Firma de Agente de Ventas: _____

ID# de Agente de HealthSun: _____ **Plan ID #:** _____ **Fecha Efectiva de Cobertura:** _____

ICEP/IEP _____ AEP _____ SEP (tipo) _____ No Elegible: _____



HealthSun Health Plans es un plan de HMO con un contrato de Medicare. La inscripción en HealthSun Health Plans depende de la renovación del contrato. Usted tiene que continuar pagando la Prima de su Medicare Parte B. Beneficios, prima y/o copagos/coseguro pueden cambiar el 1ro. de enero de cada año. HealthSun cumple con las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discrimina por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo. ATTENTION: If you speak English, language assistance services, free of charge, are available to you. Call 1-877-336-2069. (TTY: 1-877-206-0500). ATANSYON: Si w pale Kreyòl Ayisyen, gen sèvis èd pou lang ki disponib gratis pou ou. Rele 1-877-336-2069. (TTY: 1-877-206-0500).