



# **Formulario de inscripción para 2012**

Fecha de entrada en vigencia propuesta:

**Si necesita información en otro formato o idioma, póngase en contacto con HealthSun Health Plans, Inc. Para inscribirse en HealthSun Health Plans, Inc., proporcione la siguiente información:**

**Indique con una marca en qué plan quiere inscribirse:**

- SunPlus Advantage Plan 001     SunPlus Advantage Plan 002     Healthy Advantage 005 Plan     MediMax Plan 006
- \$\_\_ mensual                      \$\_\_ mensual                      \$\_\_ mensual                      \$\_\_ mensual

**Proporcione la información del seguro de Medicare:**

Tenga su tarjeta de Medicare a mano para completar esta sección.

- Complete estos espacios en blanco de manera que coincidan con los datos de su tarjeta roja, blanca y azul de Medicare, O
- adjunte una copia de su tarjeta de Medicare o la carta del Seguro Social o de la Junta de jubilación para ferroviarios.

Debe tener la Parte A y la Parte B de Medicare para inscribirse en un plan Medicare Advantage.  
Sr./Sra./Srta.

**Seguro de salud de Medicare  
Ley del Seguro Social**

**Nombre:** \_\_\_\_\_

**Núm. de reclamo de Medicare**      **Sexo:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

**Tiene derecho a**      **Fecha de entrada en vigencia**  
**COB. HOSPITALARIA (Parte A)** \_\_\_\_\_

**COB. MÉDICA (Parte B)** \_\_\_\_\_

Apellido: \_\_\_\_\_ Primer nombre: \_\_\_\_\_ Inicial 2.º nombre: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_ Núm. de teléfono particular: \_\_\_\_\_

Dirección permanente: \_\_\_\_\_

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

Dirección postal (únicamente si es distinta de la dirección de residencia permanente):

Dirección: \_\_\_\_\_

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

Contacto para emergencias: \_\_\_\_\_ Relación con usted: \_\_\_\_\_

Núm. de teléfono: \_\_\_\_\_ Núm. de teléfono alternativo: \_\_\_\_\_

**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 imprenta):** \_\_\_\_\_ **Núm. de 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 pagar. Puede enviar su pago por correo, mensualmente o trimestral. 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. 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. Usted será responsable de pagar esta cantidad adicional 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-IRMAA a HealthSun Health Plan.

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 por 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](http://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 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 para el pago de la prima del plan:

Recibir una factura

Deducción automática de su cheque mensual de beneficios del Seguro Social/Junta de Retiro Ferroviario. (Puede tomar dos meses o más para comenzar la deducción después que el Seguro Social/Junta de Retiro Ferroviario aprueba 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 entra en vigencia hasta que comience la retención. Si el Seguro Social/la 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 registros** de su doctor que muestren que su trasplante de riñón fue exitoso o que usted ya 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 la respuesta es "Sí", por favor, haga una lista de sus otras coberturas y el (los) número(s) de identificación para la(s) cobertura(s):

Nombre de la otra cobertura:      Número de identificación de la cobertura:      Número de grupo de la cobertura

\_\_\_\_\_

3. ¿Es usted residente de 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 número de teléfono de la institución (número y nombre de la calle): \_\_\_\_\_

Reside en un centro de atención a largo plazo, como un hogar de convalecencia?  Sí  No

Si la respuesta es "sí", proporcione la siguiente información:

Nombre de la institución: \_\_\_\_\_

Dirección y número de teléfono de la institución (número y calle): \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

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

Si respondió "Sí", por favor proporcione su número de Medicaid: \_\_\_\_\_

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

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

Español     Otro : \_\_\_\_\_

Por favor, comuníquese con HealthSun Health Plans llamando al 1-877-207-4900 si necesita información en otro formato o idioma además de los que se incluyeron anteriormente. Nuestro horario de atención es Lunes a Viernes de 8:00am a 8:00pm. Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-877-206-0500..

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

Lea detenidamente los siguientes enunciados y marque la casilla del enunciado que se aplique en su caso. Al marcar cualquiera de las siguientes casillas, certifica que, a su leal saber y entender, usted es elegible para un período de inscripción. Si más adelante determinamos que esta información es incorrecta, puede cancelarse su inscripción en el plan.

### Enunciados del período de inscripción

- Soy miembro nuevo de Medicare.
- Hace poco me mudé fuera del área de servicio de mi plan actual, o hace poco me mudé y este plan es una nueva opción para mí. Me mudé el (introducir la fecha) \_\_\_\_\_.
- Estuve viviendo fuera de los Estados Unidos y recientemente regrese \_\_\_\_\_.
- Tengo tanto Medicare como Medicaid, o mi estado me ayuda a pagar las primas de Medicare.
- Participo en un programa de asistencia farmacéutica que ofrece mi estado.
- Yo no califico para asistencia adicional de asistencia farmacéutica. Deje de recibir asistencia en \_\_\_\_\_.
- Me voy a vivir o vivo en un centro de atención a largo plazo (por ejemplo, un hogar de convalecencia), o hace poco me fui de un centro de este tipo. Fui o iré a vivir al centro, o me fui o me iré de él, el (introducir la fecha) \_\_\_\_\_.
- Hace poco dejé de participar en un programa PACE (Programa de atención integral para las personas de edad avanzada), el (introducir la 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 el (introducir la fecha) \_\_\_\_\_.
- Voy a dejar de tener la cobertura de un empleador o sindicato el (introducir la fecha) \_\_\_\_\_.
- Recibo ayuda adicional para pagar la cobertura para medicamentos con receta de Medicare o ya no reúno los requisitos para recibir ayuda adicional para pagar los medicamentos con receta de Medicare. Dejé de recibir la ayuda adicional el (introducir la fecha) \_\_\_\_\_.
- Mi plan va a terminar su contrato con Medicare, o Medicare va a terminar su contrato con mi plan. Estaba inscrito en un Plan de necesidades especiales (SNP) pero he perdido la calificación de necesidades especiales necesaria para estar en el plan. Yo me desafiliado de la SNP en \_\_\_\_\_.
- Ninguno de los enunciados anteriores se aplica en mi caso; no obstante, considero que mis circunstancias especiales permitirían realizar una excepción para mi inscripción (sujeta a aprobación). Explique: \_\_\_\_\_

**Su firma:** \_\_\_\_\_ **Fecha de hoy:** \_\_\_\_\_

Si es el representante autorizado, debe firmar arriba y proporcionar la siguiente información:

Nombre: \_\_\_\_\_ Relación con la persona inscrita: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Número de teléfono: \_\_\_\_\_

### Únicamente para uso oficial:

**Nombre del Consultor de beneficios del personal (en letra de imprenta):** \_\_\_\_\_

**Firma del Consultor de beneficios:** \_\_\_\_\_

**# del Consultor de beneficios:** \_\_\_\_\_ **Fecha de entrada en vigencia:** \_\_\_\_\_ **# identificación del plan:** \_\_\_\_\_

[ ] ICEP/IEP [ ] AEP [ ] SEP (tipo) \_\_\_\_\_ [ ] No elegible: \_\_\_\_\_

## LEA ESTA INFORMACIÓN IMPORTANTE

**PARE**

Si en la actualidad cuenta con la cobertura de salud de un empleador o sindicato, la inscripción en HealthSun Health Plans, Inc. puede afectar a los beneficios médicos de su empleador o sindicato. Usted puede perder la cobertura médica de su empleador o sindicato al ingresar en HealthSun Health Plan. Lea las comunicaciones que le envía su empleador o 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 ayudar.

### Lea y firme en el reverso

#### Al completar esta solicitud de inscripción, acepto lo siguiente:

HealthSun Health Plans, Inc. es un plan Medicare Advantage y tiene un contrato con el gobierno federal. Voy a tener 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 este 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. Entiendo que si no tengo cobertura de medicamentos recetados de Medicare o una cobertura de medicamentos recetados confiable (tan buena como la de Medicare), es posible que tenga que pagar una multa por inscripción tardía además de la prima por la cobertura de medicamentos recetados de Medicare 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, Inc. proporciona servicios a un área específica. Si me mudo fuera del área en la cual HealthSun Health Plan proporciona servicio, 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, tengo el derecho de apelar cualquier decisión del plan sobre pagos o servicios, si estoy en desacuerdo. Leeré la Evidencia de Cobertura HealthSun cuando lo reciba para saber cuáles reglas debo 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 Estados Unidos.

Entiendo que a partir de la fecha en que comienza la cobertura de HealthSun debo obtener todos mi atención médica de HealthSun, excepto en casos de emergencia o cuando necesite servicios de urgencia o servicios de diálisis fuera del área. Si los servicios fueron necesarios por razones médicas, HealthSun me reembolsará todos los beneficios cubiertos por el plan, aunque haya recibido los servicios fuera de la red." Los servicios autorizados por HealthSun y otros servicios incluidos en mi documento de Evidencia de Cobertura de HealthSun. (también conocido como contrato del miembro o acuerdo de suscriptor) tendrán cobertura. Sin autorización, **NI MEDICARE NI HEALTHSUN PAGARÁ LOS SERVICIOS.**

Entiendo que si estoy recibiendo asistencia de algún agente de ventas, agente de seguros o cualquier otra persona empleada por o contratada por HealthSun, él/ella puede recibir pagos basados en mi inscripción en HealthSun.

**Divulgación de información:** Al inscribirme en este plan médico de Medicare, entiendo que <plan name> dará a conocer mi información a Medicare y a otros planes en caso de que sea necesario debido a tratamiento, pagos y servicios médicos. También, entiendo que <plan name> dará a conocer mi información [MA-PD plans insert: incluyendo datos sobre mis medicamentos recetados] a Medicare, quien puede darla a conocer para estudios y otros propósitos que sigan todos los estatutos y reglamentos federales que apliquen. La información en este formulario de inscripción es correcta hasta donde tengo conocimiento. Entiendo que si, de manera intencional, proporciono información falsa en este formulario, se me dará de baja del plan.

Entiendo que mi firma (o la firma de la persona autorizada a actuar en mi nombre de acuerdo a la ley del estado en el 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 antes), esta firma certifica que: 1) Esta persona está autorizada bajo la ley del estado a completar esta inscripción y 2) los documentos de esta autorización están disponibles en Medicare, si se solicitan.



**Un plan de salud que tiene un contrato con Medicare.**