

Health Net Formulario de Inscripción Individual 2020



Comuníquese con Health Net si necesita información en otro idioma o formato (braille).

Para inscribirse en Health Net, proporcione la siguiente información:

Marque el plan en el cual desea inscribirse.

Health Net Gold Select (HMO)²

(incluye cobertura de medicamentos que requieren receta médica)

H0562 – 101 – 001:
Condados de Los Angeles y Orange, CA
\$0 por mes

H0562 – 101 – 002:
Condados de Riverside y San Bernardino, CA
\$0 por mes

Health Net Seniority Plus Sapphire Premier (HMO)²

(incluye cobertura de medicamentos que requieren receta médica)

H3561 – 002:
Condados de Alameda, Fresno, Kern, Los Angeles, Orange, San Diego, San Francisco y Tulare, CA
\$32 por mes

H3561 – 004:
Condados de Imperial, Riverside y San Bernardino, CA
\$32 por mes

Health Net Seniority Plus Sapphire Premier II (HMO)²

(incluye cobertura de medicamentos que requieren receta médica)

H3561 – 005:
Condados de Alameda, Fresno, Kern, Los Angeles, Orange, San Diego, San Francisco y Tulare, CA
\$32 por mes

H3561 – 006:
Condados de Imperial, Riverside y San Bernardino, CA
\$32 por mes

Health Net Seniority Plus Ruby (HMO)

(incluye cobertura de medicamentos que requieren receta médica)

H0562 – 079:
Condado de Kern, CA
\$0 por mes

Health Net Ruby Select (HMO)

(incluye cobertura de medicamentos que requieren receta médica)

H0562 – 097:
Condado de San Francisco, CA
\$0 por mes

H0562 – 103:
Condado de Yolo, CA
\$0 por mes

Health Net Ruby Select (HMO)²

(incluye cobertura de medicamentos que requieren receta médica)

H0562 – 112:
Condado de Fresno, CA
\$0 por mes

H0562 – 113:
Condado de Alameda, CA
\$69 por mes

²No se ofrece un paquete suplementario opcional con este plan.

Blanco: Health Net Amarillo: Afiliado

Y0020_20_12590FORM_SPN_C_FINAL_14256 Approved 06192019



Para inscribirse en Health Net, proporcione la siguiente información:

Marque el plan en el cual desea inscribirse.

Health Net Healthy Heart (HMO)

(incluye cobertura de medicamentos que requieren receta médica)

- H0562 – 012:
Condado de San Diego, CA \$0 por mes
- H0562 – 090:
Condado de Fresno, CA \$0 por mes
- H0562 – 120:
Condados de Santa Clara y Stanislaus, CA
\$0 por mes
- H0562 – 100 – 001:
Condados de Los Angeles y Orange, CA
\$16 por mes
- H0562 – 100 – 002:
Condados de Riverside y San Bernardino, CA
\$16 por mes
- H0562 – 119:
Condado de Imperial, CA \$29 por mes
- H0562 – 039:
Condado de Yolo, CA \$98 por mes
- H0562 – 009:
Condado de San Francisco, CA \$124 por mes
- H0562 – 068:
Condados de Alameda y Stanislaus, CA
\$124 por mes
- H0562 – 084:
Condados de Placer y Sacramento, CA
\$166 por mes

Health Net Jade (HMO C-SNP)^{1,2}

(trastornos cardiovasculares, insuficiencia cardíaca crónica [por sus siglas en inglés, CHF], diabetes/incluye cobertura de medicamentos que requieren receta médica)

- H0562 – 092:
Condados de Kern, Los Angeles y Orange, CA
\$0 por mes
- H0562 – 118:
Condado de Fresno, CA \$0 por mes

Health Net Jade (HMO C-SNP)¹

(trastornos cardiovasculares, insuficiencia cardíaca crónica [por sus siglas en inglés, CHF], diabetes/incluye cobertura de medicamentos que requieren receta médica)

- H0562 – 114:
Condado de San Diego, CA \$0 por mes
- H0562 – 117:
Condado de San Francisco, CA \$0 por mes

Health Net Seniority Plus Amber I (HMO D-SNP)^{1,2}

(incluye cobertura de medicamentos que requieren receta médica)

- H0562 – 055:
Condados de Fresno, Kern, Los Angeles, Orange, Riverside, San Bernardino, San Diego, San Francisco y Tulare, CA
\$0–\$32* por mes

Health Net Seniority Plus Amber II (HMO D-SNP)^{1,2}

(incluye cobertura de medicamentos que requieren receta médica)

- H0562 – 121:
Condados de Fresno, Kern, Los Angeles, Orange, Riverside, San Bernardino, San Diego, San Francisco y Tulare, CA
\$0–\$32* por mes

Health Net Seniority Plus Sapphire (HMO)²

(incluye cobertura de medicamentos que requieren receta médica)

- H0562 – 122:
Condados de Kern, Los Angeles, Orange, Riverside, San Bernardino, San Diego, Santa Clara y Stanislaus, CA \$0 por mes

¹Usted debe cumplir con los criterios específicos de inscripción para inscribirse en este plan.

²No se ofrece un paquete suplementario opcional con este plan.

*La prima real se basa en el estado del Subsidio por Ingreso Bajo.

Blanco: Health Net

Amarillo: Afiliado



Para inscribirse en Health Net, proporcione la siguiente información:

Marque el plan en el cual desea inscribirse.

Health Net Seniority Plus Amber II Premier (HMO D-SNP)^{1,2}

(incluye cobertura de medicamentos que requieren receta médica)

H3561 – 001:
Condado de Fresno, CA \$0–\$32* por mes

Health Net Seniority Plus Green (HMO)

(no incluye cobertura de medicamentos que requieren receta médica)

H0562 – 045:
Condados de Alameda, Placer, Sacramento y Stanislaus, CA \$139 por mes

Health Net Seniority Plus Green (HMO)²

(no incluye cobertura de medicamentos que requieren receta médica)

H0562 – 044:
Condados de Los Angeles, Riverside y San Bernardino, CA \$0 por mes

¹Usted debe cumplir con los criterios específicos de inscripción para inscribirse en este plan.

²No se ofrece un paquete suplementario opcional con este plan.

*La prima real se basa en el estado del Subsidio por Ingreso Bajo.

Blanco: Health Net

Amarillo: Afiliado



Beneficios Suplementarios Opcionales por una prima mensual adicional:

Health Net Seniority Plus Green (HMO) H0562 – 045

Health Net Healthy Heart (HMO) H0562 – 068, 090, 100 – 001 y 100 – 002:

Elija uno:

- Health Net Total Fit plus: \$20 por mes o:
- Health Net Total Fitness FLEX: \$35 por mes

Health Net Seniority Plus Ruby (HMO) H0562 – 079

Health Net Ruby Select (HMO) H0562 – 103:

Elija uno:

- Health Net TotalFit: \$14 por mes o:
- Health Net FLEX Total-Fit: \$30 por mes

Health Net Jade (HMO C-SNP) H0562 – 117

Health Net Healthy Heart (HMO) H0562 – 120:

- Health Net Enhanced Dental: \$8 por mes

Health Net Healthy Heart (HMO) H0562 – 039:

- Health Net Essentials: \$9 por mes

Health Net Healthy Heart (HMO) H0562 – 084:

- Health Net Fit: \$12 por mes

Health Net Healthy Heart (HMO) H0562 – 009:

- Health Net Fit plus: \$32 por mes

Health Net Healthy Heart (HMO) H0562 – 012

Health Net Ruby Select (HMO) H0562 – 097

Health Net Jade (HMO C-SNP) H0562 – 114:

Elija uno:

- Health Net Total: \$11 por mes o:
- Health Net Total FLEX: \$28 por mes

Health Net Healthy Heart (HMO) H0562 – 119:

- Health Net Total: \$11 por mes

Importe de la Prima Mensual del Plan (incluido el importe del paquete suplementario opcional de beneficios)

\$

Fecha de vigencia solicitada

<input type="text"/>							
M	M	D	D	A	A	A	A

Blanco: Health Net

Amarillo: Afiliado



Para inscribirse en Health Net, proporcione la siguiente información:

Apellido	Nombre	Inicial del segundo nombre	<input type="checkbox"/> Sr. <input type="checkbox"/> Sra. <input type="checkbox"/> Srta.
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Fecha de nacimiento	Sexo	Número de teléfono particular	
<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	<input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/>	
		Número de teléfono alternativo	
		<input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/>	
Dirección permanente (no se permite apartado postal)			
<input type="text"/>			

Ciudad	Condado	Estado	Código postal
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Dirección postal (solo en el caso de que fuera diferente de la dirección permanente) Dirección

Ciudad	Estado	Código postal
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Dirección de correo electrónico (opcional)

Contacto de emergencia	Número de teléfono	Relación con usted
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Proporcione información sobre su seguro de Medicare

<p>Tenga a mano su tarjeta de Medicare roja, blanca y azul, para completar esta sección.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Complete esta información tal como aparece en su tarjeta de Medicare. -O- • Adjunte una copia de su tarjeta de Medicare o su carta del Seguro Social o del Consejo de Jubilación Ferroviario. 	Nombre (como figura en su tarjeta Medicare)
	<input type="text"/>
	Número de Medicare
	<input type="text"/>
	Tiene derecho a:
HOSPITAL (Parte A)	Fecha de vigencia
	<input type="text"/>
	M M D D A A A A
MÉDICO (Parte B)	
	<input type="text"/>
	M M D D A A A A
<p>Debe tener Medicare Parte A y Parte B para inscribirse en un plan Medicare Advantage.</p>	



Pagar su prima del plan

Para los planes Medicare Advantage con Medicamentos que Requieren Receta Médica sin primas: Si determinamos que debe una multa por inscripción tardía (o si, actualmente, tiene una multa por inscripción tardía), necesitamos saber cómo prefiere pagarla. Puede pagarla por correo, por transferencia electrónica de fondos (por sus siglas en inglés, EFT) o con tarjeta de crédito mensualmente. También puede elegir pagar su prima mediante una deducción automática de su cheque de beneficios del Seguro Social o del Consejo de Jubilación Ferroviario (por sus siglas en inglés, RRB) cada mes. Si se determina una Suma de Ajuste Mensual relacionada con el Ingreso de la Parte D, se lo notificará la Administración del Seguro Social. Usted deberá pagar esa cantidad extra además de la prima del plan. La suma se retendrá de su cheque de beneficios del Seguro Social; o bien, Medicare o el RRB le enviarán directamente la factura. NO le pague a Health Net la IRMAA de la Parte D.

Para todos los planes con primas: Puede pagar su prima mensual del plan (incluidas las multas por inscripción tardía que tenga actualmente o que deba) por correo, EFT o con tarjeta de crédito mensualmente. También puede elegir pagar su prima mediante una deducción automática de su cheque de beneficios del Seguro Social o del RRB cada mes. Si se determina una Suma de Ajuste Mensual Relacionada con el Ingreso de la Parte D, se lo notificará la Administración del Seguro Social. Usted deberá pagar esa cantidad extra además de la prima del plan. La suma se retendrá de su cheque de beneficios del Seguro Social; o bien, Medicare o el RRB le enviarán directamente la factura. NO le pague a Health Net la IRMAA de la Parte D.

Las personas con ingresos limitados pueden calificar para recibir *Ayuda Adicional* para pagar los costos de sus medicamentos que requieren receta médica. Si es elegible, Medicare podría pagar el 75 % o más de sus costos de medicamentos, incluidas primas mensuales de medicamentos que requieren receta médica, deducibles anuales y coseguro. Además, las personas que califiquen no estarán sujetas a la brecha de cobertura ni a una multa por inscripción tardía. Muchas personas son elegibles para estos ahorros y ni siquiera lo saben. Para obtener más información sobre esta *Ayuda Adicional*, comuníquese con su oficina local del Seguro Social o llame al Seguro Social al 1-800-772-1213. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-325-0778.

También puede solicitar *Ayuda Adicional* en línea en www.socialsecurity.gov/prescriptionhelp.

Medicare pagará la totalidad o una parte de la prima de su plan si usted califica para recibir *Ayuda Adicional* para los costos de la cobertura de medicamentos que requieren receta médica de Medicare. Si Medicare paga solo una parte de esta prima, le facturaremos la cantidad que Medicare no cubra.

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

Seleccione una opción de pago de la prima:

- Recibir una factura
- Deducción automática de su cheque mensual de beneficios del Seguro Social o del Consejo de Jubilación Ferroviario (RRB). Recibo beneficios mensuales de: Seguro Social RRB
- (La deducción del Seguro Social/RRB puede tardar dos meses o más en empezar después de que el Seguro Social o el RRB apruebe la deducción. En la mayoría de los casos, si el Seguro Social o el RRB acepta su solicitud de deducción automática, la primera deducción de su cheque de beneficios del Seguro Social o el RRB incluirá todas las primas adeudadas desde la fecha de vigencia de su inscripción hasta el momento en que comience la retención. Si el Seguro Social o el RRB no aprueba su solicitud de deducción automática, le enviaremos una factura en papel de sus primas mensuales).

Blanco: Health Net

Amarillo: Afiliado



Lea y responda estas preguntas importantes:

1. ¿Padece una Enfermedad Renal en Etapa Terminal (Early Stage Renal Disease, ESRD)? Sí No
Si se sometió a un trasplante exitoso de riñón o ya no necesita más diálisis en forma regular, **adjunte una nota o los registros** de su médico que indiquen que se sometió a un trasplante exitoso de riñón o que no necesita diálisis; de lo contrario, tal vez debamos comunicarnos con usted para obtener información adicional.
2. Algunas personas pueden tener otra cobertura de medicamentos, incluidos otro seguro privado, TRICARE, cobertura de beneficios de salud para empleados Federales, beneficios de la Administración de Veteranos (por sus siglas en inglés, VA) o programas de asistencia farmacéutica Estatales.

¿Contará con otra cobertura de medicamentos que requieren receta médica además de la de Health Net?

Sí No

Si la respuesta es “Sí”, indique su otra cobertura y su/s número/s de identificación (ID) para esta cobertura:

Nombre de la otra cobertura	N.º de identificación para esta cobertura	N.º de grupo para esta cobertura
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

3. ¿Reside en un centro de atención a largo plazo, como una casa de reposo? Sí No
Si la respuesta es “Sí”, proporcione la siguiente información:

Nombre de la institución	Número de teléfono de la institución
<input type="text"/>	<input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/>

Dirección de la institución (número y calle)

4. ¿Está inscrito en el programa de Medicaid de su Estado? Sí No

Si la respuesta es “Sí”, proporcione su número de Medicaid:

5. ¿Usted o su cónyuge trabajan? Sí No

6. ¿Tiene trastornos cardiovasculares, CHF o diabetes?

Sí No

Elija el nombre de un Médico de Atención Primaria (por sus siglas en inglés, PCP), una clínica o un centro de salud:

Marque una de las casillas que aparecen a continuación en el caso de que prefiera que le enviemos información en otro idioma que no sea inglés o en un formato accesible:

Audio Letra grande Español Chino

Comuníquese con Health Net al 1-800-275-4737 (HMO), 1-800-431-9007 (HMO SNP) si necesita información en otro formato o idioma accesible que no sean los mencionados anteriormente. Nuestro horario de atención es del 1 de octubre al 31 de marzo, puede llamarnos los 7 días a la semana de 8 a. m. a 8 p. m. Del 1 de abril al 30 de septiembre, puede llamarnos de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. Se utilizará un sistema de mensajes fuera del horario de atención, durante los fines de semana y en los días feriados federales. Los usuarios de TTY deben llamar al 711.

¿Desea recibir los materiales de Health Net por correo electrónico? Sí No

Si la respuesta es sí, le enviaremos un correo electrónico a la dirección que usted nos proporcione, con un enlace para recibir sus materiales de beneficios en línea.

Blanco: Health Net Amarillo: Afiliado





Lea esta información importante

Si actualmente cuenta con cobertura de la salud de un empleador o sindicato, la afiliación a Health Net podría afectar los beneficios de salud que recibe de su empleador o sindicato. Usted podría perder la cobertura de salud de su empleador o sindicato si se inscribe en Health Net. Lea las comunicaciones que le envían su empleador o su sindicato. Si tiene preguntas, visite su sitio web o comuníquese con la oficina que se indica en las comunicaciones. Si no hay información sobre la persona con quien debe comunicarse, su administrador de beneficios o la oficina que responde las preguntas acerca de su cobertura pueden ayudarle.

Lea y firme a continuación

Al completar este formulario de inscripción, acepto lo siguiente:

Health Net es un plan Medicare Advantage y tiene un contrato con el gobierno Federal. Deberé mantener mi cobertura de Medicare Parte A y Parte B. Solo puedo estar en un plan Medicare Advantage a la vez, y comprendo que mi inscripción en este plan terminará automáticamente mi inscripción en otro plan de salud o plan de medicamentos que requieren receta médica de Medicare. Es mi responsabilidad informarles de cualquier cobertura de medicamentos que requieren receta médica que tenga o que pueda tener en el futuro. Comprendo que si no tengo cobertura de medicamentos que requieren receta médica de Medicare o una cobertura de medicamentos que requieren receta médica acreditable (tan buena como la de Medicare), es posible que tenga que pagar una multa por inscripción tardía si me inscribo en la cobertura de medicamentos que requieren receta médica de Medicare en el futuro. Generalmente, la inscripción en este plan tiene vigencia durante todo el año. Una vez que me inscriba, puedo dejar este plan o hacer cambios solo en ciertos momentos del año cuando se encuentre disponible un período de inscripción (por ejemplo: del 15 de octubre al 7 de diciembre de cada año) o bajo ciertas circunstancias especiales.

Health Net presta servicios en un área de servicio específica. Si me mudo del área de servicio de Health Net, debo avisar al plan para poder cancelar mi afiliación y buscar un nuevo plan en mi nueva área. Una vez afiliado a Health Net, tengo derecho a apelar las decisiones del plan sobre el pago o los servicios si estoy en desacuerdo. Leeré el documento Evidencia de Cobertura de Health Net cuando lo reciba a fin de conocer las reglas que debo seguir para obtener la cobertura de este plan Medicare Advantage. Comprendo que las personas que cuentan con Medicare, por lo general, no tienen cobertura de Medicare mientras están fuera del país, excepto una cobertura limitada cerca de la frontera de los Estados Unidos.

Comprendo que a partir de la fecha en que comienza la cobertura de Health Net, debo recibir toda la atención de la salud de parte de Health Net, excepto en el caso de servicios de emergencia o urgentes o bien servicios de diálisis fuera del área. Se cubrirán los servicios autorizados por Health Net, así como otros servicios incluidos en mi documento *Evidencia de Cobertura* de Health Net (también conocido como contrato del afiliado o acuerdo del suscriptor). Sin autorización, **NI MEDICARE NI HEALTH NET PAGARÁN POR LOS SERVICIOS.**

Comprendo que si estoy recibiendo ayuda de un agente de ventas, un agente de seguro médico u otra persona empleada o contratada por Health Net, este podría recibir un pago por mi inscripción en Health Net.

Blanco: Health Net

Amarillo: Afiliado



Divulgación de información: Al inscribirme en este plan de salud de Medicare, reconozco que Health Net divulgará mi información a Medicare y a otros planes, según sea necesario, para propósitos de tratamiento, pago y operaciones de atención de la salud. También reconozco que Health Net divulgará mi información, incluidos los datos de eventos de medicamentos que requieren receta médica, a Medicare, quien puede divulgarla para propósitos de investigación y de otro tipo en cumplimiento con todas las leyes y las reglamentaciones federales aplicables. La información contenida en este formulario de inscripción es, a mi leal saber y entender, correcta. Comprendo que si, intencionalmente, proporciono información falsa en este formulario, se cancelará mi afiliación al plan.

Comprendo que mi firma (o la firma de la persona autorizada para actuar en mi nombre, conforme a las leyes estatales del lugar donde vivo) en esta solicitud significa que leí la solicitud y que comprendo su contenido. Si firma una persona autorizada (como se describe más arriba), la firma certifica que: 1) esta persona está autorizada conforme a las leyes del Estado para llenar este formulario de inscripción y 2) la documentación de esta autorización estará disponible cuando Medicare la solicite.

Fecha de hoy

M	M	D	D	A	A	A	A

Firma

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

Nombre

Dirección

Número de teléfono

 - -

Relación con la persona inscrita

Blanco: Health Net

Amarillo: Afiliado



OFFICE USE ONLY:

Name of staff member/agent/broker (if assisted in enrollment):

Plan ID #: **Effective date of coverage:**
M M D D Y Y Y Y

ICEP/IEP AEP SEP (type): Not eligible

Health Net sales representative/Authorized agent

(individual sales representative/agent who completed the application)

Agent type (select one): Authorized agent Health Net employee

Complete section below:

Sales rep/Agent name Sales rep/Agent NPN #

Agency/FMO affiliation: (if applicable) Agent ID#:

This information must match your approved Health Net licensing records.

Agent phone #: - -

Email **Agency/FMO phone # (if applicable)** - -

Sales representative/authorized agent application receipt date:
(Applications must be received at Health Net within 1 calendar day of this date.)
M M D D Y Y Y Y

Application receipt location: Appointment Sales event Walk-in
 Other (specify):

Provider information for HMO plans:

PCP name: PCP NPI:

PPG name: PPG ID:

Is PCP/PPG selected accepted for the plan chosen? Yes No

Current patient? Yes No

Broker Application Submissions: Sales representative/Agent must fax the Scope of Appointment and Enrollment Forms to 1-844-222-3180.



Generalmente, solo puede inscribirse en un plan Medicare Advantage durante el período de inscripción anual, entre el 15 de octubre y el 7 de diciembre de cada año. Hay excepciones que pueden permitirle inscribirse en un plan Medicare Advantage fuera de ese período.

Lea detenidamente las siguientes afirmaciones y marque la casilla si la afirmación se aplica a usted. Al marcar cualquiera de las siguientes casillas, usted está certificando que, a su leal saber y entender, es elegible para un Período de Inscripción. Si, posteriormente, determinamos que esta información no es correcta, se puede cancelar su afiliación.

- Soy nuevo en Medicare.
- Estoy inscrito en un plan de Medicare Advantage y deseo hacer un cambio durante el Período de Inscripción Abierta de Medicare Advantage (MA OEP).
- Recientemente, me mudé fuera del área de servicio de mi plan actual o bien, recientemente, me mudé y este plan es una nueva opción para mí. Me mudé el (insertar fecha).

M	M	D	D	A	A	A	A
- Hace poco me liberaron de la cárcel. Fui liberado el (insertar fecha).

M	M	D	D	A	A	A	A
- Recientemente, regresé a los Estados Unidos después de vivir permanentemente fuera del país. Regresé al país el (insertar fecha).

M	M	D	D	A	A	A	A
- Recientemente, obtuve el estado de presencia legal en los Estados Unidos. Obtuve este estado el (insertar fecha).

M	M	D	D	A	A	A	A
- Recientemente, tuve un cambio en mi Medicaid (recientemente conseguí Medicaid, tuve un cambio en el nivel de asistencia de Medicaid o perdí Medicaid) el (insertar fecha).

M	M	D	D	A	A	A	A
- Recientemente, tuve un cambio en mi *Ayuda Adicional* para pagar por la cobertura de medicamentos que requieren receta médica de Medicare (recién obtuve la *Ayuda Adicional*, tuve un cambio en el nivel de *Ayuda Adicional* o perdí la *Ayuda Adicional*) el (insertar fecha).

M	M	D	D	A	A	A	A
- Tengo Medicare y Medicaid (o mi estado ayuda a pagar mis primas de Medicare) o recibo *Ayuda Adicional* para pagar por mi cobertura de medicamentos que requieren receta médica de Medicare, pero no he tenido un cambio.
- Me mudaré a un centro de atención a largo plazo (por ejemplo, una casa de reposo), vivo en dicho centro o, recientemente, me mudé de este a otro lugar. Me mudé al centro/ me mudaré al centro/me mudaré del centro a otro lugar el (insertar fecha).

M	M	D	D	A	A	A	A
- Recientemente, dejé un programa de Atención Todo Incluido para Personas de la Tercera Edad (PACE) el (insertar fecha).

M	M	D	D	A	A	A	A
- Recientemente, perdí de manera involuntaria mi cobertura de medicamentos que requieren receta médica acreditable (cobertura tan buena como la de Medicare). Perdí mi cobertura de medicamentos el (insertar fecha).

M	M	D	D	A	A	A	A

Blanco: Health Net Amarillo: Afiliado



- Dejaré la cobertura de un empleador o sindicato el (insertar fecha).

--	--	--	--	--	--	--	--

M M D D A A A A
- Pertenezco a un programa de asistencia farmacéutica proporcionado por mi estado.
- Mi plan finaliza su contrato con Medicare o bien Medicare finaliza su contrato con mi plan.
- Estaba inscrito en un plan de Medicare (o de mi estado) y quiero elegir un plan diferente. Mi inscripción en ese plan comenzó el (insertar fecha).

--	--	--	--	--	--	--	--

M M D D A A A A
- Me inscribí en un Plan de Necesidades Especiales (Special Needs Plan, SNP), pero perdí la calificación de necesidades especiales requerida para estar en ese plan. Mi afiliación al SNP se canceló el (insertar fecha).

--	--	--	--	--	--	--	--

M M D D A A A A
- Fui afectado por una emergencia relacionada con el clima o una catástrofe (según lo declarado por la Agencia Federal para el Manejo de Emergencias [Federal Emergency Management Agency, FEMA]). Una de las otras declaraciones aquí se me aplicó, pero no pude inscribirme debido a la catástrofe.
- Tengo una afección crónica o que produce discapacidad y me estoy inscribiendo o cambiando de plan conforme al Período de Inscripción Especial (Special Enrollment Period, SEP) de los Planes de Necesidades Especiales Crónicas (Chronic Special Needs Plans, C-SNP).

Si ninguna de estas declaraciones se le aplica o si no está seguro, comuníquese con Health Net al 1-800-275-4737 (HMO), 1-800-431-9007 (HMO SNP) (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para ver si es elegible para inscribirse. La oficina está abierta del 1 de octubre al 31 de marzo, puede llamarnos los siete días de la semana de 8 a. m. a 8 p. m. Del 1 de abril al 30 de septiembre, puede llamarnos de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. Se utilizará un sistema de mensajes fuera del horario de atención, durante los fines de semana y en los días feriados federales.

Usted debe continuar pagando la prima de Medicare Parte B. Sin embargo, para los beneficiarios doblemente elegibles, el estado cubrirá su prima de la Parte B siempre y cuando usted siga siendo elegible para Medicaid.

Health Net tiene un contrato con Medicare para los planes HMO y HMO SNP, y con el programa estatal de Medicaid. La inscripción en Health Net depende de la renovación del contrato.

ATENCIÓN: Si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al HMO: 1-800-275-4737 (TTY: 711), HMO SNP: 1-800-431-9007 (TTY: 711)

注意：如果您說中文，您可以獲得免費的語言協助服務。請致電 HMO: 1-800-275-4737 (聽障電話：711), HMO SNP: 1-800-431-9007 (聽障電話：711)

FRM031609SK00 (7/19)

Blanco: Health Net Amarillo: Afiliado



