

Cómo Inscribirse en un Plan Medi-Cal de Health Net

Siga los pasos que se indican a continuación para inscribirse en un plan y elegir su médico. Complete con letra de imprenta legible y use tinta azul o negra.

1. Comience por el formulario de elección de Medi-Cal. Use este formulario para inscribirse en su plan médico.
2. Complete la parte superior del formulario (nombre, dirección, número de teléfono, etc.).
3. La siguiente parte del formulario es sobre cada una de las personas de su hogar que se inscribirán en el plan. Primero complete con su información.
4. Rellene el óvalo que se encuentra junto a *Health Net*. Rellénelo completamente con tinta azul o negra.
Correcto:  **Incorrecto:**  
5. Luego, agregue el código del médico o de la clínica correspondiente a su médico personal.
 - Ingrese en **www.healthnet.com** y haga clic en *Find a Provider* (Buscar un proveedor) y luego seleccione *Medi-Cal*.
 - Haga clic en *View Details* (Ver detalles) en los resultados de la búsqueda para encontrar más información sobre el médico.
 - Busque el identificador de proveedor nacional de 10 dígitos correspondiente a su médico. Escriba este número en el formulario, donde dice *Doctor/Clinic Code* (Código del médico o de la clínica).
6. Repita los pasos 3 a 5 para cada persona que quiera inscribir.
7. Asegúrese de que cada adulto que inscriba firme y feche el formulario.
8. Envíe el formulario en el sobre adjunto. No es necesario poner sellos ni estampillas.

1 FORMULARIO DE ELECCIÓN MEDI-CAL
Utilice este formulario para unirse o cambiarse de plan de salud. Si necesita ayuda para completar este formulario, llame al 1-800-430-3003. Envíe por correo este formulario completo a: California Department of Health Care Services - Health Care Options • Box 989020, W. Sacramento, CA 95798-9850.

2 Nombre del Titular (Nombre, Apellido) _____ Sexo: M F _____
 (1) Dirección (Número de la Casa, Calle, Número de Departamento, Ciudad y Código Postal) _____
 (2) Sexo (3) Número de Teléfono _____

3 Nombre del Solicitante (Nombre, Apellido) _____ Sexo: M F _____
 (4) Fecha Programada (si está embarazada) _____ (5) Número de Seguro Social _____

4 **Desee UNIRSE o cambiar mi plan a:**
 304 L.A. Care Health Plan
 352 Health Net Comm Solutions
 000 Regular Medi-Cal (FFS)

5 Código del Doctor / Clínica _____
 Nombre del Doctor del Plan (letra por parte posterior del formulario de elección) _____
 MO LA BC KA HN BL

6 Nombre del Solicitante (Nombre, Apellido) _____ Sexo: M F _____
 (4) Fecha Programada (si está embarazada) _____ (5) Número de Seguro Social _____

7 Nombre del Solicitante (Nombre, Apellido) _____ Sexo: M F _____
 (4) Fecha Programada (si está embarazada) _____ (5) Número de Seguro Social _____

7 Firma del Jefe de la Familia _____ Fecha _____ Firma de Otro Adulto _____ Fecha _____
 7254061943 Highly Confidential DHCS LA_DM3452_SPA_0911

Es probable que su formulario no sea exactamente igual al de este ejemplo.

Si necesita ayuda, llámenos al número gratuito:
1-800-327-0502 (TTY: 711)
 de lunes a viernes, de 7:30 a. m a 6:00 p. m.
 Además, puede llamar al número gratuito de Opciones de Atención de Salud:
1-800-430-4263 (TTY: 711)
 de lunes a viernes, de 8:00 a. m a 5:00 p. m.

Health Net of California, Inc., y Health Net Community Solutions, Inc., son subsidiarias de Health Net, LLC. Health Net es una marca de servicio registrada de Health Net, LLC. Todos los derechos reservados.

FLY044435SO00 (1/21)