



Inscripción Breve en Medicare Advantage 2016

Formulario de Solicitud

Nombre del plan en el que se inscribirá:

Health Net Healthy Heart (HMO) (incluye cobertura de medicamentos que requieren receta médica)

- | | |
|--|---------------|
| <input type="checkbox"/> Alameda, Stanislaus | \$163 por mes |
| <input type="checkbox"/> Fresno | \$0 por mes |
| <input type="checkbox"/> Los Angeles, Orange | \$20 por mes |
| <input type="checkbox"/> Placer, Sacramento | \$167 por mes |
| <input type="checkbox"/> Riverside, San Bernardino | \$30 por mes |
| <input type="checkbox"/> San Diego | \$0 por mes |
| <input type="checkbox"/> San Francisco | \$127 por mes |
| <input type="checkbox"/> Yolo | \$107 por mes |

Health Net Gold Select (HMO) (incluye cobertura de medicamentos que requieren receta médica)

- | | |
|--|-------------|
| <input type="checkbox"/> Los Angeles, Orange | \$0 por mes |
| <input type="checkbox"/> Riverside, San Bernardino | \$0 por mes |

Health Net Seniority Plus Green (HMO) (no incluye cobertura de medicamentos que requieren receta médica)

- | | |
|--|---------------|
| <input type="checkbox"/> Alameda, Placer, Sacramento, Sonoma, Stanislaus | \$139 por mes |
| <input type="checkbox"/> Los Angeles, Riverside, San Bernardino | \$0 por mes |

Health Net Seniority Plus Ruby (HMO) (incluye cobertura de medicamentos que requieren receta médica)

- | | |
|--------------------------------------|---------------|
| <input type="checkbox"/> Kern | \$0 por mes |
| <input type="checkbox"/> Santa Clara | \$221 por mes |
| <input type="checkbox"/> Sonoma | \$200 por mes |

Health Net Ruby Select (HMO) (incluye cobertura de medicamentos que requieren receta médica)

- | | |
|---|-------------|
| <input type="checkbox"/> Placer, Sacramento | \$0 por mes |
| <input type="checkbox"/> San Francisco | \$0 por mes |
| <input type="checkbox"/> Yolo | \$0 por mes |

Health Net Seniority Plus Sapphire (HMO) (incluye cobertura de medicamentos que requieren receta médica)

- | | |
|--|--------------|
| <input type="checkbox"/> Los Angeles, Orange, San Diego | \$31 por mes |
| <input type="checkbox"/> Kern, Riverside, San Bernardino | \$31 por mes |

Health Net Jade (HMO SNP)¹ (trastornos cardiovasculares, insuficiencia cardíaca crónica (CHF, por su sigla en inglés, diabetes) (incluye cobertura de medicamentos que requieren receta médica)

- | | |
|--|-------------|
| <input type="checkbox"/> Kern, Los Angeles, Orange | \$0 por mes |
|--|-------------|

Health Net Seniority Plus Amber I (HMO SNP)¹ (Todos los beneficiarios Doblemente Elegibles inscritos en Medicare y Medi-Cal) (incluye cobertura de medicamentos que requieren receta médica)

Kern, Los Angeles, Orange, Riverside, San Bernardino \$31* por mes

Health Net Seniority Plus Amber II (HMO SNP)¹ (Todos los beneficiarios Doblemente Elegibles inscritos en Medicare y Medi-Cal) (incluye cobertura de medicamentos que requieren receta médica)

Fresno, Los Angeles, Orange, San Diego, San Francisco \$31* por mes

Kern, Riverside, San Bernardino, Tulare \$31* por mes

*La prima real se basa en el estado del Subsidio por ingreso bajo.

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

Marque si le gustaría inscribirse para recibir Beneficios Suplementarios Opcionales por una prima mensual adicional:

Opción de Compra de Beneficio Suplementario Opcional N.º 1: \$22 por mes

Opción de Compra de Beneficio Suplementario Opcional N.º 6: \$27 por mes

Opción de Compra de Beneficio Suplementario Opcional N.º 2: \$32 por mes

Opción de Compra de Beneficio Suplementario Opcional N.º 8: \$18 por mes

Opción de Compra de Beneficio Suplementario Opcional N.º 9: \$12 por mes

Cantidad de la Prima Mensual del Plan (incluida la cantidad del paquete suplementario opcional de beneficios):

\$ _____ Fecha de vigencia solicitada: ___ / ___ / _____

Nombre: _____

Número de Medicare: _____

(Nota: puede utilizar el “número de afiliado” en lugar del “número de Medicare”).

Número de teléfono particular:

Dirección permanente (no se permite apartado postal):

Ciudad:

Condado:

Estado:

Código postal:

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

Dirección:

Ciudad:

Estado:

Código postal:

Llene lo siguiente:

Actualmente soy afiliado del plan _____ de Health Net of California, Inc. con una prima mensual de \$ _____.

Me gustaría cambiarme al plan _____ de Health Net of California, Inc. Comprendo que este plan tiene beneficios de salud diferentes y una prima mensual de \$ _____.

Nombre del médico de atención primaria (PCP, por sus siglas en inglés), de la clínica o del centro de salud elegidos:

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 otro formato: español chino letra grande

Comuníquese con Health Net al 1-800-977-6738 si necesita información en otro formato o idioma que no sean los mencionados anteriormente. Nuestro horario de atención es: desde el 1 de octubre hasta el 14 de febrero, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., 7 días a la semana, excepto ciertos feriados. Sin embargo, después del 14 de febrero, su llamada será atendida por nuestro sistema automático de teléfono, los fines de semana y ciertos días feriados. Los usuarios de TTY deben llamar al 711.

Su prima del plan

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 o por Transferencia Electrónica de Fondos (EFT, por sus siglas en inglés) 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 (RRB, por sus siglas en inglés) 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.

Puede pagar su prima mensual del plan (incluidas las multas por inscripción tardía que tenga actualmente o que deba) por correo o mediante transferencia electrónica de fondos (EFT) cada mes. También puede elegir pagar su prima mediante una deducción automática de su cheque de beneficios del Seguro Social o del Consejo de Jubilación Ferroviario 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 Consejo de Jubilación Ferroviario 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 califica, Medicare podría pagar el 75 % o más de sus costos de medicamentos, incluidas primas mensuales de medicamentos que requieren receta médica, deducibles anuales y coseguros. Además, las personas que califican no tendrán una brecha de cobertura ni una multa por inscripción tardía. Muchas personas califican 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 para este beneficio 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
- Transferencia Electrónica de Fondos (EFT)
- Deducción automática de su cheque mensual de beneficios del Seguro Social o RRB. (La deducción del Seguro Social puede tardar dos meses o más en empezar después de que el Seguro Social o el RRB aprueben la deducción. En la mayoría de los casos, si el Seguro Social o el RRB aceptan 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 comienza la retención. Si el Seguro Social o el Consejo de Jubilación Ferroviario no aprueban su solicitud de una deducción automática, le enviaremos una factura en papel por sus primas mensuales).



Lea esta información importante

Lea y firme a continuación

Health Net of California, Inc. es un plan que tiene un contrato con el gobierno federal.

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.

Divulgación de información: Al afiliarme a este plan de salud de Medicare, reconozco que, de ser necesario, este plan divulgará mi información a Medicare y a otros planes para propósitos de tratamiento, pago y operaciones de cuidado 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 las personas que cuentan con Medicare no tienen la 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 la autorización, **NI MEDICARE NI HEALTH NET PAGARÁN POR LOS SERVICIOS.**

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. De firmar una persona autorizada (como se describe anteriormente), la firma certifica que: 1) esta persona está autorizada conforme a las leyes estatales para llenar este formulario de inscripción y 2) la documentación de esta autorización estará disponible cuando Medicare la soliciten.

Firma: _____	Fecha de hoy: _____
---------------------	----------------------------

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

Nombre: _____

Dirección: _____

Número de teléfono: (____) ____ - _____

Relación con la persona inscrita: _____

OFFICE USE ONLY:

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

Plan ID #: _____

Effective date of coverage: _____

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 - or - **place printed label here:**

Sales rep / Agent name: _____ **Health Net ID #** _____

Sales rep / Agent NPN #: _____

Agency / FMO affiliation: _____ **Health Net ID #** _____

(If applicable)

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.)

Application receipt location:

Appointment Sales event Walk-in Other (specify): _____

Provider information for HMO plans

PCP name: _____ PCP ID: _____

PPG name: _____ PPG ID: _____

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

Current patient? Yes No

Copia Blanca: Health Net Amarillo: Afiliado