



Formulario de Solicitud de Inscripción Individual

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

- Alameda, Stanislaus \$163 por mes
- Fresno \$0 por mes
- Los Angeles, Orange \$20 por mes
- Placer, Sacramento \$167 por mes
- Riverside, San Bernardino \$30 por mes
- San Diego \$0 por mes
- San Francisco \$127 por mes
- Yolo \$107 por mes

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

- Los Angeles, Orange \$0 por mes
- Riverside, San Bernardino \$0 por mes

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

- Alameda, Placer, Sacramento, Sonoma, Stanislaus \$139 por mes
- Los Angeles, Riverside, San Bernardino \$0 por mes

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

- Kern \$0 por mes
- Santa Clara \$221 por mes
- Sonoma \$200 por mes

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

- Placer, Sacramento \$0 por mes
- San Francisco \$0 por mes
- Yolo \$0 por mes

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

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

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

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

Para inscribirse en Health Net, proporcione la siguiente información (continúa):

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)

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

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

Fresno \$31* por mes

*La prima real se basa en el estado del Subsidio por Ingresos Bajos

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

Health Net Violet (PPO) (incluye cobertura de medicamentos que requieren receta médica)

San Francisco \$0 por mes

Yolo \$26 por mes

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 4: \$27 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: __ __/ __ __/ __ __ __ __

Apellido:		Nombre:		Inicial del segundo nombre:		<input type="checkbox"/> Sr. <input type="checkbox"/> Sra. <input type="checkbox"/> Srta.		
Fecha de nacimiento: (__ __ / __ __ / __ __ __ __) (M M / D D / Y Y Y Y)		Sexo: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Número de teléfono particular: (____)____ - _____			Número de teléfono alternativo: (____)____ - _____		
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:	
Contacto de emergencia: _____								
Número de teléfono: _____				Relación con usted: _____				
Dirección de correo electrónico: _____								

Proporcione información sobre su seguro de Medicare	
<p>Tenga a mano su tarjeta de Medicare para completar esta sección.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Complete los espacios en blanco de modo que concuerden con su tarjeta roja, blanca y azul de Medicare. - O BIEN - • Adjunte una copia de su tarjeta de Medicare o su carta del Seguro Social o del Consejo de Jubilación Ferroviario. <p>Debe tener Medicare Parte A y Parte B para inscribirse en un plan Medicare Advantage.</p>	<div style="text-align: center;">  <p>EJEMPLO ÚNICAMENTE</p> </div> <p>Nombre: _____</p> <p>Número de reclamo de Medicare _____ Sexo ____</p> <p>_____ - _____ - _____</p> <p>Tiene derecho a _____ Fecha de vigencia _____</p> <p>HOSPITAL (Parte A) _____</p> <p>MÉDICO (Parte B) _____</p>

Pago de 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 su sigla 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 su sigla 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 (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 califican 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
- Transferencia electrónica de fondos (EFT) de su cuenta bancaria cada mes. Adjunte un cheque ANULADO o proporcione la siguiente información:
- Nombre del titular de la cuenta: _____
- Número de ruta bancaria: _____ Número de cuenta bancaria: _____
- Tipo de cuenta: Cuenta corriente Caja de ahorros

Pago de su prima del plan (continúa)

Deducción automática de su cheque mensual de beneficios del Seguro Social o del Consejo de Jubilación Ferroviario (RRB).
(La deducción del Seguro Social/RRB 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 y responda estas preguntas importantes:

1. ¿Padece una Enfermedad Renal en Etapa Terminal (ESRD, por su sigla en inglés)? Sí No
Si se sometió a un trasplante exitoso de riñón y/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 (VA, por su sigla en inglés) o programas de asistencia farmacéutica Estatales.
¿Contará con otra cobertura de medicamentos que requieren receta médica además Sí No de la de Health Net?
Si la respuesta es “sí”, indique su otra cobertura y su/s número/s de identificación para esta cobertura:
Nombre de la otra cobertura: _____ N.º de identificación de esa cobertura: _____ N.º de grupo de esa cobertura: _____

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: _____
Dirección y Número de Teléfono 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, insuficiencia cardíaca crónica (CHF, por su sigla en inglés) o diabetes? Sí No

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

Lea y responda estas preguntas importantes (continúa):

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. TTY: 711. Desde el 1.º de octubre hasta el 14 de febrero, nuestro horario de atención es 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.



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 esta solicitud 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 (ejemplo: desde el 15 de octubre hasta el 7 de diciembre de cada año) o bajo 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 la 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.

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. De firmar una persona autorizada (como se describe más arriba), 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 solicite.

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)

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 NoCurrent Patient? Yes No**Physician of Choice Information (POC) for PPO Plans**

POC Name: _____

POC PCP ID: _____

POC Address: _____

Effective Date: ___ / ___ / _____

Declaración de elegibilidad para un período de inscripción

Generalmente, solo puede inscribirse en un plan Medicare Advantage durante el período de inscripción anual de 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.
- 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) _____.
- Recientemente, volví a los Estados Unidos después de vivir de forma permanente fuera de dicho país. Regresé a los EE. UU. el (insertar fecha) _____.
- Tengo Medicare y Medicaid o mi estado me ayuda a pagar las primas de Medicare.
- Recibo ayuda adicional para pagar la cobertura de medicamentos que requieren receta médica de Medicare.
- Ya no califico para recibir ayuda adicional para pagar mis medicamentos que requieren receta médica de Medicare. Dejé de recibir ayuda adicional el (insertar fecha) _____.
- 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) _____.
- Recientemente, dejé un Programa de atención todo incluido para personas de la tercera edad (PACE, por su sigla en inglés). Lo dejé el (insertar fecha) _____.
- Recientemente, perdí de manera involuntaria mi cobertura de medicamentos que requieren receta médica acreditable (cobertura tan buena como la de Medicare). Perdí dicha cobertura de medicamentos el (insertar fecha) _____.
- Dejaré la cobertura de un empleador o sindicato el (insertar fecha) _____.
- 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.

Declaración de elegibilidad para un período de inscripción

- Me inscribí en un Plan de necesidades especiales (SNP, por su sigla en inglés), pero perdí la calificación de necesidades especiales requerida para estar en ese plan. Mi afiliación al SNP se canceló el (insertar fecha) _____.

Si ninguna de estas afirmaciones se aplica a usted o no está seguro, comuníquese con Health Net al 1-800-977-6738 para los planes HMO y PPO TTY: 711 para consultar si son elegibles para inscribirse. Desde el 1.º de octubre hasta el 14 de febrero, nuestro horario de atención es 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.

Health Net tiene un contrato con Medicare para ofrecer planes de atención coordinada HMO, PPO, HMO-SNP. Health Net of California, Inc. y Health Net Community Solutions, Inc. tienen contrato con Medicare y el estado de California para ofrecer planes de atención coordinada HMO SNP. La inscripción en un Health Net Medicare Advantage Plan depende de la renovación del contrato. Health Net of California, Inc., Health Net Community Solutions, Inc. y Health Net Life Insurance Company son subsidiarias de Health Net, Inc. Health Net y Health Net Seniority Plus son marcas de servicio registradas de Health Net, Inc. Todos los derechos reservados.