



Health Net Formulario de Inscripción Individual de 2017

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

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 \$157 al mes
- Fresno \$0 al mes
- Los Angeles, Orange \$20 al mes
- Placer, Sacramento \$167 al mes
- Riverside, San Bernardino \$30 al mes
- San Diego \$0 al mes
- San Francisco \$127 al mes
- Yolo \$99 al mes

Health Net Gold Select (HMO)

(incluye cobertura de medicamentos que requieren receta médica)

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

Health Net Seniority Plus Green (HMO)

(no incluye cobertura de medicamentos que requieren receta médica)

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

Health Net Seniority Plus Ruby (HMO)

(incluye cobertura de medicamentos que requieren receta médica)

- Kern \$0 al mes
- Santa Clara \$220 al mes

Health Net Ruby Select (HMO)

(incluye cobertura de medicamentos que requieren receta médica)

- Alameda \$69 al mes
- Fresno \$0 al mes
- San Francisco \$29 al mes
- Yolo \$0 al mes

Health Net Seniority Plus Sapphire (HMO)

(incluye cobertura de medicamentos que requieren receta médica)

- Los Angeles, Orange, San Diego \$36.20* al mes
- Kern \$36.20* al mes
- Riverside, San Bernardino \$36.20* al mes

Health Net Seniority Plus Sapphire Premier (HMO)

(incluye cobertura de medicamentos que requieren receta médica)

- Fresno, Los Angeles, Orange, San Diego, San Francisco \$36.20* al mes
- Riverside, San Bernardino \$36.20* al mes

Health Net Jade (HMO SNP)¹

(Trastornos Cardiovasculares, Insuficiencia Cardíaca Crónica o CHF, Diabetes) (incluye cobertura de medicamentos que requieren receta médica)

- Kern, Los Angeles, Orange \$0 al mes

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

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

Kern, Los Angeles, Orange, Riverside,
San Bernardino \$36.20* al mes

Health Net Seniority Plus Amber II Premier (HMO SNP)¹
(Beneficiarios con Doble Elegibilidad de Beneficios Completos inscritos en Medicare y Medi-Cal) (incluye cobertura de medicamentos que requieren receta médica)

Fresno \$36.20* al mes

Health Net Seniority Plus Amber II (HMO SNP)¹
(Beneficiarios con Doble Elegibilidad de Beneficios Completos inscritos en Medicare y Medi-Cal) (incluye cobertura de medicamentos que requieren receta médica)

Fresno, Los Angeles, Orange,
San Diego, San Francisco \$36.20* al mes
 Kern, Tulare \$36.20* al mes
 Riverside, San Bernardino \$36.20* al mes

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

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

Marque una de las casillas que aparecen a continuación si le gustaría inscribirse en los Beneficios Suplementarios Opcionales por una prima mensual adicional:

- Opción de Compra de Todos los Beneficios Suplementarios Opcionales N.º 1: \$25 al mes
- Opción de Compra de Todos los Beneficios Suplementarios Opcionales N.º 2: \$35 al mes
- Opción de Compra de Todos los Beneficios Suplementarios Opcionales N.º 6: \$30 al mes
- Opción de Compra de Todos los Beneficios Suplementarios Opcionales N.º 7: \$12 al mes
- Opción de Compra de Todos los Beneficios Suplementarios Opcionales N.º 8: \$23 al mes
- Opción de Compra de Todos los Beneficios Suplementarios Opcionales N.º 9: \$20 al mes

Cantidad de la Prima Mensual del Plan (incluye la cantidad de la prima del paquete de beneficios suplementarios opcionales)

\$_____ Fecha de Vigencia Solicitada: ____/____/_____

Apellido Nombre Inicial del segundo nombre Sr. Sra. Srta.

Fecha de nacimiento Sexo: M F

Número de teléfono particular - -

Número de teléfono alternativo - -

Dirección de residencia permanente (no se permite Apdo. Postal)

Ciudad Condado Estado Código postal

Dirección postal (sólo si es diferente a su dirección de residencia 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


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

- Llene estos espacios en blanco de modo que concuerden con su tarjeta roja, blanca y azul de Medicare

—O—

- Adjunte una copia de su tarjeta de Medicare o su carta del Seguro Social o del Consejo de Jubilación Ferroviario.

Debe tener Medicare Parte A y Parte B para inscribirse en un plan Medicare Advantage.



EJEMPLO ÚNICAMENTE

Nombre: _____

Número de Reclamo de Medicare **Sexo** _____

_____ - _____ - _____

Tiene Derecho A **Fecha de Vigencia**

SEGURO HOSPITALARIO _____

(Parte A)

SEGURO MÉDICO _____

(Parte B)

Pago de su prima del plan

Para los planes Medicare Advantage de Medicamentos que Requieren Receta Médica sin primas: Si determinamos que usted adeuda 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 (por sus siglas en inglés, EFT)” 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 le impone una Cantidad de Ajuste Mensual relacionada con los Ingresos (por sus siglas en inglés, IRMAA) por la Parte D, la Administración del Seguro Social le informará al respecto. Usted será responsable de pagar esta cantidad adicional además de su prima del plan. La cantidad se deducirá de su cheque de beneficios del Seguro Social, o bien, será facturada directamente a usted por Medicare o el RRB. Usted **NO DEBE** pagar a Health Net la cantidad de IRMAA por la Parte D.

Para los planes con primas: Usted puede pagar la prima mensual de su plan (incluida cualquier multa por inscripción tardía que tenga actualmente o que pueda adeudar) por correo o por “Transferencia Electrónica de Fondos (EFT)” 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) cada mes.

Si se le impone una Cantidad de Ajuste Mensual Relacionada con los Ingresos (IRMAA) por la Parte D, la Administración del Seguro Social le informará al respecto. Usted será responsable de pagar esta cantidad adicional además de su prima del plan. La cantidad se deducirá de su cheque de beneficios del Seguro Social, o bien, será facturada directamente a usted por Medicare o el RRB. Usted **NO DEBE** pagar a Health Net la cantidad de IRMAA por 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, incluyendo primas mensuales de medicamentos que requieren receta médica, deducibles anuales y coseguros. 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. Si desea 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 con los costos de la cobertura de medicamentos que requieren receta médica de Medicare. Si Medicare paga sólo una parte de esta prima, le facturaremos a usted la cantidad que Medicare no cubre. 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: Corriente Ahorros

- Deducción automática de su cheque mensual de beneficios del Seguro Social o del Consejo de Jubilación Ferroviario (RRB). (Comenzar con la deducción del Seguro Social/RRB puede llevar dos meses o más después de que el Seguro Social o el RRB la aprueben. 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 del 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 RRB no aprueban su solicitud de deducción automática, le enviaremos una factura impresa por sus primas mensuales).

Lea y responda estas preguntas importantes:

1. ¿Padece Enfermedad Renal en Etapa Terminal (por sus siglas en inglés, ESRD)? Sí No
Si se sometió a un trasplante exitoso de riñón y/o ya no necesita diálisis en forma regular, **adjunte una nota o los registros** de su médico que indiquen que usted se sometió a un trasplante exitoso de riñón o que no necesita diálisis; de lo contrario, es posible que 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 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. ¿Padece Trastornos Cardiovasculares, Insuficiencia Cardíaca Crónica (CHF) y/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 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. Desde el 1 de octubre hasta el 14 de febrero, nuestro horario de atención es de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., los 7 días de la semana, excepto ciertos días feriados. Sin embargo, después del 14 de febrero, nuestro horario de atención es de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., de lunes a viernes. Los fines de semana y ciertos días feriados su llamada será atendida por nuestro sistema automático de teléfono. Los usuarios de TTY deben llamar al 711.



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 la salud de su empleador o sindicato si se inscribe en Health Net. Lea las comunicaciones que le envían su empleador o 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 llenar 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. Sólo puedo estar en un plan Medicare Advantage a la vez, y entiendo 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 sobre cualquier cobertura de medicamentos que requieren receta médica que tenga o que pueda tener en el futuro. Para los planes sin cobertura de medicamentos que requieren receta médica, entiendo 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 sólo 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 en ciertas circunstancias especiales.

Health Net presta servicios en un área de servicio específica. Si me mudo del área de servicio de Health Net, debo informar 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 con estos. 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. Entiendo que las personas que cuentan con Medicare, por lo general, no tienen la cobertura de Medicare mientras están fuera del país, excepto una cobertura limitada cerca de la frontera de los Estados Unidos.

Copia Blanca – Health Net

Copia Amarilla – Afiliado

Entiendo que a partir de la fecha en que comienza la cobertura de Health Net, estoy obligado a recibir todo mi cuidado de la salud de parte de Health Net, excepto en el caso de servicios de emergencia o requeridos de urgencia, o de 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 de afiliación o acuerdo del suscriptor). Sin la autorización, **NI MEDICARE NI HEALTH NET PAGARÁN LOS SERVICIOS.**

Entiendo que si estoy recibiendo ayuda de un agente de ventas, un agente de seguro médico u otra persona empleada o contratada por Health Net, él/ella podría recibir un pago basado en 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 cuidado de la salud. También reconozco que Health Net divulgará mi información, incluidos los datos de eventos de medicamentos que requieren receta médica (si corresponde), a Medicare, quien puede divulgarlos para propósitos de investigación o de otro tipo, en cumplimiento con todas las leyes y reglamentaciones Federales aplicables. La información que aparece en este formulario de inscripción es, a mi leal saber y entender, correcta. Entiendo que si intencionalmente proporciono información falsa en este formulario, se cancelará mi afiliación al plan.

Entiendo 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 y entiendo el contenido de la solicitud. 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 solicite.

Firma

Fecha de hoy

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

M M D D A A A A

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

Nombre

Dirección

Número de teléfono

<input type="text"/>	-	<input type="text"/>	-	<input type="text"/>
----------------------	---	----------------------	---	----------------------

Relación con la persona inscrita

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 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.

Agency phone #: - -

Email:

Agency FMO phone # (if applicable): - -

Sales representative/Authorized agent application receipt date:
M M D D Y Y Y Y

(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

Generalmente, puede inscribirse en un plan Medicare Advantage sólo durante el período de inscripción anual, que se extiende desde el 15 de octubre hasta el 7 de diciembre de cada año.

Hay excepciones que pueden permitirle inscribirse en un plan Medicare Advantage fuera de este 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, usted es elegible para un Período de Inscripción. Si posteriormente determinamos que esta información no es correcta, es posible que se cancele 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).

M	M	D	D	A	A	A	A
- Recientemente fui liberado de una encarcelación. Me liberaron 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 a los Estados Unidos el (insertar fecha).

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

M	M	D	D	A	A	A	A
- 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).

M	M	D	D	A	A	A	A
- 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 éste 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 (por sus siglas en inglés, PACE). Lo dejé 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
- 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 terminará su contrato con Medicare, o bien, Medicare terminará su contrato con mi plan.
- Estaba inscrito en un Plan de Necesidades Especiales (por sus siglas en inglés, SNP) pero perdí la calificación para necesidades especiales que se requiere para estar en ese plan. Se canceló mi afiliación al SNP el (insertar fecha).

M	M	D	D	A	A	A	A

Si ninguna de estas afirmaciones se aplica a su caso o si usted tiene dudas, comuníquese con Health Net al 1-800-977-6738 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para ver si es elegible para inscribirse. Desde el 1 de octubre hasta el 14 de febrero, nuestro horario de atención es de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., los 7 días de la semana, excepto ciertos días feriados. Sin embargo, después del 14 de febrero, nuestro horario de atención es de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., de lunes a viernes. Los fines de semana y ciertos días feriados su llamada será atendida por nuestro sistema automático de teléfono.

Health Net cumple con las leyes federales aplicables sobre derechos civiles y no discrimina por cuestiones de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad ni sexo. Health Net no excluye a las personas ni las trata de manera diferente por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo.

Health Net:

- Proporciona aparatos y servicios gratuitos a las personas con discapacidades para que se comuniquen eficazmente con nosotros, como intérpretes calificados de lenguaje de señas e información escrita en otros formatos (letra grande, formatos electrónicos accesibles, otros formatos).
- Proporciona servicios de idiomas gratuitos a las personas cuyo idioma principal no es el inglés, como intérpretes calificados e información escrita en otros idiomas.

Si necesita estos servicios, llame al Centro de Comunicación con el Cliente de Health Net al: (HMO) 1-800-275-4737, (HMO SNP) 1-800-431-9007 (TTY: 711), de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del Pacífico, los siete días de la semana.

Si considera que Health Net no proporcionó estos servicios o ejerció algún otro tipo de discriminación por cuestiones de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo, puede presentar una queja formal llamando al número que se indica más arriba y diciéndoles que necesita ayuda para presentar una queja formal; el Centro de Comunicación con el Cliente de Health Net está disponible para ayudarle.

También puede presentar una queja sobre derechos civiles ante el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos, Oficina de Derechos Civiles, de manera electrónica a través del Portal de Quejas de la Oficina de Derechos Civiles disponible en <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, o bien, por correo postal o teléfono: U.S. Department of Health and Human Services, 200 Independence Avenue SW, Room 509F, HHH Building, Washington, DC 20201, 1-800-368-1019 (TDD: 1-800-537-7697).

Hay formularios de quejas disponibles en <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.

Health Net of California, Inc. y Health Net Community Solutions, Inc. tienen un contrato con Medicare y el Estado de CA para ofrecer planes de atención coordinada HMO SNP. La inscripción en un plan Health Net Medicare Advantage depende de la renovación de estos contratos.

Usted debe continuar pagando su prima de Medicare Parte B. Sin embargo, para los beneficiarios con doble elegibilidad de beneficios completos, el Estado cubrirá su prima de la Parte B siempre que usted conserve su elegibilidad para Medicaid.

This information is available for free in other languages. Please call our Member Service number at: (HMO) 1-800-275-4737, (HMO SNP) 1-800-431-9007. From October 1 through February 14, our office hours are 8:00 a.m. to 8:00 p.m., 7 days a week, excluding certain holidays. However, after February 14, our office hours are 8:00 a.m. to 8:00 p.m., Monday through Friday. On weekends and certain holidays, your call will be handled by our automated phone system. TTY users should call 711.

Esta información está disponible en forma gratuita en otros idiomas. Llame al número de nuestro Departamento de Servicios al Afiliado en California: (HMO) 1-800-275-4737, (HMO SNP) 1-800-431-9007. Desde el 1 de octubre hasta el 14 de febrero, nuestro horario de atención es de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., los 7 días de la semana, excepto ciertos días feriados. Sin embargo, después del 14 de febrero, nuestro horario de atención será de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., de lunes a viernes. Los fines de semana y ciertos días feriados su llamada será atendida por nuestro sistema automático de teléfono. Los usuarios de TTY deben llamar al 711.

本資訊備有其他語言版本，可免費提供。請致電我們的會員服務部，電話號碼：(HMO) 1-800-275-4737，(HMO SNP) 1-800-431-9007。從 10 月 1 日到 2 月 14 日期間，我們每週 7 天，每天上午 8:00 到下午 8:00 間提供服務 (不含特定假日)。但於 2 月 14 日開始，我們的服務時間改為週一到週五，上午 8:00 至下午 8:00。週末及特定假日，您的來電時會轉接到本公司自動語音系統。聽障專線使用者請撥 711。

FRM009982SD00 (7/16)

Copia Blanca – Health Net

Copia Amarilla – Afiliado