

# Health Net Formulario de Inscripción Individual 2019



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)**

- H0562-101-001:  
Los Angeles y Orange \$0 por mes
- H0562-101-002:  
Riverside y San Bernardino \$0 por mes

**Health Net Seniority Plus Sapphire Premier II (HMO)**

- H3561-005:  
Alameda, Fresno, Kern,  
Los Angeles, Orange,  
San Diego, San Francisco  
y Tulare \$34.80\* por mes
- H3561-006:  
Imperial, Riverside y  
San Bernardino \$34.80\* por mes

**Health Net Ruby Select II (HMO)**

- H0562-116:  
Alameda \$59 por mes

**Health Net Seniority Plus Sapphire Premier (HMO)**

- H3561-002:  
Alameda, Fresno, Kern,  
Los Angeles, Orange,  
San Diego, San Francisco  
y Tulare \$34.80\* por mes
- H3561-004:  
Imperial, Riverside y  
San Bernardino \$34.80\* por mes

**Health Net Ruby Select (HMO)**

- H0562-097:  
San Francisco \$0 por mes
- H0562-113:  
Alameda \$69 por mes
- H0562-112:  
Fresno \$0 por mes
- H0562-103:  
Yolo \$0 por mes

**Health Net Healthy Heart (HMO)**

- H0562-012:  
San Diego \$0 por mes
- H0562-009:  
San Francisco \$124 por mes
- H0562-090:  
Fresno \$0 por mes
- H0562-100-001:  
Los Angeles y Orange \$16 por mes
- H0562-100-002:  
Riverside y San Bernardino \$16 por mes
- H0562-068:  
Alameda y Stanislaus \$124 por mes
- H0562-084:  
Placer y Sacramento \$166 por mes
- H0562-039:  
Yolo \$98 por mes

<sup>1</sup>Usted debe cumplir con los criterios específicos de inscripción para inscribirse en 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 Jade (HMO SNP)<sup>1</sup>**

(Trastornos Cardiovasculares, Insuficiencia Cardíaca Crónica [CHF, por sus siglas en inglés], Diabetes)

- H0562-092:  
Kern, Los Angeles, y Orange \$0 por mes
- H0562-114:  
San Diego \$0 por mes

**Health Net Seniority Plus Amber I (HMO SNP)<sup>1</sup>**

- H0562-055:  
Fresno, Kern, Los Angeles, Orange, Riverside, San Bernardino, San Diego, San Francisco y Tulare \$34.80\* por mes

**Health Net Seniority Plus Sapphire (HMO)**

- H0562-111-001:  
Los Angeles, Orange y San Diego \$34.80\* por mes
- H0562-111-002:  
Kern \$34.80\* por mes
- H0562-111-003:  
Riverside y San Bernardino \$34.80\* por mes

**Health Net Seniority Plus Green (HMO)**

(no incluye la cobertura de medicamentos que requieren receta médica)

- H0562-044:  
Los Angeles, Riverside y San Bernardino \$0 por mes
- H0562-045:  
Alameda, Placer, Sacramento y Stanislaus \$139 por mes

**Health Net Seniority Plus Ruby (HMO)**

- H0562-079:  
Kern \$0 por mes

**Health Net Seniority Plus Amber II (HMO SNP)<sup>1</sup>**

- H0562-110-001:  
Fresno, Los Angeles, Orange, San Diego y San Francisco \$34.80\* por mes
- H0562-110-002:  
Kern y Tulare \$34.80\* por mes
- H0562-110-003:  
Riverside y San Bernardino \$34.80\* por mes

**Health Net Seniority Plus Amber II Premier (HMO SNP)<sup>1</sup>**

- H3561-001:  
Fresno \$34.80\* por mes

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

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



**Beneficios Suplementarios Opcionales por una prima mensual adicional:**

**Health Net Healthy Heart HMO H0562-009**

Paquete de Beneficios Suplementarios Opcionales N.º 6 \$25 por mes

**Health Net Healthy Heart HMO H0562-012**

Paquete de Beneficios Suplementarios Opcionales N.º 5 \$11 por mes

Paquete de Beneficios Suplementarios Opcionales N.º11 \$21 por mes

**Health Net Healthy Heart HMO H0562-039**

Paquete de Beneficios Suplementarios Opcionales N.º 7 \$9 por mes

**Health Net Seniority Plus Green HMO H0562-045**

Paquete de Beneficios Suplementarios Opcionales N.º 1 \$20 por mes

Paquete de Beneficios Suplementarios Opcionales N.º 2 \$30 por mes

**Health Net Healthy Heart HMO H0562-068**

Paquete de Beneficios Suplementarios Opcionales N.º 1 \$20 por mes

Paquete de Beneficios Suplementarios Opcionales N.º 2 \$30 por mes

**Health Net Seniority Plus Ruby HMO H0562-079**

Paquete de Beneficios Suplementarios Opcionales N.º 3 \$14 por mes

Paquete de Beneficios Suplementarios Opcionales N.º 4 \$25 por mes

**Health Net Healthy Heart HMO H0562-084**

Paquete de Beneficios Suplementarios Opcionales N.º 9 \$12 por mes

**Health Net Healthy Heart HMO H0562-090**

Paquete de Beneficios Suplementarios Opcionales N.º 1 \$20 por mes

Paquete de Beneficios Suplementarios Opcionales N.º 2 \$30 por mes

**Health Net Ruby Select HMO H0562-097**

Paquete de Beneficios Suplementarios Opcionales N.º 5 \$11 por mes

Paquete de Beneficios Suplementarios Opcionales N.º 11 \$21 por mes

**Health Net Healthy Heart HMO H0562-100-001 y 100-002**

Paquete de Beneficios Suplementarios Opcionales N.º 1 \$20 por mes

Paquete de Beneficios Suplementarios Opcionales N.º 2 \$30 por mes

**Health Net Ruby Select HMO H0562-103 y 113**

Paquete de Beneficios Suplementarios Opcionales N.º 3 \$14 por mes

Paquete de Beneficios Suplementarios Opcionales N.º 4 \$25 por mes

**Health Net Jade HMO SNP H0562-114**

Paquete de Beneficios Suplementarios Opcionales N.º 5 \$11 por mes

Paquete de Beneficios Suplementarios Opcionales N.º 11 \$21 por mes

**Health Net Ruby Select II HMO H0562-116**

Paquete de Beneficios Suplementarios Opcionales N.º 5 \$11 por mes

Paquete de Beneficios Suplementarios Opcionales N.º 11 \$21 por mes

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

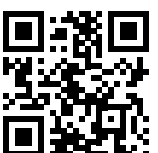
\$

**Fecha de vigencia solicitada**

<input type="text"/>	<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

Blanco – Health Net    Amarillo – Afiliado



**Para inscribirse en Health Net, proporcione la siguiente información:**

Apellido	Nombre		Inicial del	<input type="checkbox"/> Sr.
<input type="text"/>	<input type="text"/>		segundo nombre	<input type="checkbox"/> Sra.
			<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Srta.
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"/>		
M M D D A A A A		Número de teléfono alternativo		
		<input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/>		
<b>Dirección permanente</b> (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"/>	
<b>Dirección postal</b> (solo en el caso de que fuera diferente a la dirección permanente)				
Domicilio				
<input type="text"/>				
Ciudad		Estado	Código postal	
<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>	
<b>Dirección de Correo Electrónico</b> (opcional)				
<input type="text"/>				
<b>Contacto de emergencia</b>	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"> <li>• Complete esta información tal como aparece en su tarjeta de Medicare.</li> </ul> <p>-O-</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Adjunte una copia de su tarjeta de Medicare o su carta del Seguro Social o del Consejo de Jubilación Ferroviario.</li> </ul>	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
Debe tener Medicare Parte A y Parte B para inscribirse en un plan Medicare Advantage.	



## Cómo 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 (EFT, por sus siglas en inglés) y/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 (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, mediante transferencia electrónica de fondos (EFT) y/o con tarjeta de crédito 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.**

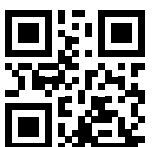
Las personas con ingresos limitados pueden calificar para recibir *Ayuda Adicional* para pagar los costos de sus medicamentos que requieren receta médica. Si es elegible, Medicare podría pagar el 75 % o más de sus costos de medicamentos, incluidas las primas mensuales de los medicamentos que requieren receta médica, los deducibles anuales y el 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](http://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:  Seguridad 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).



**Lea y responda estas preguntas importantes:**

1. ¿Padece una Enfermedad Renal en Etapa Terminal (ESRD, por sus siglas 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 sus siglas en inglés) 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, Insuficiencia Cardíaca Crónica (CHF, por sus siglas en inglés) y/o Diabetes?  Sí  No

**Elija el nombre de un Médico de Atención Primaria (PCP, por sus siglas en inglés), 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 (SNP) si necesita información en otro formato o idioma accesible que no sean los mencionados anteriormente. Nuestro horario de oficina 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 8:00 a. m. a 8:00 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.





### 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.



**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.

**Firma**

**Fecha de hoy**

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

M M D D A A A A

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

**Nombre**

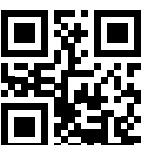
**Dirección**

**Número de teléfono**

 -  - 

**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 or place printed label here:**

Sales rep/Agent name:  Agent ID #:

Sales rep/Agent NPN #:  Health Net ID #:

Agency/FMO affiliation:   
(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.) 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



**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, por sus siglas en inglés).
- 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/mudaré al centro/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, por sus siglas en inglés) 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 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 (SNP, por sus siglas en inglés), 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 [FEMA, por sus siglas en inglés]). 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 SEP de C-SNP.

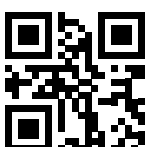
Si ninguna de estas declaraciones se le aplica o si no está seguro, comuníquese con Health Net al 1-800-275-4737 (HMO), 1-800-431-9007 (SNP) (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para ver si es elegible para inscribirse. La oficina está abierta del 1 de octubre al 31 de marzo, puede llamarnos los 7 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 8:00 a. m. a 8:00 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, HMO SNP y PPO, y con algunos programas estatales de Medicaid. La inscripción en Health Net depende de la renovación del contrato.

FRM026599SO00 (8/18)

Blanco – Health Net    Amarillo – Afiliado



Section 1557 Non-Discrimination Language  
Notice of Non-Discrimination

---

Health Net complies with applicable federal civil rights laws and does not discriminate on the basis of race, color, national origin, age, disability, or sex. Health Net does not exclude people or treat them differently because of race, color, national origin, age, disability, or sex.

Health Net:

- Provides free aids and services to people with disabilities to communicate effectively with us, such as qualified sign language interpreters and written information in other formats (large print, accessible electronic formats, other formats).
- Provides free language services to people whose primary language is not English, such as qualified interpreters and information written in other languages.

If you need these services, contact Health Net's Customer Contact Center at California: 1-800-431-9007 (Jade, Sapphire, Amber, and HMO SNP), 1-800-275-4737 (all other HMO); Oregon: 1-888-445-8913 (HMO and PPO) (TTY: 711).

From October 1 to March 31, you can call us 7 days a week from 8 a.m. to 8 p.m. From April 1 to September 30, you can call us Monday through Friday from 8 a.m. to 8 p.m. A messaging system is used after hours, weekends, and on federal holidays.

If you believe that Health Net has failed to provide these services or discriminated in another way on the basis of race, color, national origin, age, disability, or sex, you can file a grievance by calling the number above and telling them you need help filing a grievance; Health Net's Customer Contact Center is available to help you.

You can also file a civil rights complaint with the U.S. Department of Health and Human Services, Office for Civil Rights, electronically through the Office for Civil Rights Complaint Portal, available at <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf> or by mail or phone at: 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).

Complaint forms are available at <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.

Health Net is contracted with Medicare for HMO, HMO SNP and PPO plans, and with some state Medicaid programs. Enrollment in Health Net depends on contract renewal.

FLY022809E000 (8/18)

Section 1557 Non-Discrimination Language  
Multi-Language Interpreter Services

---

ARABIC	تنبيه: إذا كنت تتحدث العربية، فإن خدمات المساعدة اللغوية المجانية متاحة لك. يُرجى الاتصال بالرقم. California: 1-800-431-9007 (Jade, Sapphire, Amber, and HMO SNP), 1-800-275-4737 (all other HMO); Oregon: 1-888-445-8913 (HMO and PPO) (مكبلا و مصلا فتا ه مقرر: 711).
ARMENIAN	ՈՒՇԱԴՐՈՒԹՅՈՒՆ՝ Եթե խոսում եք հայերեն, ապա ձեզ անվճար կարող են տրամադրվել լեզվական աջակցության ծառայություններ: <b>Զանգահարեք:</b> California: 1-800-431-9007 (Jade, Sapphire, Amber, and HMO SNP), 1-800-275-4737 (all other HMO) (TTY: 711).
CHINESE	注意：如果您說中文，您可以免費獲得語言援助服務。請致電 California: 1-800-431-9007 (Jade, Sapphire, Amber, and HMO SNP), 1-800-275-4737 (all other HMO); Oregon: 1-888-445-8913 (HMO and PPO) (TTY: 711)。
CUSHITE	XIYYEEFFANNAA: Afaan dubbattu Oroomiffa, tajaajila gargaarsa afaanii, kanfaltiidhaan ala, ni argama. Bilbilaa Oregon: 1-888-445-8913 (HMO and PPO) (TTY: 711).
FRENCH	ATTENTION : Si vous parlez français, des services d'aide linguistique vous sont proposés gratuitement. Appelez le Oregon: 1-888-445-8913 (HMO and PPO) (TTY: 711).
GERMAN	ACHTUNG: Wenn Sie Deutsch sprechen, stehen Ihnen kostenlos sprachliche Hilfsdienstleistungen zur Verfügung. Rufnummer Oregon: 1-888-445-8913 (HMO and PPO) (TTY: 711).
HINDI	ध्यान दें: यदि आप हिंदी बोलते हैं, आपको भाषा सहायता सेवाएं, नि:शुल्क उपलब्ध हैं। कृपया California: 1-800-431-9007 (Jade, Sapphire, Amber, and HMO SNP), 1-800-275-4737 (all other HMO) (TTY: 711). पर कॉल करें।
HMONG	LUS CEEV: Yog tias koj hais lus Hmoob, cov kev pab txog lus, muaj kev pab dawb rau koj. Hu rau California: 1-800-431-9007 (Jade, Sapphire, Amber, and HMO SNP), 1-800-275-4737 (all other HMO) (TTY: 711).
JAPANESE	注意事項：日本語を話される場合、無料の言語支援サービスをご利用い ただけます。California: 1-800-431-9007 (Jade, Sapphire, Amber, and HMO SNP), 1-800-275-4737 (all other HMO); Oregon: 1-888-445-8913 (HMO and PPO) (TTY:711) にお電話ください。
KOREAN	주의: 한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. California: 1-800-431-9007 (Jade, Sapphire, Amber, and HMO SNP), 1-800-275-4737 (all other HMO); Oregon: 1-888-445-8913 (HMO and PPO) (TTY: 711) 번으로 전화해 주십시오.

---

MON-KHMER  
CAMBODIAN

---

ចំណាប់អារម្មណ៍: បេសនអ្នកនយោបាយភាសាខ្មែរ សេវាជំនួយភាសាដោយឥតគិតថ្លៃ គមានសវាបអ្នក។ សូម  
ទូរស័ព្ទទៅលេខ California: 1-800-431-9007 (Jade, Sapphire, Amber, and HMO SNP),  
1-800-275-4737 (all other HMO); Oregon: 1-888-445-8913 (HMO and PPO) (TTY: 711) ។

---

PERSIAN

توجه: اگر زبان شما فارسی است، خدمات امداد زبانی به طور رایگان در اختیار شما می باشد.  
لطفاً با شماره California: 1-800-431-9007 (Jade, Sapphire, Amber, and HMO SNP),  
1-800-275-4737 (all other HMO); Oregon: 1-888-445-8913 (HMO and PPO)  
(TTY: 711) تماس بگیرید.

---

PUNJABI

ਧਿਆਨ ਦਿਓ: ਜੇ ਤੁਸੀਂ ਪੰਜਾਬੀ ਬੋਲਦੇ ਹੋ, ਤਾਂ ਤੁਹਾਡੇ ਲਈ ਭਾਸ਼ਾ ਸਹਾਇਤਾ ਸੇਵਾਵਾਂ  
ਬਿਲਕੁਲ ਮੁਫਤ ਉਪਲਬਧ ਹਨ। ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ California: 1-800-431-9007 (Jade,  
Sapphire, Amber, and HMO SNP), 1-800-275-4737 (all other HMO) (TTY: 711)  
ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ।

---

ROMANIAN

ATENȚIE: Dacă vorbiți limba română, vă stau la dispoziție servicii de asistență  
lingvistică, gratuit. Sunați la Oregon: 1-888-445-8913 (HMO and PPO) (TTY: 711).

---

RUSSIAN

ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русском языке, то вам доступны  
бесплатные услуги перевода. Звоните California: 1-800-431-9007 (Jade, Sapphire,  
Amber, and HMO SNP), 1-800-275-4737 (all other HMO); Oregon: 1-888-445-8913  
(HMO and PPO) (TTY: 711).

---

SPANISH

ATENCIÓN: si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de  
asistencia lingüística. Llame al California: 1-800-431-9007 (Jade, Sapphire, Amber,  
and HMO SNP), 1-800-275-4737 (all other HMO); Oregon: 1-888-445-8913 (HMO and  
PPO) (TTY: 711).

---

TAGALOG

PAUNAWA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, maaari kang gumamit ng mga  
serbisyo ng tulong sa wika nang walang bayad. Tumawag sa California:  
1-800-431-9007 (Jade, Sapphire, Amber, and HMO SNP), 1-800-275-4737 (all other  
HMO) (TTY: 711).

---

THAI

เรียน: ถ้าคุณพูดภาษาไทยคุณสามารถใช้บริการช่วยเหลือทางภาษาได้ฟรี โทร California:  
1-800-431-9007 (Jade, Sapphire, Amber, and HMO SNP), 1-800-275-4737 (all other  
HMO); Oregon: 1-888-445-8913 (HMO and PPO) (TTY: 711).

---

UKRAINIAN

УВАГА! Якщо ви розмовляєте українською мовою, ви можете звернутися до  
безкоштовної служби мовної підтримки. Телефонуйте за номером  
Oregon: 1-888-445-8913 (HMO and PPO) (TTY: 711).

---

VIETNAMESE

CHÚ Ý: Nếu quý vị nói tiếng Việt, chúng tôi sẵn có dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn  
phí dành cho quý vị. Xin gọi California: 1-800-431-9007 (Jade, Sapphire, Amber,  
and HMO SNP), 1-800-275-4737 (all other HMO); Oregon: 1-888-445-8913 (HMO and  
PPO) (TTY: 711).

---