

# Health Net

## Formulario de inscripción individual 2020



Si necesita información en otro idioma o formato (braille), pónganse en contacto con Health Net.

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

### Verifique en qué tipo de plan quiere inscribirse:

#### Health Net Ruby (HMO)

(incluye cobertura para medicamentos con receta).

- H6815 – 003 – 001:  
Condados de Clackamas, Multnomah y Washington, OR \$0 por mes
- H6815 – 003 – 002:  
Condados de Benton, Linn, Marion, Polk y Yamhill, OR \$0 por mes
- H6815 – 003 – 003:  
Condado de Lane, OR \$0 por mes
- H6815 – 005:  
Condados de Douglas, Jackson y Josephine, OR \$29 por mes
- H6815 – 006:  
Condados de Coos, Crook, Deschutes y Jefferson, OR \$84 por mes

#### Health Net Violet 1 (PPO)

(incluye cobertura para medicamentos con receta).

- H5439 – 011:  
Condados de Benton, Clackamas, Lane, Linn, Marion, Multnomah, Polk, Washington y Yamhill, OR; Condado de Clark, WA \$120 por mes
- H5439 – 013:  
Condados de Douglas, Jackson y Josephine, OR \$105 por mes

#### Health Net Violet 2 (PPO)

(incluye cobertura para medicamentos con receta).

- H5439 – 014 – 001:  
Condados de Clackamas, Lane, Multnomah y Washington, OR \$19 por mes
- H5439 – 014 – 002:  
Condados de Benton, Linn y Yamhill, OR \$24 por mes
- H5439 – 014 – 003:  
Condados de Marion y Polk, OR \$32 por mes
- H5439 – 014 – 004:  
Condado de Clark, WA \$0 por mes
- H5439 – 016 – 001:  
Condado de Jackson, OR \$25 por mes
- H5439 – 016 – 002:  
Condados de Douglas y Josephine, OR \$25 por mes

#### Health Net Violet 3 (PPO)

(incluye cobertura para medicamentos con receta).

- H5439 – 015:  
Condados de Douglas y Josephine, OR \$0 por mes

#### Health Net Violet 4 (PPO)

(incluye cobertura para medicamentos con receta).

- H5439 – 017:  
Condado de Lane, OR \$0 por mes





Para inscribirse en Health Net, proporcione la siguiente información:

Verifique en qué tipo de plan quiere inscribirse:

**Health Net Aqua (PPO)**

(no incluye cobertura para medicamentos con receta).

H5439 – 010:

Condados de Benton, Clackamas, Douglas,  
Jackson, Josephine, Lane, Linn, Marion,  
Multnomah, Polk, Washington y Yamhill, OR;  
Condado de Clark, WA \$0 por mes

**Beneficios complementarios opcionales por una prima mensual adicional:**

**Health Net Ruby (HMO):** H6815 – 003 – 001, H6815 – 003 – 002, H6815 – 003 – 003,  
H6815 – 005, H6815 – 006

**Health Net Violet 1 (PPO):** H5439 – 011, H5439 – 013

**Health Net Violet 2 (PPO):** H5439 – 014 – 001, H5439 – 014 – 002, H5439 – 014 – 003,  
H5439 – 016 – 001, H5439 – 016 – 002

**Health Net Violet 3 (PPO):** H5439 – 015

**Health Net Violet 4 (PPO):** H5439 – 017

**Health Net Aqua (PPO):** H5439 – 010

*Elija uno:*

Health Net Complete Dental \$39 por mes o:

Health Net Basic Dental \$19 por mes

**Health Net Violet 2 (PPO):** H5439 – 014 – 004

Health Net Wellbeing \$43 por mes o:

Health Net Basic Dental \$19 por mes

**Monto de la prima mensual del plan** (incluye el monto de la prima por el paquete complementario opcional).

\$

**Fecha de entrada en vigencia solicitada**

M M D D A A A A





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

Apellido  Primer nombre  Inicial 2.<sup>do</sup> nombre   Sr.  Sra.  Srta.

Fecha de nacimiento         Sexo  M  F

Número de teléfono particular  -  -

Número de teléfono alternativo  -  -

**Dirección de domicilio permanente**  
(no se acepta apartado postal)

Ciudad  Condado  Estado  Código postal

**Dirección postal** (solo si es diferente de su dirección permanente)  
Dirección

Ciudad  Estado  Código postal

**Dirección de correo electrónico** (opcional)

**Contacto de emergencia**  Número de teléfono  Relación con usted

**Proporcione la información del seguro de Medicare**

Tenga su tarjeta roja, blanca y azul de Medicare para completar esta sección.

- Complete esta información como aparece en su tarjeta de Medicare.

O

- Adjunte una copia de su tarjeta de Medicare o de la carta del Seguro Social o de la Junta de Jubilación para Ferroviarios.

Nombre (como aparece en la tarjeta de Medicare)

Número de Medicare

Tiene derecho a:  HOSPITALARIA (Parte A)  MÉDICA (Parte B)

Entrada en vigencia

M M D D A A A A

M M D D A A A A

Usted debe tener la Parte A y la Parte B de Medicare para inscribirse en un plan Medicare Advantage.





## Cómo pagar la prima del plan

**Para los planes de medicamentos con receta de Medicare Advantage sin primas: si decidimos que usted adeuda una multa por inscripción tardía (o si actualmente tiene una multa por inscripción tardía), necesitamos saber cómo prefiere pagarla. Puede pagar por correo, transferencia electrónica o tarjeta de crédito mensualmente. También puede elegir pagar su prima a través de una deducción automática mensual del cheque de beneficios del Seguro Social o de la Junta de Jubilación para Ferroviarios (RRB). Si se le asigna un monto de ajuste mensual acorde a sus ingresos de la Parte D (IRMAA), recibirá una notificación de la Administración del Seguro Social. Usted será responsable de pagar este monto adicional además de la prima de su plan. Se le descontará el monto de su cheque de beneficios del Seguro Social o se le facturará directamente por Medicare o la RRB. NO pagarle a Health Net la Parte D (IRMAA).**

**Para todos los planes con primas: puede pagar su prima mensual del plan (incluida cualquier multa por inscripción tardía que pueda tener o deber actualmente) por correo, transferencia electrónica o tarjeta de crédito mensualmente. También puede elegir pagar su prima a través de una deducción automática mensual del cheque de beneficios del Seguro Social o de la Junta de Jubilación para Ferroviarios (RRB). Si se le asigna un monto de ajuste mensual acorde a sus ingresos de la Parte D (IRMAA), recibirá una notificación de la Administración del Seguro Social. Usted será responsable de pagar este monto adicional además de la prima de su plan. Se le descontará el monto de su cheque de beneficios del Seguro Social o se le facturará directamente por Medicare o la RRB. NO pagarle a Health Net la Parte D (IRMAA).**

Las personas con ingresos limitados pueden calificar para obtener *Ayuda adicional* para pagar los costos de sus medicamentos con receta. Si es elegible, Medicare puede pagar el 75 % o más de los costos de los medicamentos, incluidas las primas mensuales, los deducibles anuales y los coseguros para medicamentos con receta. Además, las personas que califiquen no tendrán un período sin cobertura o una multa por inscripción tardía. Muchas personas son elegibles para estos ahorros y no lo saben. Para obtener información sobre esta *Ayuda adicional*, póngase en contacto con la oficina local del Seguro Social, o bien 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* por Internet en [www.socialsecurity.gov/prescriptionhelp](http://www.socialsecurity.gov/prescriptionhelp).

Si reúne los requisitos para recibir *Ayuda adicional* para los costos de la cobertura para medicamentos con receta de Medicare, Medicare pagará la totalidad o parte de la prima del plan. Si Medicare paga solo una parte de esta prima, le facturaremos el monto que Medicare no cubre.

Si no selecciona una opción de pago, recibirá una factura cada mes.

## Seleccione una opción de pago de prima:

- Recibir una factura
- Deducción automática de su cheque de beneficios mensual del Seguro Social o de la Junta de Jubilación para Ferroviarios (RRB). Recibo beneficios mensuales de:  Seguro Social  RRB  
(La deducción del Seguro Social/de la RRB puede demorar dos o más meses en empezar desde que el Seguro Social o la RRB apruebe la deducción. En la mayoría de los casos, si el Seguro Social o la RRB acepta su pedido de una deducción automática, la primera deducción de su cheque de beneficios del Seguro Social o de la RRB incluirá todas las primas adeudadas desde la fecha de entrada en vigencia de su inscripción hasta la fecha en que inician las retenciones. Si el Seguro Social o la RRB no aprueba su pedido de una deducción automática, le enviaremos una factura en papel para sus primas mensuales).







**Lea y responda estas preguntas importantes:**

1. ¿Tiene una enfermedad renal en etapa terminal (ESRD)?  Sí  No  
Si ha tenido un trasplante de riñón exitoso o si ya no necesita diálisis regular, **adjunte una nota o registros** de su médico que demuestren que usted ha tenido un trasplante de riñón exitoso o que ya no necesita diálisis; de lo contrario, quizás debamos ponernos en contacto con usted para obtener información adicional.

2. Algunas personas pueden tener otra cobertura para medicamentos, incluido otro seguro privado, TRICARE, cobertura federal de beneficios médicos para empleados, beneficios para veteranos o programas estatales de asistencia farmacéutica.

¿Tendrá otra cobertura para medicamentos con receta además de Health Net?

Sí  No

Si selecciona "Sí", mencione su otra cobertura y su(s) número(s) de identificación de esa cobertura:

Nombre de la otra cobertura	N.º de ident. de esa cobertura	N.º de grupo de esa cobertura
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

3. ¿Reside en un centro de atención a largo plazo, como un hogar de convalecencia?  Sí  No

Si selecciona "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 (calle y número)

4. ¿Está inscrito en el programa Medicaid de su estado?  Sí  No

Si selecciona "Sí", proporcione su número de Medicaid:

5. ¿Usted o su cónyuge trabaja?  Sí  No

**Elija el nombre de un médico de atención primaria (PCP), clínica o centro de salud:**

**Señale una de las casillas a continuación si preferiría que le enviemos información en un idioma que no sea español o en un formato accesible:**

Audio  Letra grande  Español

Póngase en contacto con Health Net al 1-888-445-8913 si necesita información en un formato accesible o en otro idioma además de los mencionados anteriormente. Nuestro horario de atención es los 7 días de la semana de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. del 1 de octubre al 31 de marzo, o bien de lunes a viernes de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. del 1 de abril al 30 de septiembre. Se utiliza un sistema de mensajes después del horario de atención, durante los fines de semana y los días feriados nacionales. Los usuarios de TTY deben llamar al 711.

¿Le gustaría recibir los materiales de Health Net por correo electrónico?  Sí  No

Si eligió Sí, le enviaremos un correo electrónico a la dirección proporcionada con un link para recibir sus materiales sobre los beneficios por Internet.







## Lea esta información importante

**Si actualmente usted tiene una cobertura de salud de un empleador o sindicato, su inscripción en Health Net podría afectar sus beneficios de salud de su empleador o sindicato. Podría perder la cobertura de salud de su empleador o sindicato si se inscribe en Health Net.** Lea las comunicaciones que su empleador o sindicato le envían. Si tiene preguntas, visite el sitio web o póngase en contacto con la oficina que aparece en las comunicaciones. Si no existe información de contacto, el administrador de sus beneficios o la oficina que responde preguntas sobre su cobertura pueden ayudarlo.

## 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 conservar las Partes A y B de Medicare. Puedo tener solo un plan Medicare Advantage a la vez y entiendo que mi inscripción en este plan automáticamente cancelará mi inscripción en otro plan de salud o plan de medicamentos con receta de Medicare. Es mi responsabilidad informarle sobre cualquier cobertura para medicamentos con receta que tenga o pueda tener en el futuro. Entiendo que si no tengo cobertura para medicamentos con receta de Medicare o cobertura para medicamentos con receta acreditable (tan buena como la de Medicare), es posible que deba pagar una multa por inscripción tardía si me inscribo en una cobertura para medicamentos con receta de Medicare en el futuro. La inscripción en este plan generalmente es por el año entero. Una vez inscrito, puedo abandonar el plan o realizar cambios solo en ciertos momentos del año, cuando un período de inscripción está disponible (por ejemplo: desde el 15 de octubre hasta el 7 de diciembre todos los años), o conforme a ciertas circunstancias especiales.

Health Net brinda servicios en un área de servicios específica. Si me mudo del área en la que Health Net brinda servicios, debo informarle al plan para poder cancelar la inscripción y encontrar un nuevo plan para mi nueva área. Una vez que sea afiliado de Health Net, tengo derecho a apelar decisiones del plan sobre pagos o servicios con las que no esté de acuerdo. Leeré el documento de la Evidencia de cobertura de Health Net cuando lo reciba para conocer qué normas debo cumplir para obtener cobertura de este plan Medicare Advantage. Entiendo que las personas que tienen Medicare suelen no estar cubiertas por Medicare cuando se encuentran fuera del país, excepto por una cobertura limitada cerca de la frontera de EE. UU.

Entiendo que, desde la fecha en que comienza la cobertura de Health Net, debo obtener toda la atención médica de Health Net, a excepción de servicios de emergencia o urgencia o servicios de diálisis fuera del área. Entiendo que, desde la fecha en que comienza la cobertura de Health Net, utilizar servicios dentro de la red puede costar menos que utilizar servicios fuera de la red, con excepción de servicios de emergencia o urgencia o servicios de diálisis fuera del área. Si es médicamente necesario, Health Net reembolsa todos los beneficios cubiertos, incluso si obtengo servicios fuera de la red. Los servicios autorizados por Health Net y otros servicios incluidos en la *Evidencia de cobertura* de Health Net (también conocida como contrato de afiliación o acuerdo de suscriptor) estarán cubiertos. Sin autorización, **NI MEDICARE NI HEALTH NET PAGARÁN LOS SERVICIOS.**

Entiendo que, si obtengo asistencia de un agente de ventas, corredor u otra persona empleada o contratada por Health Net, este puede recibir un pago en función de mi inscripción en Health Net.





**Divulgación de la información:** al inscribirme en este plan de salud de Medicare, acepto que Health Net divulgará mi información a Medicare y otros planes si es necesario para tratamientos, pagos y operaciones de atención médica. También acepto que Health Net divulgará mi información, incluida la información sobre medicamentos con receta a Medicare, quien la puede divulgar para investigaciones y otros fines que cumplen todos los estatutos y las regulaciones federales aplicables. La información contenida en este formulario de inscripción es correcta a mi leal saber y entender. Comprendo que, si intencionalmente incluyo información falsa en este formulario, se cancelará mi inscripción en el plan.

Comprendo que mi firma (o la firma de la persona autorizada a actuar en mi nombre según las leyes del estado donde vivo) en este formulario significa que he leído y comprendido los contenidos de este formulario. Si está firmado por una persona autorizada (como se explica anteriormente), esta firma certifica que 1) dicha persona está autorizada conforme a las leyes del estado para completar esta inscripción, y que 2) toda documentación de esta autoridad está disponible a solicitud por parte de Medicare.

**Fecha de hoy**

--	--	--

M M D D A A A A

**Firma**

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:**

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 below:**

Sales rep/Agent name

Sales rep/Agent NPN #

Agency/FMO affiliation:   
(if applicable)

Agent ID#:

**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:**

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 NPI:

*Remove for plans with no PPG*

PPG name:

PPG ID:

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

Current patient?  Yes  No

**Physician of choice information for PPO plans:**

POC name:

POC/PCP NPI:

POC address:

Effective date:

M M D D Y Y Y Y

**Broker Application Submissions:** Sales representative/Agent must fax the Scope of Appointment and Enrollment Forms to 1-844-222-3180.







**Por lo general, puede inscribirse en un plan Medicare Advantage solo durante el período de inscripción anual desde el 15 de octubre hasta el 7 de diciembre de cada año.** Existen excepciones que le pueden permitir inscribirse en un plan Medicare Advantage fuera de este período.

Lea cuidadosamente los siguientes enunciados y marque el casillero si se aplica a su caso. 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 más adelante determinamos que esta información es incorrecta, su inscripción puede ser cancelada.

- Soy nuevo en Medicare.
- Estoy inscrito en un plan Medicare Advantage y quiero realizar un cambio durante el período de inscripción abierta de Medicare Advantage (MA OEP).
 

M	M	D	D	A	A	A	A
- Recientemente me he mudado fuera del área de servicio de mi plan actual o recientemente me he mudado y este plan es una nueva opción para mí. Me he mudado el (inserte la fecha).
 

M	M	D	D	A	A	A	A
- Recientemente fui liberado de prisión. Fui liberado el (inserte la fecha).
 

M	M	D	D	A	A	A	A
- Recientemente he regresado a Estados Unidos después de vivir en forma permanente fuera de Estados Unidos. Regresé a Estados Unidos el (inserte la fecha).
 

M	M	D	D	A	A	A	A
- Recientemente obtuve un estado de presencia legal en Estados Unidos. Obtuve este estado el (inserte la fecha).
 

M	M	D	D	A	A	A	A
- Recientemente hubo un cambio en la situación de mi Medicaid (adquirí Medicaid recientemente, hice un cambio en el nivel de la asistencia de Medicaid o perdí Medicaid) el (inserte la fecha).
 

M	M	D	D	A	A	A	A
- Recientemente hubo un cambio en mi *Ayuda adicional* para pagar la cobertura de medicamentos con receta de Medicare (adquirí *Ayuda adicional* recientemente, hubo 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 me ayuda a pagar las primas de Medicare) o tengo *Ayuda adicional* para pagar por la cobertura de medicamentos con receta de Medicare, pero no ha habido un cambio.
- Me voy a mudar a un centro de atención a largo plazo (por ejemplo, una casa de reposo o un centro de atención a largo plazo), vivo en uno o recientemente me fui de uno. Me mudé del centro/ me mudaré al centro/me fui del centro el (inserte la fecha).
 

M	M	D	D	A	A	A	A
- Recientemente he abandonado un programa PACE el (inserte la fecha).
 

M	M	D	D	A	A	A	A
- Recientemente y de forma involuntaria he perdido mi cobertura para medicamentos con receta acreditable (cobertura tan buena como la de Medicare). He perdido mi cobertura para medicamentos el (inserte la fecha).
 

M	M	D	D	A	A	A	A
- Abandonaré la cobertura del empleador o sindicato el (inserte la fecha).
 

M	M	D	D	A	A	A	A
- Pertenezco a un programa de asistencia farmacológica brindado por mi estado.
- Mi plan finaliza su contrato con Medicare, o Medicare finaliza su contrato con mi plan.





Medicare (o mi estado) me inscribió en un plan y deseo elegir un plan diferente. Mi inscripción en ese plan comenzó el (inserte la fecha).

M	M	D	D	A	A	A	A

Estuve inscrito en un Plan de necesidades especiales (SNP) pero he perdido las calificaciones de necesidades especiales requeridas para dicho plan. Mi inscripción en el SNP fue cancelada el (inserte la fecha).

M	M	D	D	A	A	A	A

Me vi afectado por una emergencia o un desastre grave relacionados con el clima (según lo declarado por la Agencia Federal para la Gestión de Emergencias [FEMA]. Uno de los otros enunciados mencionados aquí correspondía a mi situación, pero no pude realizar mi inscripción debido al desastre natural.

Si ninguno de estos enunciados se aplica a su caso, o si no está seguro, comuníquese con Health Net al 1-888-445-8913 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) y verifique si es elegible para inscribirse. Desde el 1 de octubre hasta el 31 de marzo, puede llamarnos los 7 días de la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Desde el 1 de abril hasta el 30 de septiembre, puede llamarnos de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Se utiliza un sistema de mensajes después del horario de atención, durante los fines de semana y los días feriados nacionales.

Usted debe continuar pagando la prima de Medicare de la Parte B.

Health Net tiene un contrato con Medicare para los planes HMO y PPO. La inscripción en Health Net depende de la renovación del contrato.

ATENCIÓN: Si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1-888-445-8913 (TTY: 711).

FRM031700SK00 (7/19)



