Planes

Medicare Advantage de Health Net

Health Net®
MEDICARE PROGRAMS

Formulario de Afiliación Individual a Beneficios Opcionales para 2021

Health Net ofrece beneficios opcionales por una prima mensual adicional del plan. A este formulario lo deben utilizar únicamente los afiliados actuales que deseen agregar el Paquete de Beneficios Opcionales al plan Medicare Advantage de Health Net que ya tienen o los afiliados que ya estén afiliados a un Paquete de Beneficios Opcionales, pero que deseen cambiarse a una opción de paquete diferente. Revise las opciones de paquetes del plan que aparecen en este formulario antes de afiliarse. El pago de la prima mensual por los beneficios suplementarios opcionales es adicional a la prima mensual del plan y a la prima mensual de la Parte B de Medicare.

ESCRIBA EN LETRA DE IMPRENTA

Nombres tal como aparecen en la tarjeta de Medicare – Apellido

Nombre

Inicial del segundo nombre

Dirección de domicilio permanente

Ciudad

Estado

Código postal

Condado de la dirección de domicilio permanente

Número de teléfono

Dirección postal (si es diferente de la anterior)

Ciudad

Estado

Código postal

Dirección de correo electrónico (necesaria si desea recibir documentos en línea)

Fecha de nacimiento

M M D D A A A A

Sexo

☐ M

☐ F

N.º de Medicare (de la tarjeta roja, blanca y azul de Medicare)

Health Net

Luego de completar este formulario, envíelo por correo a la siguiente dirección:

Health Net of California, Inc., PO Box 10420, Van Nuys, CA 91410-0420

Y0020_21_18983FORM_SPN_C_19946_FINAL_Approved_08212020

Consulte la página 5 de este formulario para ver los Paquetes de Beneficios Opcionales disponibles con su plan Medicare Advantage de Health Net.

Complete esta sección si desea afiliarse a un Paquete de Beneficios Opcionales

Actualmente estoy afiliado a un plan Medicare Advantage de Health Net, con una prima mensual del plan de $ _____ y deseo afiliarme al Paquete de Beneficios Opcionales _____ por una prima mensual adicional de $ _____.

Complete esta sección si ya es afiliado y desea cambiarse de Paquete de Beneficios Opcionales

Actualmente estoy afiliado a un plan Medicare Advantage de Health Net **Y** al Paquete de Beneficios Opcionales _____, y deseo cambiar al Paquete de Beneficios Opcionales _____ por una prima mensual adicional de $ _____.

No utilice este formulario para cambiarse de plan Medicare Advantage de Health Net.

Si opta por un Paquete de Beneficios Opcionales que incluye cobertura para servicios dentales HMO, seleccione un proveedor dental del Directorio de Proveedores Dentales de Health Net.

Nombre del proveedor	N.º de identificación del proveedor

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

Seleccione una opción de pago de prima mensual:

☐ Recibir una factura

☐ Deducción automática de su cheque de beneficios mensual del Seguro Social o del Consejo de Jubilación Ferroviaria (por sus siglas en inglés, RRB). Recibo beneficios mensuales del:

☐ Seguro Social ☐ RRB

(Es posible que la deducción del Seguro Social/RRB se demore dos meses o más en empezar a partir 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 pedido de una deducción automática, la primera deducción de su cheque de beneficios del Seguro Social o del RRB incluirá todas las primas mensuales adeudadas desde la fecha de entrada en vigor de su afiliación hasta la fecha en que inician las retenciones. Si el Seguro Social o el RRB no aprueban su pedido de una deducción automática, le enviaremos una factura en papel por sus primas mensuales).

Los nuevos afiliados tienen tiempo para afiliarse hasta finales del primer mes de la afiliación inicial. Los beneficios entrarán en vigor el primer día del mes siguiente. Comprendo que, para ser elegible para recibir el Paquete de Beneficios Suplementarios Opcionales, debo continuar siendo afiliado de un plan Medicare Advantage de Health Net. Si cancelo mi afiliación al plan, automáticamente se cancelará mi afiliación al Paquete de Beneficios Suplementarios Opcionales. Mi afiliación al Paquete de Beneficios Suplementarios Opcionales se cancelará si dejo de pagar el Paquete de Beneficios Suplementarios Opcionales, pero mi estado de afiliación al plan Medicare Advantage (atención médica) no se verá afectada. Mi cobertura volverá a ser únicamente la estándar de mi plan Medicare Advantage de Health Net (atención médica).

Puede cancelar su afiliación a esta opción en cualquier momento mediante un aviso por escrito a Health Net, pero una vez que se cancele su afiliación, la reafiliación durante el mismo año calendario estará limitada. Los períodos de elección disponibles para inscribirse en los beneficios opcionales son del 15 de octubre de 2020 al 31 de diciembre de 2020, y la fecha de entrada en vigor será el 1 de enero de 2021, y del 1 de enero de 2021 al 31 de enero de 2021, y la fecha de entrada en vigor será el 1 de febrero de 2021.

Al optar por la opción HMO, comprende que, a partir de la fecha de entrada en vigor de la cobertura de este Paquete de Beneficios Opcionales, para que se cubran los servicios, usted debe recibir esos servicios a través de los proveedores contratados de Health Net, a excepción de los servicios de emergencia o los requeridos de urgencia según lo descrito en el *Resumen de Beneficios* o en la *Evidencia de Cobertura* (por sus siglas en inglés, EOC).

Divulgación de información

Autorizo a los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (por sus siglas en inglés, CMS) a brindarle información al Plan, y a la vez autorizo al Plan, a las clínicas y a los médicos del Plan, o a cualquier otra persona que posea información médica u otra información relevante sobre mí, a brindarles a los CMS o a los representantes de los CMS la información necesaria para administrar el programa de Medicare. También autorizo al Plan a divulgar la información necesaria u otra información relevante sobre mí a los proveedores de servicios.

Comprendo que mi firma en esta solicitud significa que he leído y comprendido el contenido de esta solicitud y que acepto cumplir las normas del plan respecto de los Planes de Beneficios Opcionales. (Lea el documento *Evidencia de Cobertura* para saber cuáles son las normas que debe cumplir para recibir la cobertura de Health Net).

Nombre en letra de imprenta

Firma

Fecha

M M D D A A A A

Si usted es el representante autorizado, debe proporcionar la siguiente información

Apellido

Nombre

Inicial del segundo nombre

Dirección

Ciudad

Estado

Código postal

Relación con el solicitante

Número de teléfono

Gracias por elegir Health Net. Si tiene alguna pregunta, llame al 1-800-275-4737 (HMO), 1-800-431-9007 (HMO SNP) (TTY: 711). 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 comunicarse con nosotros 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.

OFFICE USE ONLY:

Group #

Effective date of coverage

M M D D Y Y Y Y

Correction of member information

Revise las opciones antes de afiliarse a un Paquete de Beneficios Opcionales.

Consulte el *Resumen de Beneficios* o la *Evidencia de Cobertura* (EOC) para obtener información detallada, conocer las áreas de servicio, las primas mensuales de los beneficios y los costos relacionados con cada plan. Algunos planes no están disponibles en todas las áreas de servicio.

PAQUETE DE BENEFICIOS OPCIONALES		
Health Net Enhanced Dental Prima mensual del plan: $9 Beneficios: servicios dentales preventivos e integrales HMO	– o bien –	**Health Net Enhanced Dental FLEX** Prima mensual del plan: $25 Beneficios: servicios dentales preventivos e integrales PPO
NOMBRE DEL PLAN		CONDADOS
Health Net Healthy Heart (HMO) – H0562 – 012, 090, 119		Condados de San Diego, Fresno e Imperial, CA
Health Net Ruby Select (HMO) – H0562 – 103, 124		Condados de Yolo, Placer y Sacramento, CA
Health Net Ruby (HMO) – H0562 – 079		Condado de Kern, CA
Health Net Jade (HMO C-SNP) – H0562 – 114		Condado de San Diego, CA

PAQUETE DE BENEFICIOS OPCIONALES		
Health Net Enhanced Dental & Vision Prima mensual del plan: $15 Beneficios: servicios dentales preventivos e integrales HMO; anteojos	– o bien –	**Health Net Enhanced Dental & Vision FLEX** Prima mensual del plan: $32 Beneficios: servicios dentales preventivos e integrales PPO; anteojos
NOMBRE DEL PLAN		CONDADOS
Health Net Healthy Heart (HMO) – H0562 – 123		Condados de Los Angeles, Orange, Riverside y San Bernardino, CA

PAQUETE DE BENEFICIOS OPCIONALES	
Health Net Essentials Prima mensual del plan: $10 Beneficios: servicios quiroprácticos, acupuntura y anteojos	
NOMBRE DEL PLAN	CONDADOS
Health Net Healthy Heart (HMO) – H0562 – 039	Condado de Yolo, CA

PAQUETE DE BENEFICIOS OPCIONALES	
Health Net Enhanced Dental FLEX Prima mensual del plan: $25 Beneficios: servicios dentales preventivos e integrales PPO	
NOMBRE DEL PLAN	CONDADOS
Health Net Green (HMO) – H0562 – 044	Condados de Alameda, Los Angeles, Placer, Riverside, Sacramento, San Bernardino y Stanislaus, CA

PAQUETE DE BENEFICIOS OPCIONALES		
Health Net Total Fit plus Prima mensual del plan: $20 Beneficios: servicios dentales preventivos e integrales HMO, servicios quiroprácticos, acupuntura, anteojos, acondicionamiento físico	– o bien –	**Health Net Total Fitness FLEX** Prima mensual del plan: $35 Beneficios: servicios dentales preventivos e integrales HMO, servicios quiroprácticos, acupuntura, anteojos, acondicionamiento físico
NOMBRE DEL PLAN		CONDADOS
Health Net Healthy Heart (HMO) H0562 – 068		Condados de Alameda y Stanislaus, CA

PAQUETE DE BENEFICIOS OPCIONALES	
Health Net Fit Prima mensual del plan: $12 Beneficios: servicios quiroprácticos, acupuntura, anteojos, acondicionamiento físico	
NOMBRE DEL PLAN	CONDADOS
Health Net Healthy Heart (HMO) H0562 – 084	Condados de Placer y Sacramento, CA

PAQUETE DE BENEFICIOS OPCIONALES	
Health Net Fit Plus Prima mensual del plan: $41 Beneficios: servicios dentales integrales HMO, servicios quiroprácticos, acupuntura, anteojos, acondicionamiento físico	
NOMBRE DEL PLAN	CONDADOS
Health Net Healthy Heart (HMO) H0562 – 009	Condado de San Francisco, CA

Los proveedores fuera de la red/no contratados no tienen ninguna obligación de atender a los afiliados de Health Net, excepto en situaciones de emergencia. Llame al número de nuestro Servicio al Cliente o consulte su *Evidencia de Cobertura* para obtener más información, incluido el costo compartido que corresponde a los servicios fuera de la red.

Health Net tiene un contrato con Medicare para los planes de HMO, HMO C-SNP y HMO D-SNP, y con algunos programas estatales de Medicaid. La afiliación a Health Net depende de la renovación del contrato.

FRM042760SK00 (7/20)