

Formulario de solicitud de inscripción individual de 2025 para un plan Medicare Advantage (Parte C)

OMB No. 0938-1378

Expires: 6/30/2026



By



health net

In Partnership with CalViva HEALTH

¿Quién puede usar este formulario?

Los miembros de Medicare que quieran inscribirse en un plan Medicare Advantage.

Para inscribirse en un plan, debe cumplir con los siguientes requisitos:

- Ser ciudadano de los Estados Unidos o residir de manera legal en este país.
- Vivir en el área de servicios del plan.

Importante: Para inscribirse en un plan Medicare Advantage, también debe contar con los siguientes seguros:

- Medicare Part A (seguro hospitalario)
- Medicare Part B (seguro médico)

¿Cuándo utilizo este formulario?

Puede inscribirse en un plan en estos momentos:

- Entre el 15 de octubre y el 7 de diciembre cada año (para recibir cobertura a partir del 1.º de enero).
- En un plazo de 3 meses a partir de la fecha de obtención de Medicare.
- En ciertas situaciones en las que se le permite inscribirse en un plan o cambiar de planes.

Visite Medicare.gov para obtener más información sobre cuándo puede inscribirse en un plan.

¿Qué necesito para completar este formulario?

- Su número de Medicare (el número de su tarjeta de Medicare roja, blanca y azul).
- Su domicilio y número de teléfono permanentes

Nota: Debe completar todos los puntos de la sección 1. Los puntos de la sección 2 son opcionales: no se le puede negar la cobertura por no completarlos.

Personas sin hogar

- Si quiere inscribirse en un plan, pero no tiene una vivienda permanente, podrán considerarse como su dirección de residencia permanente algún apartado postal, la dirección de algún refugio o alguna clínica, o la dirección en la que recibe su correo (p. ej., cheques del Seguro Social).

Consulte el estado de su solicitud aquí:

[wellcare.com/applicationtracker](https://www.wellcare.com/applicationtracker)

IMPORTANTE

No envíe este formulario ni otros documentos con información personal (como reclamaciones, pagos o expedientes médicos) a la Oficina de Aprobación de Informes de la Ley de Reducción de Trámites (PRA). Se destruirá todo documento recibido que no se refiera a cómo mejorar este formulario o la carga de recopilación de información (prevista en la resolución OMB 0938-1378). No se conservará, revisará ni reenviará al plan. Consulte la sección “¿Cuál es el siguiente paso?” de esta página para enviar su formulario completado al plan.



¿Ha pensado en inscribirse en www.wellcare.com/healthnetCA en su lugar? Es una manera rápida, segura y fácil de solicitar cobertura.

Recordatorios:

- Si quiere inscribirse en un plan durante la inscripción abierta de otoño (del 15 de octubre al 7 de diciembre), debe enviar al plan el formulario completo antes del 7 de diciembre.
- Su plan le enviará una factura por la prima correspondiente. Puede optar por inscribirse para que el monto de los pagos de primas se deduzca de su cuenta bancaria o de su beneficio mensual de Seguro Social (o Junta Ferroviaria de Retiro).

¿Cuál es el siguiente paso?

Envíe su formulario completo y firmado a la siguiente dirección:

Wellcare By Health Net in partnership with CalViva
PO Box 10420

Van Nuys, CA
91499-6208

Una vez que procesen la solicitud de inscripción, se comunicarán con usted.

¿Cómo puedo obtener ayuda con este formulario?

Llame a Wellcare By Health Net in partnership with CalViva al 1-800-225-8017. Los usuarios de TTY pueden llamar al 711.

Llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana.

Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-877-486-2048.



Sección 1: Todos los campos de esta página son obligatorios (a menos que se marquen como opcionales)

Seleccione el plan en el que quiere inscribirse:

Wellcare CalViva Health Dual Align (HMO D-SNP)¹ H3561 (incluye cobertura de medicamentos recetados)

007 Fresno, Kings y Madera

\$0 por mes

¹ Para inscribirse en este plan debe cumplir criterios de inscripción específicos.



Sección 1: Todos los campos de esta página son obligatorios (a menos que se marquen como opcionales)

Nombre

Apellido

Opcional: Inicial del segundo nombre

Fecha de nacimiento

<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 Y Y Y Y

Sexo

Hombre
 Mujer

N.º de teléfono

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

Opcional: Número de teléfono secundario

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

Tipo de teléfono

Casa
 Móvil

Tipo de teléfono

Casa
 Móvil

Dirección de la residencia permanente (no ingrese un apartado postal (PO)) Nota: Para las personas sin hogar, un apartado postal (PO) puede considerarse su dirección de residencia permanente).

Personas sin hogar

Ciudad

Opcional: Condado

Estado

Código postal

Dirección postal, si es diferente de su dirección permanente (se permite un apartado postal (PO))

Dirección

Ciudad

Estado

Código postal

Su información de Medicare:

Número de Medicare

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

Tiene derecho a:

SEGURO HOSPITALARIO (Parte A)

SEGURO MÉDICO (Parte B)

Fecha de entrada en vigor

<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 Y Y Y Y

<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 Y Y Y Y

Responda estas preguntas importantes:

1. ¿Tendrá alguna otra cobertura de medicamentos recetados (como VA, TRICARE), además de Wellcare CalViva Health Dual Align?

Sí No

Nombre de la otra cobertura

N.º de miembro para esta cobertura:

N.º de grupo para esta cobertura

2. Proporcione el número del programa Medicaid estatal:

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



IMPORTANTE: Lea y firme a continuación:

- Debo conservar tanto el seguro hospitalario (Parte A) como el seguro médico (Parte B) para permanecer en Wellcare CalViva Health Dual Align.
- Al inscribirme en este plan Medicare Advantage, reconozco que Wellcare CalViva Health Dual Align compartirá mi información con Medicare, quien podrá utilizarla para hacer un seguimiento de mi inscripción, para efectuar pagos y para otros propósitos permitidos por la ley federal que autorizan la recopilación de esta información (consulte la Declaración de la Ley de Privacidad a continuación). Su respuesta a este formulario es voluntaria. Sin embargo, la falta de respuesta podría afectar su inscripción en el plan.
- Entiendo que solamente puedo estar inscrito en un plan MA a la vez y que mi inscripción en este plan finalizará automáticamente mi inscripción en otro plan MA (se aplican excepciones para los planes MA PFFS y MA MSA).
- Entiendo que cuando comience mi cobertura de Wellcare CalViva Health Dual Align, debo obtener todos los beneficios médicos y de medicamentos recetados de Wellcare CalViva Health Dual Align. Estarán cubiertos los beneficios y servicios que presta Wellcare CalViva Health Dual Align y que se incluyen en el documento Evidencia de cobertura de Wellcare CalViva Health Dual Align (también conocido como “Miembro”, “contrato del miembro” o “acuerdo del suscriptor”). Ni Medicare ni Wellcare CalViva Health Dual Align pagarán por los beneficios o servicios que no estén cubiertos.
- Entiendo que las personas con Medicare, por lo general, no tienen cobertura de Medicare mientras se encuentren fuera del país, excepto una cobertura limitada en países limítrofes de los EE. UU.
- La información en este formulario de inscripción es correcta a mi leal saber y entender. Comprendo que, si brindo información falsa de manera intencional, se cancelará mi inscripción en el plan.
- Entiendo que mi firma (o la firma de la persona autorizada por la ley para actuar en mi nombre) en esta solicitud significa que la he leído y que comprendo su contenido. Si la firma un representante autorizado (conforme se describe anteriormente), esta firma certifica que:
 - 1) Esta persona está autorizada en virtud de las leyes estatales para completar la inscripción.
 - 2) La documentación referida a dicha autorización se encuentra disponible previa solicitud de Medicare.

Fecha de hoy

M	M	D	D	Y	Y	Y	Y

Firma

Si usted es el representante autorizado, firme en la línea anterior y complete los siguientes campos:

Nombre

--

Dirección

--

N.º de teléfono

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

Relación con la persona inscrita

--



Sección 2: Todos los campos de esta sección son opcionales

Usted decide si quiere responderlas. No se le puede negar la cobertura por no completarlos.

¿Es usted de origen hispano, latino o español? Seleccione todas las opciones que correspondan.

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> No, ni de origen hispano, latino ni español | <input type="checkbox"/> Sí, mexicano, mexicoestadounidense, chicano |
| <input type="checkbox"/> Sí, puertorriqueño | <input type="checkbox"/> Sí, cubano |
| <input type="checkbox"/> Sí, de otro origen hispano, latino o español | <input type="checkbox"/> Prefiero no responder |

¿Cuál es su raza? Seleccione todas las opciones que correspondan.

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Persona indoamericana o nativa de Alaska | <input type="checkbox"/> Persona de raza negra o afroamericana |
| Persona asiática: | Persona nativa de Hawái o isleña del Pacífico: |
| <input type="checkbox"/> Indioasiática | <input type="checkbox"/> Guameña o chamorra |
| <input type="checkbox"/> China | <input type="checkbox"/> Nativa de Hawái |
| <input type="checkbox"/> Filipina | <input type="checkbox"/> Samoana |
| <input type="checkbox"/> Japonesa | <input type="checkbox"/> Nativa de otras islas del Pacífico |
| <input type="checkbox"/> Coreana | <input type="checkbox"/> Persona de raza blanca |
| <input type="checkbox"/> Vietnamita | <input type="checkbox"/> Prefiero no responder |
| <input type="checkbox"/> De otro origen asiático | |

¿Cuál es su sexo de asignación? Puede encontrar esta información en un certificado de nacimiento original o un documento similar.

Seleccione una opción.

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Mujer | <input type="checkbox"/> No lo sé |
| <input type="checkbox"/> Hombre | <input type="checkbox"/> Prefiero no responder |
| <input type="checkbox"/> Un sexo que no está en la lista: _____ | |

¿Cuál es su identidad de género? Seleccione una opción.

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Mujer | <input type="checkbox"/> Un género que no está en la lista: _____ |
| <input type="checkbox"/> Hombre | <input type="checkbox"/> No lo sé |
| <input type="checkbox"/> Mujer transgénero | <input type="checkbox"/> Prefiero no responder |
| <input type="checkbox"/> Hombre transgénero | |

¿Cuál es su orientación sexual? Seleccione una opción.

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Lesbiana o gay | <input type="checkbox"/> Una orientación sexual que no está en la lista: _____ |
| <input type="checkbox"/> Heterosexual | <input type="checkbox"/> No lo sé |
| <input type="checkbox"/> Bisexual | <input type="checkbox"/> Prefiero no responder |



Seleccione una opción si quiere que le enviemos información en un idioma que no sea inglés.

Español Hmong

Seleccione una opción si quiere que le enviemos información en un formato accesible.

Braille Letra grande CD de audio CD de datos

Comuníquese con Wellcare CalViva Health Dual Align al 1-800-225-8017 (TTY: 711) si necesita información en un formato accesible distinto de los indicados anteriormente. Nuestro horario de atención es de lunes a domingo, de 8 a. m. a 8 p. m. (en todas las zonas horarias).

1. ¿Trabaja? Sí No

2. ¿Su cónyuge trabaja? Sí No

Indique cuál es su médico de atención primaria (PCP), clínica o centro de salud de la red:

Puede encontrar un proveedor en <https://www.healthnet.com/portal/providerSearch.action>.

Dirección de correo electrónico:

Método de contacto preferido: Teléfono Mensaje de texto Correo electrónico

*Tenga en cuenta que es posible que se envíen comunicaciones a través de un medio que no sea el método de contacto preferido.

Queremos que disfrute su membresía y que comprenda su plan. Denos su(s) número(s) de teléfono y correo electrónico para que le podamos informar sobre el estado de su solicitud. Como miembro, compartiremos con usted información útil, como qué puede esperar, cómo mantenerse saludable, cómo usar beneficios adicionales, cómo encontrar un médico, cómo usar el portal para miembros y otra información importante. Si no está interesado, puede optar por no recibir algunos mensajes de texto y correos electrónicos.

Queremos que esté satisfecho con su plan de Wellcare. Le informaremos si tenemos otros planes mejores para usted a medida que cambien sus necesidades. Solo le informaremos sobre nuestros planes.



Pago de las primas de su plan

Puede pagar la prima mensual del plan (incluidas las multas por inscripción tardía que deba o tenga que pagar actualmente) por correo, transferencia electrónica de fondos (EFT) o tarjeta de crédito cada mes. **También puede optar por pagar su prima por deducción automática de sus beneficios del Seguro Social o de la Junta Ferroviaria de Retiro (RRB) cada mes.**

Si tiene que pagar un monto de ajuste mensual por ingresos de la Parte D (IRMAA de la Parte D), debe pagar este monto adicional además de la prima de su plan. Generalmente, la cantidad se toma de su beneficio del Seguro Social, o bien usted puede obtener una factura de Medicare (o de la RRB). **NO pague el IRMAA de la Parte D a Wellcare CalViva Health Dual Align.**

Si no elige otra forma de pago, recibirá una factura todos los meses.

Seleccione una opción de pago para la prima:

- Obtener una factura.
- Deducción automática de su cheque de beneficios mensual del Seguro Social o de la Junta Ferroviaria de Retiro (RRB). Recibo beneficios mensuales de la siguiente institución:
 - Seguro Social RRB

(Las deducciones del Seguro Social o de la RRB pueden tardar dos o tres meses en activarse después de que las aprueben el Seguro Social o la RRB. En la mayoría de los casos, si el Seguro Social o la RRB aceptan su solicitud de débito automático, 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 vigor de su inscripción hasta el momento en que comiencen las retenciones. Si el Seguro Social o la RRB no aprueban su solicitud de débito automático, le enviaremos una factura impresa por sus primas mensuales).

Solo para personas que ayudan a la persona inscrita a completar este formulario

Complete esta sección si usted es una persona (es decir, agentes, corredores, asesores del Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros de Salud (SHIP), familiares u otros terceros) que ayuda a una persona inscrita a completar este formulario.

Nombre: _____ Relación con la persona inscrita: _____

Firma: _____ Número de productor nacional (solo agentes/corredores): _____

DECLARACIÓN DE LA LEY DE PRIVACIDAD

Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) recopilan información de los planes Medicare para realizar un seguimiento de la inscripción de beneficiarios en los planes Medicare Advantage (MA), mejorar la atención médica y efectuar el pago de beneficios de Medicare. En la sección 1851 de la Ley del Seguro Social y en el capítulo 42 del Código de Regulaciones Federales (CFR), artículos 422.50 y 422.60, se autoriza la recopilación de esta información. Mediante los CMS, se puede usar, divulgar e intercambiar datos de inscripción de beneficiarios de Medicare según lo especificado en el Sistema de Aviso de Registros (SORN), “Medicamentos recetados de Medicare Advantage (MARx)”, sistema n.º 09-70-0588. Su respuesta a este formulario es voluntaria. Sin embargo, la falta de respuesta podría afectar su inscripción en el plan.



SOLO PARA USO INTERNO:

Nombre del miembro del personal/agente/corredor (si ayudó en la inscripción):

N.º de ID del plan:

Fecha de entrada en vigor de la cobertura

M M D D Y Y Y Y

ICEP/IEP AEP SEP (tipo):

No elegible

Agente autorizado/representante de ventas de Wellcare (agente/representante de ventas individual que completó la solicitud)

Tipo de agente (seleccione uno): Agente autorizado Empleado de Wellcare

Complete la siguiente sección:

Nombre del agente/representante de ventas

N.º nacional de productor (NPN) del agente/representante de ventas

Afiliación a agencia/FMO (si corresponde):

Esta información debe coincidir con sus registros de licencias de Wellcare aprobadas.

N.º de teléfono del agente: - -

Correo electrónico

N.º de teléfono de la agencia/FMO (si corresponde)

Fecha de recepción de la solicitud del agente autorizado/representante de ventas (las solicitudes deben recibirse en Wellcare en el plazo de 1 día calendario a partir de esta fecha):

M M D D Y Y Y Y

Lugar donde se recibe la solicitud: Cita Evento de ventas Sin cita previa

Otro (especificar):

Información del proveedor para planes HMO:

Nombre del PCP:

PCP NPI:

Nombre del PPG:

PPG ID:

¿Se acepta el PCP/PPG seleccionado para el plan elegido? Sí No

¿Es paciente actualmente? Sí No

Presentación de solicitudes de corredores: El agente/representante de ventas debe enviar por fax los formularios de alcance de la cita y de inscripción al 1-844-222-3180.



Declaración de elegibilidad para un período de inscripción

Por lo general, se puede inscribir en un plan Medicare Advantage únicamente durante el período de inscripción anual del 15 de octubre al 7 de diciembre de cada año. Hay excepciones que pueden permitirle inscribirse en un plan Medicare Advantage fuera de este período.

Lea atentamente las siguientes afirmaciones y marque la casilla que se aplique a su caso.

Al marcar cualquiera de las siguientes casillas, certifica que, a su leal saber y entender, usted es elegible para un período de inscripción. Si luego determinamos que esta información es incorrecta, es posible que se cancele su inscripción.

- Me inscribo en Medicare por primera vez.
- Me he inscrito en un plan Medicare Advantage y quiero realizar un cambio durante el período de inscripción abierta de Medicare Advantage (MA OEP).
- Me mudé hace poco fuera del área de servicios de mi plan actual, o me mudé hace poco y este plan es una opción nueva para mí. Me mudé el (inserte la fecha).

M	M	D	D	Y	Y	Y	Y
- Salí de prisión recientemente. Salí en libertad el (inserte la fecha).

M	M	D	D	Y	Y	Y	Y
- Acabo de regresar a los Estados Unidos después de residir de forma permanente fuera del país. Regresé a los EE. UU. el (inserte la fecha).

M	M	D	D	Y	Y	Y	Y
- Obtuve el permiso para permanecer legalmente en los Estados Unidos de forma reciente. Obtuve este permiso el (insertar fecha).

M	M	D	D	Y	Y	Y	Y
- Recientemente hubo cambios en mi situación con Medicaid (comencé a recibir Medicaid, cambió mi nivel de asistencia de Medicaid o perdí Medicaid) el (inserte la fecha).

M	M	D	D	Y	Y	Y	Y
- Recientemente, hubo un cambio en la *Ayuda Adicional (Extra Help)* que recibo para pagar la cobertura de medicamentos recetados de Medicare (comencé a recibir la *Ayuda Adicional* recientemente, se modificó el nivel de *Ayuda Adicional* que recibo o perdí la *Ayuda Adicional*) el (inserte la fecha).

M	M	D	D	Y	Y	Y	Y
- Tengo cobertura de Medicare y Medicaid (o mi estado me ayuda a pagar las primas de Medicare), o bien recibo la *Ayuda Adicional* para pagar mi cobertura de medicamentos recetados de Medicare, pero no he tenido ningún cambio.
- Me mudaré a un centro de atención a largo plazo, vivo en uno o acabo de salir de uno (por ejemplo, un centro de convalecencia o de atención a largo plazo). Me mudé o mudaré a un centro o fuera de este el (inserte la fecha).

M	M	D	D	Y	Y	Y	Y
- Dejé el programa PACE hace poco, el (inserte la fecha).

M	M	D	D	Y	Y	Y	Y
- Recientemente perdí de forma involuntaria mi cobertura acreditable de medicamentos recetados (una cobertura equivalente a la de Medicare). Perdí mi cobertura de medicamentos el (inserte la fecha).

M	M	D	D	Y	Y	Y	Y



- Dejaré la cobertura del empleador o sindicato el (inserte la fecha).

M	M	D	D	Y	Y	Y	Y
- Pertenezco a un programa de asistencia farmacéutica que ofrece mi estado.
- Mi plan cancelará su contrato con Medicare, o Medicare cancelará su contrato con mi plan (inserte la fecha).

M	M	D	D	Y	Y	Y	Y
- Medicare (o mi estado) me inscribió en un plan, y quiero escoger un plan distinto. Mi participación en ese plan comenzó el (inserte la fecha).

M	M	D	D	Y	Y	Y	Y
- Me inscribí en un plan para personas con necesidades especiales (SNP), pero perdí la calificación de necesidades especiales requerida para permanecer en ese plan. Mi inscripción en el SNP se canceló el (inserte la fecha).

M	M	D	D	Y	Y	Y	Y
- Tuve una emergencia o un desastre mayor, como lo declaró la Agencia Federal de Manejo de Emergencias (FEMA) o una entidad gubernamental federal, estatal o local. Una de las otras declaraciones del presente formulario se aplicaba a mí, pero no pude solicitar mi inscripción debido al desastre.
Me perdí el período de inscripción por:

--

Si ninguna de estas afirmaciones se aplica a su caso o no está seguro, comuníquese con Wellcare CalViva Health Dual Align al 1-800-225-8017 para averiguar si es elegible para inscribirse. Los usuarios de TTY deben llamar al 711. Nuestro horario de atención es de lunes a domingo, de 8 a. m. a 8 p. m. (todas las zonas horarias).

De acuerdo con la Ley de Reducción de Trámites de 1995, no se debe responder a una recopilación de información, a menos que presente un número de control válido de la OMB. El número de control válido de la OMB para esta recopilación de información es 0938-1378. Se calcula que el promedio de tiempo necesario para completar esta información es de 20 minutos por respuesta. Esto incluye el tiempo para revisar instrucciones, buscar recursos de datos existentes, recopilar los datos necesarios, y completar y revisar la recopilación de información. Si tiene comentarios sobre la exactitud del tiempo estimado o sugerencias para mejorar este formulario, escriba a esta dirección: CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850.

Debe seguir pagando su prima de Medicare Part B. Sin embargo, el estado cubrirá su prima de la Part B si usted es beneficiario con doble elegibilidad y beneficios completos, siempre que conserve su elegibilidad para Medicaid.

CalViva Health es un plan de atención administrada (MCP) de Medi-Cal y es el plan de salud de iniciativa local para la atención administrada de Medi-Cal en los condados de Fresno, Kings y Madera. CalViva Health es un plan de salud de servicio completo que tiene contrato con el Departamento de Servicios de Atención de Salud (DHCS) para brindar servicios cubiertos por Medi-Cal a las personas inscritas en la atención administrada de Medi-Cal según el modelo de dos planes en todos los códigos postales de los condados de Fresno, Kings y Madera. CalViva Health tiene contrato con Health Net Community Solutions, Inc. sobre una base capitada para brindar y coordinar los servicios cubiertos por Medi-Cal en todos los códigos postales de los condados de Fresno, Kings y Madera. Health Net Community Solutions, Inc. es una subsidiaria de Health Net, LLC y Centene Corporation, y es el administrador contratado del MCP de CalViva Health en todos los códigos postales de los condados de Fresno, Kings y Madera.

