

# Planes Health Net Medicare Advantage Formulario de cancelación de la afiliación



Si usted solicita la cancelación de la afiliación, deberá continuar recibiendo toda su atención médica de Health Net hasta la fecha de vigencia de la cancelación de la afiliación. Comuníquese con nosotros para verificar la cancelación de su afiliación antes de buscar servicios médicos fuera de la red de Health Net. Después de que recibamos este formulario de su parte, le informaremos su fecha de vigencia.

Apellido	Nombre	Inicial del segundo nombre	<input type="checkbox"/> Sr.
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Sra.
			<input type="checkbox"/> Srta.
Número de Medicare			
<input type="text"/>			
Fecha de nacimiento	Sexo	Número de teléfono particular	
<input type="text"/> <input type="text"/> <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			

## Lea con atención y complete la siguiente información antes de firmar y fechar este formulario de cancelación de la afiliación:

Si me he inscrito en otro plan de medicamentos recetados de Medicare o Medicare Advantage, entiendo que Medicare cancelará mi membresía actual en Health Net en la fecha de vigencia de esa nueva inscripción. Comprendo que es posible que no pueda inscribirme en otro plan en este momento. También comprendo que si cancelo mi afiliación en la cobertura de medicamentos recetados de Medicare y deseo contar con cobertura de medicamentos recetados de Medicare en el futuro, es posible que tenga que pagar una prima más alta por esta cobertura.

### Su firma\*

### Fecha

M M D D A A A A

\* O la firma de la persona autorizada para actuar en su nombre conforme a las leyes del estado donde vive. De firmar una persona autorizada (como se describe anteriormente), la firma certifica que:

- 1) Esta persona está autorizada conforme a las leyes estatales para llenar este formulario de cancelación de la afiliación.
- 2) La documentación de esta autoridad estará disponible cuando Health Net o Medicare la soliciten.

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

### Nombre

### Dirección

### Número de teléfono

 -  - 

### Relación con la persona inscrita

**Generalmente, usted podrá cancelar su afiliación en un plan Medicare Advantage únicamente durante el período de inscripción anual que se extiende desde el 15 de octubre hasta el 7 de diciembre de cada año o durante el período de inscripción abierta de Medicare Advantage que se extiende desde el 1 de enero hasta el 31 de marzo de cada año.** Hay excepciones que pueden permitirle cancelar la afiliación 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 elección.

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 al centro/me mudaré al centro/me mudaré del centro a otro lugar el (insertar fecha).

M	M	D	D	A	A	A	A

Me uniré a un Programa de Atención Todo Incluido para Personas de la Tercera Edad (Program of All Inclusive Care for the Elderly, PACE) el (insertar fecha).

M	M	D	D	A	A	A	A

Me uniré a la cobertura de un empleador o sindicato el (insertar fecha).

M	M	D	D	A	A	A	A

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

Si ninguna de estas afirmaciones se aplica a usted o no está seguro, contáctese con Health Net en HMO: 1-800-275-4737 o bien HMO SNP: 1-800-431-9007 (HMO SNP) (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para consultar si es elegible para cancelar la afiliación. 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 a. m. a 8 p. m. Se utilizará un sistema de mensajes fuera del horario de atención, durante los fines de semana y en los días feriados federales.

ATENCIÓN: Si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al HMO: 1-800-275-4737 (TTY: 711), HMO SNP: 1-800-431-9007 (TTY: 711)

注意：如果您說中文，您可以獲得免費的語言協助服務。請致電 HMO: 1-800-275-4737 (聽障電話：711), HMO SNP: 1-800-431-9007 (聽障電話：711)

Health Net tiene un contrato con Medicare para los planes HMO y HMO SNP, y con algunos programas estatales de Medicaid. La inscripción en Health Net depende de la renovación del contrato.