

Formulario de cancelación de la inscripción



Cada miembro que solicite la cancelación de la inscripción debe completar un formulario.

Si solicita la cancelación, debe continuar recibiendo toda la atención médica de Health Net Seniority Plus Employer (HMO) hasta la fecha de entrada en vigor de la cancelación. Comuníquese con nosotros para comprobar que se haya cancelado la inscripción antes de buscar servicios médicos fuera de la red de Health Net Seniority Plus Employer (HMO). Le informaremos cuál es su fecha de entrada en vigor después de haber recibido este formulario de su parte.

Si tiene preguntas, comuníquese con Health Net Seniority Plus Employer (HMO) al 1-800-275-4737 (TTY: 711). Del 1.º de octubre al 31 de marzo, puede llamarnos los 7 días de la semana de 8 a. m. a 8 p. m. Del 1.º de abril al 30 de septiembre, puede llamarnos de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. Fuera del horario de atención, los fines de semana y los feriados nacionales, se utiliza un sistema de mensajería.

PUEDA COMPLETAR ESTE FORMULARIO DESDE SU COMPUTADORA. TAMBIÉN PUEDE IMPRIMIRLO Y COMPLETARLO. EN ESE CASO, UTILICE TINTA NEGRA O AZUL PARA ESCRIBIR SUS RESPUESTAS. RELLENE LAS CASILLAS CON UNA "X".

Apellido _____ Nombre _____ Inicial del segundo nombre _____
Sr. Sra. Srta. Sra./Srta.

N.º de identificación (ID) de suscriptor en Health Net Seniority Plus Employer (HMO) _____

N.º de Medicare _____

Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA) _____ Sexo M F

N.º de teléfono particular _____ N.º de teléfono móvil _____

Dirección de residencia permanente (no se permite un n.º de apartado postal) _____

Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

Dirección de correo si no es la misma que la de residencia permanente (se permite un n.º de apartado postal) _____

Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

Correo electrónico _____

Lea atentamente y complete la siguiente información antes de firmar y fechar este formulario de cancelación de la inscripción.

Si me inscribí en otro plan Medicare Advantage u otro plan de medicamentos recetados de Medicare, entiendo que Medicare cancelará mi membresía actual en Health Net Seniority Plus Employer (HMO) a partir de la fecha de entrada en vigor de la nueva inscripción. Entiendo que no podré inscribirme en otro plan en este momento. También entiendo que, si cancelo mi inscripción en la cobertura de medicamentos recetados de Medicare y quiero obtener esta cobertura en el futuro, es posible que deba pagar una prima más alta, debido a una multa por inscripción tardía en dicha cobertura.

(continúa en la siguiente página)

Entiendo que mi firma (o la firma de la persona que autoricé para que tome decisiones en mi nombre) en este formulario significa que lo he leído y que comprendo su contenido. Si firma un representante autorizado, la firma certifica que dicha persona está habilitada conforme a la ley estatal para completar esta cancelación de la inscripción y que los documentos que avalan dicha autorización estarán disponibles cuando se los solicite.

Firma*: _____ Fecha de hoy: _____

* O la firma de la persona autorizada para tomar decisiones en su nombre conforme a la ley del estado donde vive. Si firma una persona autorizada (según se describió antes), la firma certifica que (1) esta persona está habilitada conforme a la ley estatal para completar esta cancelación de la inscripción y (2) que los documentos que avalan dicha autorización estarán disponibles cuando los soliciten Health Net Seniority Plus Employer (HMO) o Medicare.

Si usted es el representante autorizado, debe firmar en el espacio indicado antes y brindar la siguiente información:

Nombre: _____ Número de teléfono: _____

Dirección: _____ Relación con la persona inscrita: _____

Por lo general, usted puede cancelar la inscripción en un plan Medicare Advantage solo durante el período de inscripción anual, que tiene lugar del 15 de octubre al 7 de diciembre, todos los años, o durante el período de inscripción abierta de Medicare Advantage, del 1.º de enero al 31 de marzo, todos los años.

Hay excepciones que tal vez permitan que usted cancele la inscripción fuera de dicho período. Si tiene preguntas sobre cuándo puede cancelar la inscripción, llame a Servicios al Miembro y solicite ayuda.

SELECCIONE EL MOTIVO DE LA CANCELACIÓN QUE CORRESPONDA A SU CASO.

Lea atentamente las siguientes declaraciones y marque la casilla que corresponda a su caso. Al marcar cualquiera de las siguientes casillas, certifica que, a su leal saber y entender, es elegible para un período de elección.

Recientemente hubo un cambio en mi situación con Medicaid (pasé a calificar para Medicaid, se modificó el nivel de asistencia de Medicaid o perdí la elegibilidad para la cobertura de Medicaid) el _____.

Recientemente hubo un cambio en la Ayuda Adicional (Extra Help) que recibo para pagar la cobertura de medicamentos recetados de Medicare (pasé a calificar para recibir Ayuda Adicional (Extra Help), se modificó el nivel de Ayuda Adicional (Extra Help) que recibo o perdí la elegibilidad para recibir Ayuda Adicional (Extra Help)) el _____.

Cuento con Medicare y Medicaid (o recibo ayuda del estado para pagar las primas de Medicare) o recibo Ayuda Adicional (Extra Help) para pagar la cobertura de medicamentos recetados de Medicare y no me la han modificado.

Estoy por mudarme a un centro de atención a largo plazo, resido actualmente en dicho centro o acabo de salir de uno (por ejemplo, un centro de convalecencia). Me mudé o me mudaré al centro, o salí de este, el _____.

Me inscribiré en un programa PACE el _____.

Me inscribiré en la cobertura de grupo de mi empleador o sindicato el _____, Solicito la cancelación de la inscripción con fecha del _____ y entiendo que esta está sujeta a la aprobación de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS).

Me inscribí en un plan Medicare (o de mi estado) y quiero elegir otro plan. Mi inscripción en aquel plan inició o iniciará el _____.

Si ninguna de estas declaraciones corresponde a su caso o si no está seguro, comuníquese con Health Net Seniority Plus Employer (HMO) al **1-800-275-4737** (TTY: 711) para comprobar si es elegible para la cancelación. Del 1.º de octubre al 31 de marzo, puede llamarnos los 7 días de la semana de 8 a. m. a 8 p. m. Del 1.º de abril al 30 de septiembre, puede llamarnos de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. Fuera del horario de atención, los fines de semana y los feriados nacionales, se utiliza un sistema de mensajería.

SELECCIONE EL MOTIVO POR EL CUAL CANCELA SU INSCRIPCIÓN.

El PCP no pertenece a la red.

El especialista no pertenece a la red.

Los copagos son demasiado altos.

No puedo obtener acceso a un servicio.

La prima es demasiado alta.

No sabía que estaba inscrito en este plan.

Otro _____

Puede enviar el formulario completo a la siguiente dirección:

Health Net of California, Inc.

P.O. Box 10420

Van Nuys, CA 91410

Fax: **1-844-222-3180**



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:

- 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, audio, 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 Member Services at **1-800-275-4737** (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 Member Services 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>**.

Sección 1557: Mensaje de No Discriminación

Notificación de No Discriminación

Health Net cumple con las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discrimina por motivos de raza, color de piel, nacionalidad de origen, edad, discapacidad o sexo.

Health Net:

- Proporciona asistencia y servicios gratuitos a las personas con discapacidades para que puedan comunicarse adecuadamente con nosotros, tales como intérpretes calificados de lengua de señas e información escrita en otros formatos (letra grande, audio, formatos electrónicos accesibles y otros formatos).
- Proporciona servicios lingüísticos gratuitos a personas cuyo idioma principal no es el inglés, tales como intérpretes calificados e información escrita en otros idiomas.

Si necesita estos servicios, llame a Servicios para Miembros al **1-800-275-4737** (TTY: **711**). Desde el 1 de octubre hasta el 31 de marzo, puede llamarnos los 7 días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m. Desde el 1 de abril hasta el 30 de septiembre, puede llamarnos de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. Fuera del horario laboral, los fines de semana y los días festivos federales se utiliza un sistema de mensajería.

Si cree que Health Net no le ha brindado estos servicios o que lo(a) ha discriminado de alguna manera por motivos de raza, color de piel, nacionalidad de origen, edad, discapacidad o sexo, puede presentar una queja formal. Llame al número que aparece más arriba e informe que necesita ayuda para presentar una queja formal. El personal de Servicios para Miembros de Health Net está disponible para ayudarlo(a).

También puede presentar un reclamo sobre derechos civiles ante la Office for Civil Rights del U.S. Department of Health and Human Services, de manera electrónica a través del Portal de Reclamos de la Office for Civil Rights, disponible en **<https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>**, por correo postal o por teléfono a: 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**).

Los formularios de reclamo están disponibles en **<http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>**.

第 1557 條反歧視語言 反歧視通知

Health Net 遵循適用的聯邦民權法律，不會根據種族、膚色、國籍、年齡、殘疾或性別歧視他人。

Health Net：

- 為殘疾人士提供免費輔助和服務，例如：合格手語翻譯員以及其他格式 (大字版、音訊版、無障礙電子版、其他格式) 的書面資訊，以讓其可以有效地與我們溝通。
- 為非以英語為母語的人士提供免費的語言服務，例如：合格口譯員以及其他語言版本的書面資訊。

如果您需要這些服務，請聯絡會員服務部，電話 **1-800-275-4737** (TTY：**711**)。從 10 月 1 日至 3 月 31 日，您可以致電我們的時間為一週 7 天，上午 8 點至晚上 8 點。從 4 月 1 日至 9 月 30 日，您可以致電我們的時間為週一至週五，上午 8 點至晚上 8 點。非服務時間、週末和聯邦假日會由留言系統接聽。

如果您認為 Health Net 未能提供上述服務或基於種族、膚色、國籍、年齡、殘疾或性別等理由而透過其他方式歧視他人，您可致電上列電話號碼提出申訴，並告知對方您需要協助提出申訴；Health Net 的會員服務部將可為您提供協助。

您也可向美國衛生署和公眾服務部民權辦公室提出民權投訴，您可透過民權辦公室的投訴入口網站 <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf> 以電子方式提出投訴，或者透過郵件或電話提出投訴，聯絡資訊如下：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**)。

投訴表格可於此網站 <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html> 取得。

Multi-Language Insert
Multi-language Interpreter Services

Form Approved
OMB# 0938-1421

English: We have free interpreter services to answer any questions you may have about our health or drug plan. To get an interpreter, just call us at **1-800-275-4737** (TTY: **711**). Someone who speaks English/Language can help you. This is a free service.

Spanish: Contamos con los servicios gratuitos de un intérprete para responder las preguntas que tenga sobre nuestro plan de salud o de medicamentos. Para obtener un intérprete, llámenos al **1-800-275-4737** (TTY: **711**). Alguien que habla español puede ayudarle. Este es un servicio gratuito.

Chinese Mandarin: 我们提供免费的口译服务，可解答您对我们的健康或药物计划的有关疑问。如需译员，请拨打 **1-800-275-4737** (TTY: **711**)。您将获得讲汉语普通话的译员的帮助。这是一项免费服务。

Chinese Cantonese: 我們提供免費的口譯服務，可解答您對我們的健康或藥物計劃可能有的任何疑問。如需口譯員服務，請致電 **1-800-275-4737** (TTY: **711**)。會說廣東話的人員可以幫助您。此為免費服務。

Tagalog: May mga libre kaming serbisyo ng interpreter para sagutin ang anumang posible ninyong tanong tungkol sa aming planong pangkalusugan o plano sa gamot. Para kumuha ng interpreter, tawagan lang kami sa **1-800-275-4737** (TTY: **711**). May makakatulong sa inyo na nagsasalita ng Tagalog. Isa itong libreng serbisyo.

French: Nous proposons des services d'interprètes gratuits pour répondre à toutes vos questions sur notre régime de santé ou de médicaments. Pour obtenir les services d'un interprète, appelez-nous au **1-800-275-4737** (TTY: **711**). Quelqu'un parlant français pourra vous aider. Ce service est gratuit.

Vietnamese: Chúng tôi có dịch vụ thông dịch miễn phí để trả lời bất kỳ câu hỏi nào về chương trình sức khỏe hoặc chương trình thuốc của chúng tôi. Để nhận thông dịch viên, chỉ cần gọi chúng tôi theo số điện thoại **1-800-275-4737** (TTY: **711**). Một nhân viên nói tiếng Việt có thể giúp quý vị. Dịch vụ này được miễn phí.

German: Wir bieten Ihnen einen kostenlosen Dolmetschservice, wenn Sie Fragen zu unseren Gesundheits- oder Medikamentenplänen haben. Wenn Sie einen Dolmetscher brauchen, rufen Sie uns unter folgender Telefonnummer an: **1-800-275-4737** (TTY: **711**). Ein deutschsprachiger Mitarbeiter wird Ihnen behilflich sein. Dieser Service ist kostenlos.

Korean: 당사의 건강 또는 의약품 플랜과 관련해서 물어볼 수 있는 모든 질문에 답변하기 위한 무료 통역 서비스가 있습니다. 통역사가 필요한 경우, **1-800-275-4737**(TTY: **711**)번으로 당사에 연락해 주십시오. 한국어를 구사하는 통역사가 도움을 드릴 수 있습니다. 통역 서비스는 무료로 제공됩니다.

Russian: Если у вас возникли какие-либо вопросы о нашем плане медицинского страхования или плане с покрытием лекарственных препаратов, вам доступны бесплатные услуги переводчика. Если вам нужен переводчик, просто позвоните нам по номеру **1-800-275-4737** (TTY: **711**). Вам окажет помощь сотрудник, говорящий на русском языке. Данная услуга бесплатна.

Arabic: نوّقر خدمات ترجمة فورية مجانية للإجابة على أي أسئلة قد تكون لديك حول خطة الصحة أو الدواء الخاصة بنا. للحصول على مترجم فوري، ما عليك سوى الاتصال بنا على الرقم **1-800-275-4737** (TTY: **711**). يمكن أن يساعدك شخص يتحدث العربية. وتتوفر هذه الخدمة بشكل مجاني.

Hindi: हमारे स्वास्थ्य या ड्रग प्लान के बारे में आपके किसी भी सवाल का जवाब देने के लिए, हम मुफ्त में दुभाषिया सेवाएं देते हैं। दुभाषिया सेवा पाने के लिए, बस हमें **1-800-275-4737** (TTY: **711**) पर कॉल करें। हिन्दी में बात करने वाला सहायक आपकी मदद करेगा। यह एक निःशुल्क सेवा है।

Italian: Sono disponibili servizi di interpretariato gratuiti per rispondere a qualsiasi domanda possa avere in merito al nostro piano farmacologico o sanitario. Per usufruire di un interprete, è sufficiente contattare il numero **1-800-275-4737** (TTY: **711**). Qualcuno la assisterà in lingua italiana. È un servizio gratuito.

Portuguese: Temos serviços de intérprete gratuitos para responder a quaisquer dúvidas que possa ter sobre o nosso plano de saúde ou medicação. Para obter um intérprete, contacte-nos através do número **1-800-275-4737** (TTY: **711**). Um falante de português poderá ajudá-lo. Este serviço é gratuito.

French Creole: Nou gen sèvis entèprèt gratis pou reponn nenpòt kesyon ou ka genyen sou plan sante oswa plan medikaman nou an. Pou jwenn yon entèprèt, jis rele nou nan **1-800-275-4737** (TTY: **711**). Yon moun ki pale Kreyòl Ayisyen ka ede w. Se yon sèvis gratis.

Polish: Oferujemy bezpłatną usługę tłumaczenia ustnego, która pomoże Państwu uzyskać odpowiedzi na ewentualne pytania dotyczące naszego planu leczenia lub planu refundacji leków. Aby skorzystać z usługi tłumaczenia ustnego, wystarczy zadzwonić pod numer **1-800-275-4737** (TTY: **711**). Zapewni to Państwu pomoc osoby mówiącej po polsku. Usługa ta jest bezpłatna.

Japanese: 弊社の健康や薬剤計画についてご質問がある場合は、無料の通訳サービスをご利用いただけます。通訳を利用するには、**1-800-275-4737** (TTY : **711**) にお電話ください。日本語の通訳担当者が対応します。これは無料のサービスです。