

# 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 Wellcare By Health Net 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 Wellcare By Health Net. Le informaremos cuál es su fecha de entrada en vigor después de haber recibido este formulario de su parte.

**Si tiene alguna pregunta, comuníquese con Wellcare By Health Net al número que corresponda indicado a continuación. 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. Los usuarios de TTY deben llamar al 711.**

**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 Wellcare By Health Net \_\_\_\_\_

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 Wellcare By Health Net 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 solicite Wellcare By Health Net 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 Wellcare By Health Net al número de teléfono que figura al final de este formulario 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. Los usuarios de TTY deben llamar al 711.

**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.

Otros: \_\_\_\_\_

**Puede enviar el formulario completo la siguiente dirección:**

Wellcare By Health Net  
P.O. Box 10420  
Van Nuys, CA 91410  
Fax: **844-222-3180**



**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 the plan numbers on the following pages. 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 solicitar un intérprete, simplemente llámenos a los números del plan que figuran en las siguientes páginas. 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，请拨打以下页面上的计划号码联系我们。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，請致電下頁的計劃電話號碼。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 mga numero ng plano na nasa mga sumusunod na pahina. May makakatulong sa inyo na nagsasalita ng Tagalog. Isa itong libheng 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, il suffit de nous appeler aux numéros figurant sur les pages suivantes. 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 chương trình ở các trang sau. 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 eine der Telefonnummern auf den folgenden Seiten an. Ein deutschsprachiger Mitarbeiter wird Ihnen behilflich sein. Dieser Service ist kostenlos.

**Korean:** 당사의 건강 또는 의약품 플랜과 관련하여 물어볼 수 있는 모든 질문에 답변하기 위한 무료 통역 서비스가 있습니다. 통역사가 필요한 경우 다음 페이지에 있는 플랜 번호로 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 номерам, представленным на следующих страницах. Вам окажет помощь сотрудник, говорящий на русском языке. Данная услуга бесплатна.

**Arabic:** نوَقِّر 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 أرقام الخطة التي تظهر في الصفحات التالية. 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 अगले पेज पर दिए गए प्लान नंबर 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 i numeri del piano riportati nelle pagine seguenti. 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 dos números do plano nas páginas seguintes. 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 tradiktè nan bouch, annik rele nimewo yo pou plan an ki make sou paj ki annapre yo. 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 podany na kolejnych stronach numer odnoszący się do planu. 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、次からのページに記載されている弊社の計画担当の電話番号にお問い合わせください。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。

## **ALABAMA**

HMO

**1-800-977-7522 (TTY: 711)**  
**wellcarecomplete.com**

## **ARIZONA**

HMO, HMO C-SNP

**1-800-977-7522 (TTY: 711)**  
**wellcare.com/allwellAZ**

HMO D-SNP

**1-844-796-6811 (TTY: 711)**  
**wellcare.com/allwellAZ**

## **ARKANSAS**

HMO

**1-800-977-7522 (TTY: 711)**  
**wellcare.com/allwellAR**

HMO D-SNP

**1-844-796-6811 (TTY: 711)**  
**wellcare.com/allwellAR**

## **CALIFORNIA**

HMO, HMO C-SNP, PPO

**1-800-275-4737 (TTY: 711)**  
**wellcare.com/healthnetCA**

Wellcare CalViva Health Dual Align  
(HMO D-SNP)

**1-833-236-2366 (TTY: 711)**  
**wellcare.com/healthnetCA**

Wellcare Dual Liberty (HMO D-SNP)

**1-800-431-9007**  
**wellcare.com/healthnetCA**

## **DELAWARE**

HMO-POS

**1-800-977-7522 (TTY: 711)**  
**wellcare.com/DE**

HMO-POS D-SNP

**1-844-796-6811 (TTY: 711)**  
**wellcare.com/DE**

## **FLORIDA**

HMO

**1-800-977-7522 (TTY: 711)**  
**wellcarecomplete.com**

## **ILLINOIS**

HMO

**1-800-977-7522 (TTY: 711)**  
**wellcarecomplete.com**

## **INDIANA**

Wellcare Assist (HMO), Wellcare Low  
Premium Open (PPO), Wellcare No Premium  
(HMO), Wellcare No Premium Open (PPO),  
Wellcare Patriot Giveback Open (PPO)

**1-800-977-7522 (TTY: 711)**  
**wellcare.com/allwellIN**

Wellcare Dual Access (HMO D-SNP),  
Wellcare Dual Access Open (PPO D-SNP)

**1-844-796-6811 (TTY: 711)**  
**wellcare.com/allwellIN**

Wellcare Complete No Premium (HMO),  
Wellcare Complete No Premium Open (PPO)

**1-800-977-7522 (TTY: 711)**  
**wellcarecomplete.com**

## **KANSAS**

Wellcare Assist (HMO), Wellcare Giveback (HMO), Wellcare No Premium (HMO), Wellcare No Premium Open (PPO), Wellcare Patriot Giveback Open (PPO)

**1-800-977-7522 (TTY: 711)**

**wellcare.com/allwellKS**

Wellcare Dual Access (HMO D-SNP), Wellcare Dual Liberty (HMO D-SNP), Wellcare Dual Access Open (PPO D-SNP)

**1-844-796-6811 (TTY: 711)**

**wellcare.com/allwellKS**

Wellcare Complete - Giveback (HMO), Wellcare Complete No Premium (HMO), Wellcare Complete No Premium Open (PPO)

**1-800-977-7522 (TTY: 711)**

**wellcarecomplete.com**

## **MICHIGAN**

HMO

**1-800-977-7522 (TTY: 711)**

**wellcarecomplete.com**

HMO D-SNP

**1-844-796-6811 (TTY: 711)**

**wellcarecomplete.com**

## **MISSOURI**

HMO

**1-800-977-7522 (TTY: 711)**

**wellcare.com/allwellMO**

HMO D-SNP

**1-844-796-6811 (TTY: 711)**

**wellcare.com/allwellMO**

## **NEBRASKA**

HMO, PPO

**1-800-977-7522 (TTY: 711)**

**wellcare.com/NE**

HMO D-SNP, PPO D-SNP

**1-844-796-6811 (TTY: 711)**

**wellcare.com/NE**

## **NEVADA**

HMO, HMO C-SNP, PPO

**1-800-977-7522 (TTY: 711)**

**wellcare.com/allwellNV**

HMO D-SNP

**1-844-796-6811 (TTY: 711)**

**wellcare.com/allwellNV**

## **NEW MEXICO**

HMO, PPO

**1-800-977-7522 (TTY: 711)**

**wellcare.com/allwellNM**

HMO D-SNP

**1-844-796-6811 (TTY: 711)**

**wellcare.com/allwellNM**

## **NEW YORK**

HMO, HMO-POS, HMO D-SNP

**1-800-247-1447 (TTY: 711)**

**wellcare.com/fidelisNY**

## **OHIO**

HMO, PPO

**1-800-977-7522 (TTY: 711)**

**wellcare.com/allwelloH**

HMO D-SNP, PPO D-SNP

**1-844-796-6811 (TTY: 711)**

**wellcare.com/allwelloH**



## **OKLAHOMA**

HMO, PPO

**1-800-977-7522 (TTY: 711)**

**wellcare.com/OK**

HMO D-SNP, PPO D-SNP

**1-844-796-6811 (TTY: 711)**

**wellcare.com/OK**

## **OREGON**

HMO

**1-844-582-5177 (TTY: 711)**

**wellcare.com/healthnetOR**

HMO D-SNP

**1-844-867-1156 (TTY: 711)**

**wellcare.com/trilliumOR**

## **PENNSYLVANIA**

HMO, PPO

**1-800-977-7522 (TTY: 711)**

**wellcare.com/allwellPA**

HMO D-SNP, PPO D-SNP

**1-844-796-6811 (TTY: 711)**

**wellcare.com/allwellPA**

## **TEXAS**

Wellcare Complement Assist (HMO),  
Wellcare Giveback (HMO), Wellcare No  
Premium (HMO), Wellcare Patriot No  
Premium (HMO)

**1-800-977-7522 (TTY: 711)**

**wellcare.com/allwellTX**

Wellcare Dual Access Harmony  
(HMO D-SNP), Wellcare Dual Liberty  
Nurture (HMO D-SNP)

**1-844-796-6811 (TTY: 711)**

**wellcare.com/allwellTX**

Wellcare Complete - Giveback (HMO),  
Wellcare Complete No Premium (HMO),  
Wellcare Complete No Premium Open (PPO)

**1-800-977-7522 (TTY: 711)**

**wellcarecomplete.com**

## **WASHINGTON**

PPO

**1-844-582-5177 (TTY: 711)**

**www.wellcare.com/healthnetOR**

## **WISCONSIN**

HMO D-SNP

**1-844-796-6811 (TTY: 711)**

**wellcare.com/allwellWI**

.....