Servicio de Giro Bancario Automático *(ABD) de Health Net*

Para ahorrarle tiempo y dinero

Nos complace ofrecer nuestro conveniente servicio de Giro Bancario Automático (por sus siglas en inglés, ABD), también conocido como Transferencia Electrónica de Fondos (por sus siglas en inglés, EFT), a los afiliados a quienes les facturamos de manera individual.

El servicio de ABD de Health Net facilita el pago de las facturas. Cada prima que se pague a través de este servicio representa un cheque menos que hacer y una factura menos que enviar por correo. Además, si está de viaje, se sentirá tranquilo al saber que se pagarán las primas de Health Net.

¿Cómo me inscribo en el servicio de Giro Bancario Automático (ABD)? Para aprovechar este servicio, simplemente llene el acuerdo de autorización e incluya un cheque en blanco de su cuenta corriente o cuenta de ahorros en el que haya escrito la palabra "VOID" (ANULADO). No presente una boleta de depósito. Si no tiene cheques en su cuenta corriente o cuenta de ahorros, adjunte una carta de su banco con todos los detalles de la cuenta y de la ruta bancaria.

Tenga en cuenta lo siguiente: Debe llenar un formulario de autorización de ABD por separado para cada Formulario de Inscripción que envíe a Health Net. Si los solicitantes comparten la misma cuenta bancaria, llene un formulario de ABD por separado para cada solicitante.

¿Cómo funciona el proceso de ABD? Aproximadamente el día 6 de cada mes, Health Net se comunicará directamente con su banco para deducir la cantidad que corresponde a ese mes. Su estado de cuenta bancario mensual reflejará la cantidad debitada para su prima de Health Net y, mientras este servicio esté en vigencia, usted no recibirá ninguna factura mensual. Una vez que su banco autorice el servicio de ABD, le enviaremos una carta de confirmación que le informará sobre el primer pago deducido de su cuenta. Tenga en cuenta que el procesamiento llevará un mínimo de dos semanas. Continúe pagando sus facturas hasta que reciba la carta de confirmación.

Según el momento del mes en que Health Net reciba este formulario, la deducción del pago de su cuenta puede llevar 1 o 2 ciclos de facturación. Si se recibe un pago manual después de que se haya producido la transferencia bancaria (el día 6 del mes), es posible que se debite de su cuenta una cantidad mayor que el pago de la prima de un mes. Si esto sucede, su estado de cuenta bancario reflejará las primas debitadas de manera manual y automática, y la cantidad correspondiente se acreditará en su cuenta. Sin embargo, si paga manualmente su prima antes del día 6 del mes, puede que su pago se procese y no habrá ningún saldo pendiente para transferir o procesar mediante el ABD.

Health Net®
MEDICARE PROGRAMS

6028559 CA99973-1 (9/13)
N.° de Identificación del Material Y0035_2014_0267_SPN (H0562, H5439, H5520, H6815, H0351)
Aceptado por los CMS 09222013

Health Net®
MEDICARE PROGRAMS

Servicio de Giro Bancario Automático (ABD) *de Health Net*

Indique su plan de Health Net.

(Esta información se puede encontrar en su Resumen de Beneficios o Evidencia de Cobertura [por sus siglas en inglés, EOC]).

Estado: _____ **Nombre del plan:** _____

TOTAL de la prima mensual: $_____

Para comenzar el Servicio de Giro Bancario Automático (ABD): Llene y firme este formulario. Incluya un **cheque en blanco** de su cuenta bancaria en el que haya escrito la palabra "VOID" (ANULADO). No presente una boleta de depósito. (Si no tiene cheques en su cuenta de ahorros, adjunte una carta de su banco con todos los detalles de la cuenta y de la ruta bancaria). El **número de ruta bancaria de ABA** es el número de 9 dígitos que se ubica en la esquina inferior izquierda de su cheque, o puede llamar a su banco para preguntar el número.

Su información personal:			
Nombre:	Inicial del 2.° nombre:	Apellido:	
Dirección particular:			
Ciudad:		Estado:	Código postal:
Dirección postal (si es diferente a la anterior):			
Ciudad:		Estado	Código postal:
Teléfono particular: (___ ___ ___) ___ ___ ___ – ___ ___ ___ ___	Dirección de correo electrónico:		Sexo: ☐ Masculino ☐ Femenino
Fecha de nacimiento: (___ ___/___ ___/___ ___ ___ ___) M M / D D / A A A A	Idioma de preferencia: ☐ Inglés ☐ Otro: _____		
N.° de Medicare:			
N.° del Suscriptor:	N.° de Referencia:		
N.° de cuenta bancaria:		☐ Corriente	☐ Ahorros
Nombre de la institución financiera:			
Dirección de la sucursal:			
N.° de ruta bancaria de ABA:	**Adjunte su cheque anulado aquí** →		

Copia Blanca – Health Net Copia Amarilla – Persona Inscrita

6028559 CA99973-1 (9/13)
N.° de Identificación del Material Y0035_2014_0267_SPN (H0562, H5439, H5520, H6815, H0351)
Aceptado por los CMS 09222013

Por medio del presente documento, autorizo a Health Net y a mi institución financiera mencionada en la página anterior a debitar de mi cuenta bancaria el día 6 de cada mes o alrededor de esa fecha la cantidad del pago de mi prima. Entiendo que la cantidad de mi prima puede variar debido a los cambios en el estado de la inscripción, lo que puede incluir las primas retroactivas adeudadas.

Entiendo que si mi cuenta no tiene suficientes fondos en el momento de debitar la prima, recibiré una carta dentro de los 7 a 10 días hábiles con la facturación de la cantidad adeudada. Las partidas bancarias devueltas debido a fondos insuficientes en el Servicio de Giro Bancario Automático están sujetas a un recargo de $15.00 que se facturará.

Entiendo que esta autorización permanecerá en vigencia hasta que yo le informe por escrito a Health Net mi deseo de no seguir con este servicio.

También entiendo que al cancelar este servicio, no cancelaré mi cobertura médica a menos que lo especifique en mi notificación por escrito a Health Net. Una vez que el Departamento de Facturación de Health Net reciba el aviso, se requiere un período razonable de tiempo (hasta 10 días hábiles) para revocar este acuerdo.

Nombre en letra de molde:	
Firma:	Fecha: (___ ___/___ ___/___ ___ ___ ___) M M / D D / A A A A
Firma del titular de la cuenta:	**Fecha:** (___ ___/___ ___/___ ___ ___ ___) M M / D D / A A A A

Para uso exclusivo de la oficina: confirmación de Giro Bancario Automático

Iniciales del funcionario de cuentas por cobrar: _____

Cantidad de la prima actual que se debitará: $_____ Fecha del primer débito: _____

Copia Blanca – Health Net Copia Amarilla – Persona Inscrita

6028559 CA99973-1 (9/13)
N.° de Identificación del Material Y0035_2014_0267_SPN (H0562, H5439, H5520, H6815, H0351)
Aceptado por los CMS 09222013

Si entrega este formulario de autorización separadamente de su Formulario de Inscripción, llénelo y envíelo por correo a:

Medicare Enrollment
PO Box 10420
Van Nuys, CA 91410

No envíe los pagos a esta dirección.

¿Cómo cancelo el servicio de ABD?
Para cancelar su servicio de ABD, informe a Health Net por escrito a la dirección que aparece en la página anterior o llame al Departamento de Servicios al Cliente. *Tenga presente que al cancelar este servicio no se cancela su cobertura de cuidado de la salud, a menos que usted también solicite específicamente esta cancelación en su carta. Puede cancelar su cobertura de cuidado de la salud sólo* ***durante los períodos de inscripción específicos****.*

Si tiene preguntas adicionales sobre nuestro servicio de ABD, llame al Departamento de Servicios al Afiliado:

Para los afiliados de California, llame al 1-800-275-4737 (TTY/TDD 1-800-929-9955 para las personas con impedimentos auditivos y del habla). (para los planes Health Net Seniority Plus Green (HMO), Health Net Seniority Plus Ruby (HMO), Health Net Ruby Select (HMO), Health Net Healthy Heart (HMO)) o al 1-800-960-4638 (para los planes Health Net Violet (PPO)).

Para los afiliados de Oregon/Washington, llame al 1-888-445-8913 (TTY/TDD 1-800-929-9955 para las personas con impedimentos auditivos y del habla).

Para los afiliados de Arizona, llame al 1-800-977-7522 (TTY/TDD 1-800-977-6757 para las personas con impedimentos auditivos y del habla).

Horario de atención:
de 8:00 a.m. a 8:00 p.m.,
los siete días de la semana.

Health Net tiene un contrato con Medicare para ofrecer planes HMO, PPO y HMO SNP. La inscripción en un plan Health Net Medicare Advantage depende de la renovación del contrato.

Health Net of California, Inc., Health Net Health Plan of Oregon, Inc., Health Net of Arizona, Inc. y Health Net Life Insurance Company son subsidiarias de Health Net, Inc. Health Net es una marca de servicio registrada de Health Net, Inc. Todos los derechos reservados.