

# Solicitud para Grandes Empresas

## Inscripción y cambios en la cobertura de grupo

Los planes médicos son proporcionados por Health Net of California, Inc. Los planes de PPO y HMO son ofrecidos y administrados por Dental Benefit Providers of California, Inc. (DBP). Los planes de la vista están asegurados por Health Net Life Insurance Company y son administrados por EyeMed Vision Care, LLC (“EyeMed”) y Envolv Vision, Inc. Los planes de seguro de vida o de muerte o pérdida de miembros por accidente están asegurados por Health Net Life Insurance Company.

Ni DBP ni EyeMed son filiales de Health Net. Las obligaciones conforme a los planes dentales no son responsabilidad ni están garantizadas por Health Net.

### Le damos la bienvenida a Health Net

#### **Pasos simples para completar el formulario:**

1. Revise los materiales adjuntos en su paquete de inscripción. Asegúrese de comprender las opciones de cobertura que están disponibles para usted a través de su empleador.
- 2a. **Si rechaza la cobertura** para usted o sus dependientes, debe completar la sección 7. No complete ninguna otra sección.
- 2b. **Si acepta la cobertura** para usted o sus dependientes, debe completar las secciones 1, 2, 3, 4 (si corresponde), 5 y 8.

La Ley de Cuidado de Salud Asequible (por sus siglas en inglés, ACA) requiere que Health Net le proporcione al Servicio de Impuestos Internos (por sus siglas en inglés, IRS) una confirmación de la cobertura de atención de salud para usted, como suscriptor, y sus dependientes cubiertos. El IRS utiliza esta información para confirmar que cada afiliado tenga una cobertura esencial mínima. Asegúrese de que su número de Seguro Social y el de cada dependiente que esté inscribiendo sean los correctos. Para obtener más información acerca de la disposición de pago de responsabilidad compartida individual, ingrese en <http://www.irs.gov/uac/Questions-and-Answers-on-the-Individual-Shared-Responsibility-Provision>.

3. Si elige inscribirse en los planes de HMO, ExcelCare HMO, SmartCare HMO, Salud HMO y Más, Salud Mexico, Elect Open Access (EOA), Select POS o Dental HMO, debe seleccionar un grupo médico participante (por sus siglas en inglés, PPG), un médico de atención primaria (por sus siglas en inglés, PCP) o un proveedor dental. Asegúrese de completar los nombres y números tal como aparecen en la herramienta en línea ProviderSearch de Health Net.

**Nota:** Si no elige un PPG, PCP o proveedor dental, se le asignará uno.

4. Si elige inscribirse en un plan de PPO, no es necesario que seleccione un PPG o PCP.
5. Haga una copia de la solicitud completa como constancia. **Si debe corregir algún dato, táchelo y coloque sus iniciales en cada corrección. No utilice un producto para borrar.**

#### Solo para uso administrativo:

**Empresa o grupo actual**  
PO Box 9103  
Van Nuys, CA 91409-9103  
www.healthnet.com

**Nueva empresa o grupo**  
Envíe toda la documentación completa a su agente de seguro o ejecutivo de cuentas designado.



Para ser completado por el empleador	
Nombre del empleador:	
Fecha de entrada en vigor solicitada: / /	N.º de grupo del empleador (médico):
Fecha en la que el empleado comienza a ser elegible: (solo para nuevas contrataciones): <input type="checkbox"/> Igual que la fecha de contratación <input type="checkbox"/> Otra: / /	

**Importante: Imprima todas las secciones en tinta negra. Tiene derecho a consultar el Resumen de Beneficios y Cobertura (por sus siglas en inglés, SBC) antes de elegir un plan. Comuníquese con su empleador si no tiene el SBC para el plan que ha seleccionado.**

### 1. Información del plan de salud (Seleccione la cobertura).

**HMO**

HMO     SmartCare HMO<sup>1</sup>     ExcelCare HMO<sup>2</sup>     Salud HMO y Más<sup>3</sup>     EOA     ExcelCare EOA<sup>2</sup>     Select POS  
 Otro: \_\_\_\_\_

**PPO**

PPO     OOS PPO     HSA-compatible PPO     OOS HSA-compatible PPO     Integrated HSA-compatible PPO  
 Integrated HSA-compatible PPO (opt out)     Integrated HRA-compatible PPO

**Atención dental y de la vista**

Dental (DHMO)     Dental (DPPO)     Vision (PPO)

### 2. Motivo de la solicitud

<input type="checkbox"/> Cambiar de plan <input type="checkbox"/> Cambiar de dirección o nombre <input type="checkbox"/> Quitar dependiente <input type="checkbox"/> Otro: _____ _____	<input type="checkbox"/> Nueva contratación <input type="checkbox"/> Inscripción abierta <b>Período de inscripción especial</b> Fecha del hecho calificador: ___/___/_____ Agregar dependiente: _____	<b>COBRA</b> <input type="checkbox"/> Fecha de entrada en vigor: ___/___/_____ Hecho calificador: _____ Fecha del hecho calificador: ___/___/_____ <input type="checkbox"/> Matrimonio <input type="checkbox"/> Recién nacido/adopción/tutela legal/orden judicial/presunción de paternidad <input type="checkbox"/> Pérdida de la cobertura anterior: ___/___/_____ <input type="checkbox"/> Otro (especifique): _____
---	--	--

### 3. Información personal del empleado

Apellido:	Nombre:	Inicial del segundo nombre:	<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino
Dirección de residencia:	Ciudad:	Estado:	Código postal:
Fecha de nacimiento (dd/mm/aaaa): / /	N.º de Seguro Social/n.º de ID de matrícula consular (requerido para todos los solicitantes):	Cargo:	
N.º de teléfono: ( )	N.º de teléfono laboral: ( )	Dirección de correo electrónico:	
Fecha de contratación: / /	N.º de Dpto.:	Estado civil: <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Pareja doméstica	
Preferiría recibir información sobre el plan y las comunicaciones en: <input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Chino <input type="checkbox"/> Coreano <input type="checkbox"/> Vietnamita			
Grupo médico participante:		Médico de atención primaria:	
N.º de ID de inscripción del PPG/PCP (n.º del PPG de 4 dígitos y n.º del PCP de 6 dígitos):		¿Este es su PCP actual? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Nombre del proveedor de Dental HMO:		N.º de ID del proveedor de Dental HMO:	

<sup>1</sup> Disponible en la totalidad o en parte de los condados de Los Angeles, Marin, Orange, Placer, Riverside, San Bernardino, San Diego, Santa Clara y Santa Cruz.  
<sup>2</sup> Disponible en la totalidad o en parte de los condados de Kern, Los Angeles, Orange, Riverside, San Bernardino, San Diego, San Francisco, Santa Clara, Stanislaus y Ventura.  
<sup>3</sup> Disponible en el condado de Orange y en códigos postales seleccionados de los condados de Kern, Los Angeles, Riverside, San Diego y San Bernardino.

#### 4. Información de la familia: enumere todos los miembros de la familia elegibles para inscribirse

(Adjunte hojas adicionales si es necesario).

Cónyuge/pareja doméstica <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F		Apellido:	Nombre:	Inicial del segundo nombre:	
Dirección de residencia: <input type="checkbox"/> Marque esta casilla si es la misma que la del suscriptor			Ciudad:	Estado:	Código postal:
Fecha de nacimiento (dd/mm/aaaa): / /		N.º de Seguro Social/n.º de ID de matrícula consular (requerido para todos los solicitantes):			
Grupo médico participante:			Médico de atención primaria:		
N.º de ID de inscripción del PPG/PCP (n.º del PPG de 4 dígitos y n.º del PCP de 6 dígitos):				¿Este es su PCP actual? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Nombre del proveedor de Dental HMO:			N.º de ID del proveedor de Dental HMO:		
<input type="checkbox"/> Hijo <input type="checkbox"/> Hija	Con discapacidad: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Apellido:	Nombre:	Inicial del segundo nombre:	
Dirección de residencia: <input type="checkbox"/> Marque esta casilla si es la misma que la del suscriptor			Ciudad:	Estado:	Código postal:
Fecha de nacimiento (dd/mm/aaaa): / /		N.º de Seguro Social/n.º de ID de matrícula consular (requerido para todos los solicitantes):			
Grupo médico participante:			Médico de atención primaria:		
N.º de ID de inscripción del PPG/PCP (n.º del PPG de 4 dígitos y n.º del PCP de 6 dígitos):				¿Este es su PCP actual? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Nombre del proveedor de Dental HMO:			N.º de ID del proveedor de Dental HMO:		
<input type="checkbox"/> Hijo <input type="checkbox"/> Hija	Con discapacidad: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Apellido:	Nombre:	Inicial del segundo nombre:	
Dirección de residencia: <input type="checkbox"/> Marque esta casilla si es la misma que la del suscriptor			Ciudad:	Estado:	Código postal:
Fecha de nacimiento (dd/mm/aaaa): / /		N.º de Seguro Social/n.º de ID de matrícula consular (requerido para todos los solicitantes):			
Grupo médico participante:			Médico de atención primaria:		
N.º de ID de inscripción del PPG/PCP (n.º del PPG de 4 dígitos y n.º del PCP de 6 dígitos):				¿Este es su PCP actual? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Nombre del proveedor de Dental HMO:			N.º de ID del proveedor de Dental HMO:		
<input type="checkbox"/> Hijo <input type="checkbox"/> Hija	Con discapacidad: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Apellido:	Nombre:	Inicial del segundo nombre:	
Dirección de residencia: <input type="checkbox"/> Marque esta casilla si es la misma que la del suscriptor			Ciudad:	Estado:	Código postal:
Fecha de nacimiento (dd/mm/aaaa): / /		N.º de Seguro Social/n.º de ID de matrícula consular (requerido para todos los solicitantes):			
Grupo médico participante:			Médico de atención primaria:		
N.º de ID de inscripción del PPG/PCP (n.º del PPG de 4 dígitos y n.º del PCP de 6 dígitos):				¿Este es su PCP actual? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Nombre del proveedor de Dental HMO:			N.º de ID del proveedor de Dental HMO:		
<input type="checkbox"/> Hijo <input type="checkbox"/> Hija	Con discapacidad: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Apellido:	Nombre:	Inicial del segundo nombre:	
Dirección de residencia: <input type="checkbox"/> Marque esta casilla si es la misma que la del suscriptor			Ciudad:	Estado:	Código postal:
Fecha de nacimiento (dd/mm/aaaa): / /		N.º de Seguro Social/n.º de ID de matrícula consular (requerido para todos los solicitantes):			
Grupo médico participante:			Médico de atención primaria:		
N.º de ID de inscripción del PPG/PCP (n.º del PPG de 4 dígitos y n.º del PCP de 6 dígitos):				¿Este es su PCP actual? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Nombre del proveedor de Dental HMO:			N.º de ID del proveedor de Dental HMO:		

## 5. ¿Usted o sus dependientes tienen otra cobertura de atención de salud?

No  Sí Si la respuesta es "Sí", complete esta sección, incluido Medicare.

<input type="checkbox"/> Titular	Nombre:	Nombre de la otra aseguradora:			Fecha de inicio de la cobertura anterior (dd/mm/aa): / /	
Fecha de finalización de la cobertura anterior (dd/mm/aa): / /	Motivo para finalizar la cobertura:	N.º de grupo/ n.º de identificación de la póliza:	¿Cubre lo siguiente? Atención médica: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Atención dental: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Atención de la vista: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Medicare: <input type="checkbox"/> Parte A <input type="checkbox"/> Parte B	N.º de reclamo de Medicare o de HICN:	

<input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Pareja doméstica	Nombre:	Nombre de la otra aseguradora:			Fecha de inicio de la cobertura anterior (dd/mm/aa): / /	
Fecha de finalización de la cobertura anterior (dd/mm/aa): / /	Motivo para finalizar la cobertura:	N.º de grupo/n.º de identificación de la póliza:	¿Esta es la cobertura principal de su dependiente? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Cubre lo siguiente? Atención médica: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Atención dental: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Atención de la vista: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Medicare: <input type="checkbox"/> Parte A <input type="checkbox"/> Parte B	N.º de reclamo de Medicare o de HICN:

<input type="checkbox"/> Hijo <input type="checkbox"/> Hija	Nombre:	Nombre de la otra aseguradora:			Fecha de inicio de la cobertura anterior (dd/mm/aa): / /	
Fecha de finalización de la cobertura anterior (dd/mm/aa): / /	Motivo para finalizar la cobertura:	N.º de grupo/n.º de identificación de la póliza:	¿Esta es la cobertura principal de su dependiente? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Cubre lo siguiente? Atención médica: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Atención dental: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Atención de la vista: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Medicare: <input type="checkbox"/> Parte A <input type="checkbox"/> Parte B	N.º de reclamo de Medicare o de HICN:

<input type="checkbox"/> Hijo <input type="checkbox"/> Hija	Nombre:	Nombre de la otra aseguradora:			Fecha de inicio de la cobertura anterior (dd/mm/aa): / /	
Fecha de finalización de la cobertura anterior (dd/mm/aa): / /	Motivo para finalizar la cobertura:	N.º de grupo/n.º de identificación de la póliza:	¿Esta es la cobertura principal de su dependiente? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Cubre lo siguiente? Atención médica: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Atención dental: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Atención de la vista: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Medicare: <input type="checkbox"/> Parte A <input type="checkbox"/> Parte B	N.º de reclamo de Medicare o de HICN:

<input type="checkbox"/> Hijo <input type="checkbox"/> Hija	Nombre:	Nombre de la otra aseguradora:			Fecha de inicio de la cobertura anterior (dd/mm/aa): / /	
Fecha de finalización de la cobertura anterior (dd/mm/aa): / /	Motivo para finalizar la cobertura:	N.º de grupo/n.º de identificación de la póliza:	¿Esta es la cobertura principal de su dependiente? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Cubre lo siguiente? Atención médica: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Atención dental: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Atención de la vista: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Medicare: <input type="checkbox"/> Parte A <input type="checkbox"/> Parte B	N.º de reclamo de Medicare o de HICN:

## 6. Seguro de vida grupal temporal, si corresponde

(Adjunte una hoja por separado para beneficiarios adicionales o contingentes).

Cobertura de seguro de vida y muerte o pérdida de miembros por accidente:  Sí  No

Beneficiario del seguro de vida (nombre completo):	Vínculo:	%
Beneficiario del seguro de vida (nombre completo):	Vínculo:	%
Beneficiario del seguro de vida (nombre completo):	Vínculo:	%
Beneficiario del seguro de vida (nombre completo):	Vínculo:	%

## 7. Rechazo de cobertura (Complete esta sección si usted o uno de sus dependientes elegibles rechazan alguna cobertura).

### Información personal del empleado

Apellido:	Nombre:	Inicial del segundo nombre:	N.º de Seguro Social/n.º de ID de matrícula consular:
Rechazo de la cobertura médica para: <input type="checkbox"/> Titular <input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Pareja doméstica <input type="checkbox"/> Dependiente(s) Nombre(s): _____		Motivo: <input type="checkbox"/> Otra cobertura grupal a través de este empleador <input type="checkbox"/> Cobertura individual <input type="checkbox"/> Otra cobertura grupal a través de otro grupo (p. ej., el empleador del cónyuge) <input type="checkbox"/> Otro: _____	
Rechazo de la cobertura dental para: <input type="checkbox"/> Titular <input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Pareja doméstica <input type="checkbox"/> Dependiente(s) Nombre(s): _____		Motivo: <input type="checkbox"/> Otra cobertura grupal a través de este empleador <input type="checkbox"/> Cobertura individual <input type="checkbox"/> Otra cobertura grupal a través de otro grupo (p. ej., el empleador del cónyuge) <input type="checkbox"/> Otro: _____	
Rechazo de la cobertura de la vista para: <input type="checkbox"/> Titular <input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Pareja doméstica <input type="checkbox"/> Dependiente(s) Nombre(s): _____		Motivo: <input type="checkbox"/> Otra cobertura grupal a través de este empleador <input type="checkbox"/> Cobertura individual <input type="checkbox"/> Otra cobertura grupal a través de otro grupo (p. ej., el empleador del cónyuge) <input type="checkbox"/> Otro: _____	

### **SI RECHAZA LA COBERTURA, DETÉNGASE Y LEA CON ATENCIÓN**

He decidido rechazar la cobertura para mí o mis dependientes. Entiendo que es posible que mis dependientes y yo tengamos que esperar para inscribirnos hasta el próximo período de inscripción abierta anual o el período de inscripción especial debido a un hecho calificador. Mi empleador me ha explicado las coberturas disponibles, y he tenido la oportunidad de solicitarlas. Además, al firmar a continuación, certifico que el motivo por el que rechazo la cobertura es adecuado como se indicó en las marcas de verificación anteriores.

Firma del empleado: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
(Firme únicamente si rechaza la cobertura. Si firma por error, tache y coloque sus iniciales).

## 8. Aceptación de cobertura (Firma requerida).

La ley de California prohíbe que las compañías de seguros de salud requieran una prueba de detección de VIH o la usen como condición para obtener la cobertura de seguro de salud.

**RECONOCIMIENTO Y ACUERDO:** Entiendo y estoy de acuerdo en que al inscribirme en Health Net, o DBP, o al aceptar sus servicios, tanto yo como mis dependientes inscritos estamos obligados a comprender y cumplir con los términos, las condiciones y las disposiciones del contrato del plan o de la póliza de seguro.<sup>4</sup> Leí y entendí los términos de esta solicitud. Mi firma a continuación indica que la información suministrada en esta solicitud es verdadera y correcta, y está completa, a mi leal saber y entender, y que yo acepto dichos términos.

**ACUERDO DE ARBITRAJE VINCULANTE:** Yo, el solicitante, entiendo y estoy de acuerdo en que todas y cada una de las disputas entre mi persona (incluido cualquier miembro de mi familia inscrito, heredero o representante personal) y Health Net, excepto las disputas relacionadas con determinaciones adversas de beneficios, según se define en la sección 147.136 del título 45 del Código de Regulaciones Federales, deben ser sometidas a arbitraje individual, vinculante y definitivo, en lugar de a juicio por un tribunal o un jurado, y que estoy renunciando a todos los derechos del arbitraje de clase. Este acuerdo de arbitraje incluye cualquier disputa que surja o se relacione con la *Evidencia de Cobertura* o el *Certificado de Seguro*, o con mi afiliación a Health Net o su cobertura, según lo establecido bajo cualquier teoría legal. Este acuerdo para arbitrar cualquier disputa se aplica incluso si otras partes, como proveedores de atención de salud o sus agentes o empleados, están involucradas en ella. Comprendo que, al aceptar someter todas las disputas a arbitraje individual, vinculante y definitivo, todas las partes, incluida Health Net, están renunciando a su derecho constitucional de que un jurado resuelva la disputa en un tribunal. Asimismo entiendo que las disputas que pueda tener con Health Net relacionadas con reclamos por mala praxis médica (es decir, determinar si algunos de los servicios médicos prestados eran innecesarios, no estaban autorizados o se prestaron de manera incorrecta, negligente o incompetente) también están sujetas a un arbitraje vinculante y definitivo. Sé que la *Evidencia de Cobertura* y el *Certificado de Seguro* incluyen una disposición de arbitraje más detallada. Mi firma a continuación indica que entiendo y acepto los términos de este acuerdo de arbitraje vinculante. Asimismo acepto someter cualquier disputa a arbitraje vinculante en lugar de a un tribunal.

Firma del empleado: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
(Firme únicamente si acepta la cobertura. Si firma por error, tache y coloque sus iniciales).

<sup>4</sup> El "contrato del plan" hace referencia al *Contrato Grupal de Servicios* y a la *Evidencia de Cobertura* de Health Net of California, Inc. o Dental Benefit Providers of California, Inc. La "póliza de seguro" hace referencia al *Certificado de Seguro* y a la *Póliza de Grupo* de Health Net Life Insurance Company.

Comuníquese con Servicios al Afiliado de Health Net a uno de los números gratuitos que aparecen a continuación si necesita ayuda para completar este formulario o si tiene preguntas sobre su cobertura:

Inglés	800-522-0088
Cantonés	877-891-9050
Coreano	877-339-8596
Mandarín	877-891-9053
Español	800-331-1777
Tagalo	877-891-9051
Vietnamita	877-339-8621

Si tiene preguntas sobre su cobertura dental, de la vista o de seguro de vida, llame a estos números:

Atención dental	866-249-2382
Atención de la vista	866-392-6058
Seguro de vida	800-865-6288

Si tiene preguntas relacionadas con el PPG o PCP, llame directamente al PPG. O bien comuníquese con Servicios a Proveedores de Health Net al 800-641-7761.

Puede usar la copia del formulario de inscripción de Health Net como tarjeta de identificación temporal hasta que reciba su tarjeta de identificación permanente.

### ***Atención de emergencia y urgencia***

- Si su situación pone en riesgo la vida o se encuentra en una emergencia haga lo siguiente: Llame al 911 o diríjase al hospital más cercano.
- Si la situación no es tan grave: Si no puede llamar a su médico de atención primaria o grupo médico, o si necesita atención médica de inmediato, vaya al hospital o centro de atención de urgencia más cercano.
- Si se encuentra fuera del área de servicio de su grupo médico, haga lo siguiente: Vaya al hospital o centro médico más cercano, o llame al 911. En todos los casos, comuníquese con su médico de atención primaria o grupo médico participante lo antes posible para informarles sobre su afección.
- Llame al número que figura en su tarjeta de identificación dentro de las 48 horas posteriores a su admisión, o lo antes posible.

### ***Certificación previa***

Usted, como afiliado, es responsable de obtener una certificación para ciertos servicios. Consulte el certificado de su plan para obtener una lista de los servicios que requieren certificación previa.

**Para obtener la certificación previa, llame al 800-522-0088.**

### ***Enfermedades que producen discapacidades***

Si usted o un miembro de su familia tenían alguna discapacidad a la fecha de terminación de la cobertura con una aseguradora de salud anterior, y la pérdida de la cobertura fue a causa de la terminación de la póliza de seguro del empleador, es posible que tenga derecho a una extensión de los beneficios de salud conforme a la sección 10128 del Código de Seguros de California. Según esta ley, la aseguradora anterior retiene la responsabilidad hasta que tenga lugar alguna de las siguientes circunstancias, la que ocurra primero: (a) el afiliado ya no tenga la discapacidad total, (b) se paguen los beneficios máximos de la cobertura de la aseguradora anterior o (c) haya transcurrido un período de 12 meses consecutivos desde la fecha de terminación de la cobertura de la aseguradora anterior.

### ***Productos/entidades***

Health Net of California, Inc. ofrece los siguientes productos: PPO, PPO HSA, HMO, ExcelCare HMO, SmartCare HMO, Salud HMO y Más, Salud Mexico, Elect Open Access (EOA) y Select POS.

Dental Benefit Providers of California, Inc. ofrece los siguientes productos: Dental HMO y PPO.

Health Net Life Insurance Company ofrece los siguientes productos: seguro de vida y de muerte o pérdida de miembros por accidente.

Health Net Life Insurance Company asegura el siguiente producto administrado por EyeMed Vision Care, LLC y Envolve Vision, Inc.: PPO Vision.

### ***Rechazo de cobertura***

Si rechaza la cobertura para usted o un dependiente elegible porque tienen cobertura conforme a otro seguro de salud y pierden dicha cobertura, o si adquiere un dependiente nuevo debido a matrimonio, convivencia en pareja, nacimiento, adopción, colocación en adopción o presunción de paternidad, es posible que usted o su dependiente sean elegibles para obtener derechos para la inscripción especial. Debe solicitar la inscripción especial dentro de los 30 días posteriores a la pérdida de la cobertura o la adquisición de un dependiente nuevo.

## Aviso de No Discriminación

Además de cumplir con los requisitos de no discriminación del estado de California (tal como se describe en los documentos de cobertura de beneficios), Health Net of California, Inc. y Health Net Life Insurance Company (Health Net) cumplen con las leyes federales vigentes sobre derechos civiles y no discriminan, excluyen ni tratan a las personas de forma diferente por motivos de origen racial, color, nacionalidad, ascendencia, religión, estado civil, género, identidad de género, atención relacionada con la afirmación de género, orientación sexual, edad, discapacidad o sexo.

### HEALTH NET:

- Brinda herramientas y servicios gratuitos a personas con discapacidades para comunicarse eficazmente con nosotros, como intérpretes calificados de lengua de señas e información por escrito en otros formatos (letra grande, formatos electrónicos accesibles y otros).
- Ofrece servicios de idioma gratuitos a personas cuyo idioma principal no es el inglés, como intérpretes calificados e información escrita en otros idiomas.

Si necesita estos servicios, llame al Centro de Comunicación con el Cliente de Health Net por teléfono a los siguientes números: **Si es afiliado de un plan individual y familiar que pertenece al Mercado de Seguros de Salud o a Covered California**, llame al 1-888-926-4988 (TTY: 711).

**Si es afiliado de un plan individual y familiar que no pertenece al Mercado de Seguros de Salud**, llame al 1-800-839-2172 (TTY: 711).

**Si es solicitante de un plan individual y familiar**, llame al 1-877-609-8711 (TTY: 711).

**Para planes grupales a través de Health Net**, llame al 1-800-522-0088 (TTY: 711).

Si cree que Health Net no le ha brindado estos servicios o que le ha discriminado de alguna otra manera por uno de los motivos enumerados anteriormente, puede presentar una queja formal. Llame al Centro de Comunicación con el Cliente de Health Net al número que aparece más arriba para informar que necesita ayuda para presentar esta queja formal. El Centro de Comunicación con el Cliente de Health Net está disponible para ayudarle a presentar una queja formal. También puede presentarla por correo, fax o correo electrónico:

Health Net of California, Inc./Health Net Life Insurance Company Appeals & Grievances  
PO Box 10348, Van Nuys, CA 91410-0348

Fax: 1-877-831-6019

Correo electrónico: [Member.Discrimination.Complaints@healthnet.com](mailto:Member.Discrimination.Complaints@healthnet.com) (afiliados) o  
[Non-Member.Discrimination.Complaints@healthnet.com](mailto:Non-Member.Discrimination.Complaints@healthnet.com) (solicitantes)

En el caso de los planes de HMO, HSP, PPO, EOA y POS que se ofrecen a través de Health Net of California, Inc.: Si tiene un problema de salud urgente y ya presentó una queja ante Health Net of California, Inc., pero no está conforme con la decisión que se tomó, o si pasaron más de 30 días desde que presentó la queja ante Health Net of California, Inc., puede presentar un formulario de revisión médica independiente o un formulario de quejas ante el Departamento de Atención Médica Administrada (por sus siglas en inglés, DMHC). Para presentar el formulario de quejas, llame a la mesa de ayuda del DMHC al 1-888-466-2219 (TDD: 1-877-688-9891) o visite [www.dmhc.ca.gov/FileaComplaint](http://www.dmhc.ca.gov/FileaComplaint).

En el caso de los planes de EPO y PPO asegurados por Health Net Life Insurance Company: Puede presentar una queja llamando al Departamento de Seguros de California al 1-800-927-4357 o visitando <https://www.insurance.ca.gov/01-consumers/101-help/index.cfm>.

Si cree que le discriminaron por motivos de origen racial, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo, también puede presentar una queja sobre los derechos civiles a la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU. Puede hacerlo de manera electrónica, a través del portal que dicha oficina tiene para este tipo de quejas, <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, por correo o por teléfono: 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 quejas están disponibles en <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.



## English

No Cost Language Services. You can get an interpreter. You can get documents read to you and some sent to you in your language. For help, if you have an ID card, please call the Customer Contact Center number. Employer group applicants please call Health Net's Commercial Contact Center at 1-800-522-0088 (TTY: 711). Individual & Family Plan (IFP) applicants please call 1-877-609-8711 (TTY: 711).

## Arabic

خدمات لغوية مجانية. يمكننا أن نوفر لك مترجم فوري. ويمكننا أن نقرأ لك الوثائق بلغتك. للحصول على المساعدة، يرجى الاتصال برقم مركز خدمة العملاء المبين على بطاقتك. فيما يتعلق بمقدمي طلبات مجموعة صاحب العمل، يرجى التواصل مع مركز الاتصال التجاري في Health Net عبر الرقم: 1-800-522-0088 (TTY: 711). فيما يتعلق بمقدمي طلبات خطة الأفراد والعائلة، يرجى الاتصال بالرقم 1-877-609-8711 (TTY: 711).

## Armenian

Անվճար լեզվական ծառայություններ: Դուք կարող եք բանավոր թարգմանիչ ստանալ: Փաստաթղթերը կարող են կարդալ ձեր լեզվով: Եթե ID քարտ ունեք, օգնության համար խնդրում ենք զանգահարել Հաճախորդների սպասարկման կենտրոնի հեռախոսահամարով: Գործատուի խմբի դիմորդներին խնդրում ենք զանգահարել Health Net-ի Կոմերցիոն սպասարկման կենտրոն՝ 1-800-522-0088 հեռախոսահամարով (TTY՝ 711): Individual & Family Plan (IFP) դիմորդներին խնդրում ենք զանգահարել 1-877-609-8711 հեռախոսահամարով (TTY՝ 711):

## Chinese

免費語言服務。您可使用口譯員服務。您可請人將文件唸給您聽並請我們將某些文件翻譯成您的語言寄給您。如需協助且如果您有會員卡，請撥打客戶聯絡中心電話號碼。雇主團保計畫的申請人請撥打 1-800-522-0088（聽障專線：711）與 Health Net 私人保險聯絡中心聯絡。Individual & Family Plan (IFP) 的申請人請撥打 1-877-609-8711（聽障專線：711）。

## Hindi

बिना शुल्क भाषा सेवाएं। आप एक दुभाषिया प्राप्त कर सकते हैं। आप दस्तावेजों को अपनी भाषा में पढ़वा सकते हैं। मदद के लिए, यदि आपके पास आईडी कार्ड है तो कृपया ग्राहक संपर्क केंद्र के नंबर पर कॉल करें। नियोजित सामूहिक आवेदक कृपया हेल्थ नेट के कमर्शियल संपर्क केंद्र को 1-800-522-0088 (TTY: 711) पर कॉल करें। व्यक्तिगत और फैमिली प्लान (आईएफपी) आवेदक कृपया 1-877-609-8711 (TTY: 711) पर कॉल करें।

## Hmong

Tsis Muaj Tus Nqi Pab Txhais Lus. Koj tuaj yeem tau txais ib tus kws pab txhais lus. Koj tuaj yeem muaj ib tus neeg nyeem cov ntaub ntawv rau koj ua koj hom lus hais. Txhawm rau pab cuam, yog tias koj muaj daim npav ID, thov hu rau Neeg Qhua Lub Chaw Tiv Toj tus npawb. Tus tswv ntiav neeg ua haujlwm pab pawg sau ntawv thov ua haujlwm thov hu rau Health Net Qhov Chaw Tiv Toj Kev Lag Luam ntawm 1-800-522-0088 (TTY: 711). Tus Neeg thiab Tsev Neeg Qhov Kev Npaj (IFP) cov neeg thov ua haujlwm thov hu rau 1-877-609-8711 (TTY: 711).

## Japanese

無料の言語サービスを提供しております。通訳者もご利用いただけます。日本語で文書をお読みすることも可能です。ヘルプについては、IDカードをお持ちの場合は顧客連絡センターまでお電話ください。雇用主を通じた団体保険の申込者の方は、Health Netの顧客連絡センター（1-800-522-0088、TTY: 711）までお電話ください。個人・家族向けプラン（IFP）の申込者の方は、1-877-609-8711（TTY: 711）までお電話ください。

**Khmer**

សេវាកាសាដោយឥតគិតថ្លៃ។ លោកអ្នកអាចទទួលបានអ្នកបកប្រែផ្ទាល់មាត់។ លោកអ្នកអាចស្តាប់គេអានឯកសារឱ្យ  
លោកអ្នកជាភាសារបស់លោកអ្នក។ សម្រាប់ជំនួយ ប្រសិនបើលោកអ្នកមានបំណុលសម្គាល់ខ្លួន សូមហៅទូរស័ព្ទទៅកាន់  
លេខរបស់មជ្ឈមណ្ឌលទំនាក់ទំនងអតិថិជន។ អ្នកដាក់ពាក្យសុំគម្រោងជាក្រុមដែលជាបុគ្គលិក សូមហៅទូរស័ព្ទទៅ  
កាន់មជ្ឈមណ្ឌលទំនាក់ទំនងរបស់ Health Net តាមរយៈលេខ 1-800-522-0088 (TTY: 711)។ អ្នកដាក់ពាក្យសុំ  
គម្រោងជាលក្ខណៈបុគ្គល និងក្រុមគ្រួសារ (IFP) សូមហៅទូរស័ព្ទទៅកាន់លេខ 1-877-609-8711 (TTY: 711)។

**Korean**

무료 언어 서비스입니다. 통역 서비스를 받으실 수 있습니다. 문서 낭독 서비스를 받으실 수 있으며  
일부 서비스는 귀하가 구사하는 언어로 제공됩니다. 도움이 필요하시면 ID 카드에 수록된 번호로  
고객서비스 센터에 연락하십시오. 고용주 그룹 신청인의 경우 Health Net의 상업 고객서비스 센터에  
1-800-522-0088(TTY: 711)번으로 전화해 주십시오. 개인 및 가족 플랜(IFP) 신청인의 경우  
1-877-609-8711(TTY: 711)번으로 전화해 주십시오.

**Navajo**

Doo bą́ą́h ílínígóó saad bee háká ada'iiyeed. Ata' halne'ígíí da ła' ná hádííóót'ííł. Naaltsos da t'áá  
shí shizaad k'ehjí shichí' yídooltaah nínízingo t'áá ná ákódoolnííł. Ákót'éego shíká a'doowoł nínízingo  
Customer Contact Center hoolyééhíjí' hodíílnih ninaaltsos nanítingo bee néého'dolzinígíí hodoonihjí'  
bikáá'. Naaltsos nehiltsóosgo naanish bá dahikahígíí éí kojí' hodíílnih Health Net's Commercial  
Contact Center 1-800-522-0088 (TTY: 711). T'áá hó dóó ha'áłchíní (IFP) báhígíí éí kojí' hojilnih  
1-877-609-8711 (TTY: 711).

**Persian (Farsi)**

خدمات زبان بدون هزینه. می توانید یک مترجم شفاهی بگیرید. می توانید درخواست کنید اسناد به زبان شما برایتان خوانده شوند. برای  
دریافت کمک، اگر کارت شناسایی دارید، لطفاً با شماره مرکز تماس مشتریان تماس بگیرید. متقاضیان گروه کارفرما لطفاً با مرکز تماس  
تجاری Health Net به شماره 1-800-522-0088 (TTY:711) تماس بگیرید. متقاضیان طرح فردی و خانوادگی (IFP)\* لطفاً با  
شماره 1-877-609-8711 (TTY:711) تماس بگیرید.

**Panjabi (Punjabi)**

ਬਿਨਾਂ ਕਿਸੇ ਲਾਗਤ ਵਾਲੀਆਂ ਭਾਸ਼ਾ ਸੇਵਾਵਾਂ। ਤੁਸੀਂ ਇੱਕ ਦੁਭਾਸ਼ੀਏ ਦੀ ਸੇਵਾ ਹਾਸਲ ਕਰ ਸਕਦੇ ਹੋ। ਤੁਹਾਨੂੰ ਦਸਤਾਵੇਜ਼ ਤੁਹਾਡੀ ਭਾਸ਼ਾ  
ਵਿੱਚ ਪੜ੍ਹ ਕੇ ਸੁਣਾਏ ਜਾ ਸਕਦੇ ਹਨ। ਮਦਦ ਲਈ, ਜੇ ਤੁਹਾਡੇ ਕੋਲ ਇੱਕ ਆਈਡੀ ਕਾਰਡ ਹੈ, ਤਾਂ ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ ਗਾਹਕ ਸੰਪਰਕ  
ਕੇਂਦਰ ਨੰਬਰ ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ। ਮਾਲਕ ਦਾ ਗਰੁੱਪ ਬਿਨੈਕਾਰ, ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ ਹੈਲਥ ਨੈੱਟ ਦੇ ਵਪਾਰਕ ਸੰਪਰਕ ਕੇਂਦਰ ਨੂੰ  
1-800-522-0088 (TTY: 711) 'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ। ਵਿਅਕਤੀਗਤ ਅਤੇ ਪਰਿਵਾਰਕ ਯੋਜਨਾ (IFP) ਬਿਨੈਕਾਰਾਂ ਨੂੰ ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ  
1-877-609-8711 (TTY: 711) 'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ।

**Russian**

Бесплатная помощь переводчиков. Вы можете получить помощь переводчика. Вам могут прочитать  
документы на Вашем родном языке. Если Вам нужна помощь и у Вас при себе есть карточка  
участника плана, звоните по телефону Центра помощи клиентам. Участники коллективных планов,  
предоставляемых работодателем: звоните в коммерческий центр помощи Health Net по телефону  
1-800-522-0088 (TTY: 711). Участники планов для частных лиц и семей (IFP): звоните по телефону  
1-877-609-8711 (TTY: 711).

## **Spanish**

Servicios de idiomas sin costo. Puede solicitar un intérprete, obtener el servicio de lectura de documentos y recibir algunos en su idioma. Para obtener ayuda, si tiene una tarjeta de identificación, llame al número del Centro de Comunicación con el Cliente. Los solicitantes del grupo del empleador deben llamar al Centro de Comunicación Comercial de Health Net, al 1-800-522-0088 (TTY: 711). Los solicitantes de planes individuales y familiares deben llamar al 1-877-609-8711 (TTY: 711).

## **Tagalog**

Walang Bayad na Mga Serbisyo sa Wika. Makakakuha kayo ng interpreter. Makakakuha kayo ng mga dokumento na babasahin sa inyo sa inyong wika. Para sa tulong, kung mayroon kayong ID card, mangyaring tumawag sa numero ng Customer Contact Center. Para sa mga grupo ng mga aplikante ng tagapag-emplo, mangyaring tumawag sa Commercial Contact Center ng Health Net sa 1-800-522-0088 (TTY: 711). Para sa mga aplikante ng Planong Pang-individuwal at Pampamilya (Individual & Family Plan, IFP), mangyaring tumawag sa 1-877-609-8711 (TTY: 711).

## **Thai**

ไม่มีค่าบริการด้านภาษา คุณสามารถใช้ล่ามได้ คุณสามารถให้อ่านเอกสารให้ฟังเป็นภาษาของคุณได้ หากต้องการความช่วยเหลือ และคุณมีบัตรประจำตัว โปรดโทรหมายเลขศูนย์ลูกค้าสัมพันธ์ ผู้สมัครกลุ่มนายจ้าง โปรดโทรหาศูนย์ลูกค้าสัมพันธ์เชิงพาณิชย์ของ Health Net ที่หมายเลข 1-800-522-0088 (โทรมด TTY: 711) ผู้สมัครแผนบุคคลและครอบครัว (Individual & Family Plan: IFP) โปรดโทร 1-877-609-8711 (โทรมด TTY: 711)

## **Vietnamese**

Các Dịch Vụ Ngôn Ngữ Miễn Phí. Quý vị có thể có một phiên dịch viên. Quý vị có thể yêu cầu được đọc cho nghe tài liệu bằng ngôn ngữ của quý vị. Để được giúp đỡ, nếu quý vị có thẻ ID, vui lòng gọi đến số điện thoại của Trung Tâm Liên Lạc Khách Hàng. Những người nộp đơn xin bảo hiểm nhóm qua hãng sở vui lòng gọi Trung Tâm Liên Lạc Thương Mại của Health Net theo số 1-800-522-0088 (TTY: 711). Người nộp đơn thuộc Chương Trình Cá Nhân & Gia Đình (IFP), vui lòng gọi số 1-877-609-8711 (TTY: 711).

