

# Solicitud de Cambio e Inscripción Grupal



Los planes Médicos y de Seguro de Vida/AD&D son proporcionados por Health Net of California, Inc. y/o Health Net Life Insurance Company (juntas son "Health Net"). Los planes dentales de HMO, que no sean planes dentales pediátricos, son ofrecidos y administrados por Dental Benefit Providers of California, Inc., y los planes de seguro dentales de PPO y de indemnización, que no sean planes dentales pediátricos, están asegurados por Unimerica Life Insurance Company y son administrados por Dental Benefit Administrative Services (juntas son "DBP"). Los planes de la vista, que no sean planes de la vista pediátricos, están asegurados por Health Net Life Insurance Company y cuentan con los servicios de EyeMed Vision Care, LLC ("EyeMed") y Envolve Vision, Inc.

Los planes dentales pediátricos de HMO son proporcionados por Health Net of California, Inc. Los planes dentales pediátricos de PPO y de indemnización son proporcionados por Health Net Life Insurance Company.

Ni DBP ni EyeMed están afiliadas a Health Net. Las obligaciones conforme a los planes dentales, que no sean planes dentales pediátricos, no son obligaciones de Health Net ni están garantizadas por dicha compañía.

## Bienvenido a Health Net

### PASOS SIMPLES PARA COMPLETAR EL FORMULARIO:

1. Revise los materiales incluidos en su paquete de inscripción. Asegúrese de comprender las opciones de cobertura que están disponibles para usted a través de su empleador.
- 2a. **Si usted rechaza la cobertura** para usted y/o sus dependientes, se requiere que complete la sección 7. No llene ninguna otra sección.
- 2b. **Si usted acepta la cobertura** para usted y/o sus dependientes, se requiere que complete las secciones 1, 2, 3, 5 y 8.

La Ley de Cuidado de Salud Asequible (por sus siglas en inglés, ACA) exige a Health Net que proporcione al Servicio de Rentas Internas (por sus siglas en inglés, IRS) una confirmación de cobertura de atención de salud para usted, como el suscriptor, y sus dependientes cubiertos. El IRS utiliza esta información para confirmar que cada afiliado cuenta con la cobertura esencial mínima. Le solicitamos que proporcione un número de Seguro Social (por sus siglas en inglés, SSN) o número de Identificación Fiscal (por sus siglas en inglés, TIN) exacto, tanto para usted como para cada uno de los dependientes que inscribirá. Se solicita un N.º de Identificación de Matrícula para cualquier persona inscrita que resida en México cuando se inscribe en un plan Salud HMO y Más. Si desea obtener más información acerca de la disposición sobre el pago de la responsabilidad compartida individual, vaya a <http://www.irs.gov/uac/Questions-and-Answers-on-the-Individual-Shared-Responsibility-Provision>.

3. Si elige inscribirse en los planes Full HMO, WholeCare HMO, CommunityCare HMO, SmartCare HMO, Salud HMO y Más, PureCare HSP o Dental HMO (DHMO), debe seleccionar su grupo médico participante (por sus siglas en inglés, PPG), médico de atención primaria (por sus siglas en inglés, PCP) o proveedor dental. Asegúrese de completar los nombres y números como aparecen en la herramienta en línea Búsqueda de Proveedores de Health Net.

**Nota:** Si usted no selecciona un PPG, un PCP y/o un proveedor dental, se seleccionará uno en su nombre.

4. Si elige inscribirse en un plan de seguro de PPO, no es necesario que seleccione un PPG ni un PCP para inscribirse.
5. Haga una copia de la solicitud completada para sus registros. **Si es necesario hacer una corrección, tache y coloque sus iniciales en cada corrección. No utilice corrector líquido.**

### PARA USO ADMINISTRATIVO ÚNICAMENTE:

#### Empresa/Grupo Existente

PO Box 9103  
Van Nuys, CA 91409-9103  
www.healthnet.com

#### Empresa/Grupo Nuevo

Envíe toda la documentación completada a su ejecutivo de cuentas o agente de seguro médico designado.

**Esta página se ha dejado en blanco intencionalmente.**



Health Net®

PARA SER COMPLETADO POR EL EMPLEADOR	
Nombre del empleador:	
Fecha de vigencia solicitada:	Número del grupo del empleador (seguro médico):
Fecha de elegibilidad del empleado (nueva contratación únicamente):	
<input type="checkbox"/> La misma que la fecha de contratación <input type="checkbox"/> Otra: _____	

**Importante:** Escriba en todas las secciones con letra de molde y tinta negra. Tiene derecho a ver un 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 sobre los planes de salud (Todos los planes médicos incluyen cobertura dental y de la vista pediátrica.)

RED HMO COMPLETA <sup>1</sup>			RED SMARTCARE HMO <sup>2</sup>		
<b>Platinum</b> <input type="checkbox"/> \$0 <input type="checkbox"/> \$10 <input type="checkbox"/> \$20 <input type="checkbox"/> \$30	<b>Gold</b> <input type="checkbox"/> \$30 <input type="checkbox"/> \$35 <input type="checkbox"/> \$40 <input type="checkbox"/> \$50	<b>Silver</b> <input type="checkbox"/> \$50	<b>Platinum</b> <input type="checkbox"/> \$0 <input type="checkbox"/> \$10 <input type="checkbox"/> \$20 <input type="checkbox"/> \$30	<b>Gold</b> <input type="checkbox"/> \$30 <input type="checkbox"/> \$35 <input type="checkbox"/> \$40 <input type="checkbox"/> \$50	<b>Silver</b> <input type="checkbox"/> \$50
RED WHOLECARE HMO <sup>1</sup>			RED SALUD HMO Y MÁS <sup>3</sup>		
<b>Platinum</b> <input type="checkbox"/> \$0 <input type="checkbox"/> \$10 <input type="checkbox"/> \$20 <input type="checkbox"/> \$30	<b>Gold</b> <input type="checkbox"/> \$30 <input type="checkbox"/> \$35 <input type="checkbox"/> \$40 <input type="checkbox"/> \$50	<b>Silver</b> <input type="checkbox"/> \$50	<b>Platinum</b> <input type="checkbox"/> \$0 <input type="checkbox"/> \$10 <input type="checkbox"/> \$20 <input type="checkbox"/> \$30	<b>Gold</b> <input type="checkbox"/> \$30 <input type="checkbox"/> \$35 <input type="checkbox"/> \$40 <input type="checkbox"/> \$50	<b>Silver</b> <input type="checkbox"/> \$50
RED COMMUNITYCARE HMO <sup>4</sup>					
<b>Silver</b> <input type="checkbox"/> \$1750/\$50		<b>Bronze</b> <input type="checkbox"/> CommunityCare Bronze 60 HMO 6300/65 + Cob. Dental Ped.			
RED PURECARE HSP <sup>1</sup>					
<input type="checkbox"/> PureCare Platinum 90 HSP 0/15 + Cob. Dental Ped. <input type="checkbox"/> PureCare Gold 80 HSP 350/25 + Cob. Dental Ped.			<input type="checkbox"/> PureCare Silver 70 HSP 2250/50 + Cob. Dental Ped. <input type="checkbox"/> PureCare Bronze 60 HSP 6300/65 + Cob. Dental Ped.		
RED PPO COMPLETA			RED ENHANCEDCARE PPO <sup>5</sup>		
<input type="checkbox"/> Platinum 90 PPO 0/15 + Cob. Dental Ped. <input type="checkbox"/> Platinum 90 PPO 250/15 + Cob. Dent. Ped. Alt. <input type="checkbox"/> Gold 80 PPO 0/30 + Cob. Dent. Ped. Alt. <input type="checkbox"/> Gold 80 PPO 350/25 + Cob. Dental Ped. <input type="checkbox"/> Gold 80 PPO 500/20 + Cob. Dent. Ped. Alt. <input type="checkbox"/> Gold 80 PPO 1000/30 + Cob. Dent. Ped. Alt. <input type="checkbox"/> Gold 80 PPO 1500/0 + Cob. Dent. Ped. Alt. <input type="checkbox"/> Gold 80 Value PPO 750/15 + Cob. Dent. Ped. Alt. <input type="checkbox"/> Silver 70 PPO 2250/50 + Cob. Dental Ped. <input type="checkbox"/> Silver 70 PPO 2250/55 + Cob. Dent. Ped. Alt. <input type="checkbox"/> Silver 70 HDHP PPO 1400/40% + Cob. Dent. Ped. Alt. <input type="checkbox"/> Silver 70 Value PPO 1700/50 + Cob. Dent. Ped. Alt. <input type="checkbox"/> Bronze 60 PPO 6300/65 + Cob. Dental Ped.			<input type="checkbox"/> EnhancedCare Platinum 90 PPO 250/15 + Cob. Dent. Ped. Alt. <input type="checkbox"/> EnhancedCare Gold 80 PPO 0/30 + Cob. Dent. Ped. Alt. <input type="checkbox"/> EnhancedCare Gold 80 PPO 500/20 + Cob. Dent. Ped. Alt. <input type="checkbox"/> EnhancedCare Gold 80 PPO 1000/30 + Cob. Dent. Ped. Alt. <input type="checkbox"/> EnhancedCare Gold 80 PPO 1500/0 + Cob. Dent. Ped. Alt. <input type="checkbox"/> EnhancedCare Gold 80 Value PPO 750/15 + Cob. Dent. Ped. Alt. <input type="checkbox"/> EnhancedCare Silver 70 PPO 2250/55 + Cob. Dent. Ped. Alt. <input type="checkbox"/> EnhancedCare Silver 70 HDHP PPO 1400/40% + Cob. Dent. Ped. Alt. <input type="checkbox"/> EnhancedCare Silver 70 Value PPO 1700/50 + Cob. Dent. Ped. Alt.		

#### OTRO/S PLAN/ES:

\_\_\_\_\_

PLANES DENTALES (DHMO)	PLANES DENTALES (DPPO)	PLANES DE LA VISTA (PPO)
<input type="checkbox"/> HN Plus 150 <input type="checkbox"/> HN Plus 225	<input type="checkbox"/> Classic 5 1500 (c/ ortod.) <input type="checkbox"/> Essential 2 1000 <input type="checkbox"/> Essential 6 1500 <input type="checkbox"/> Classic 4 1500 <input type="checkbox"/> Essential 5 1500 (c/ ortod.)	<input type="checkbox"/> Elite 1010-1 <input type="checkbox"/> Supreme 010-2 <input type="checkbox"/> Preferred 1025-2 <input type="checkbox"/> Preferred 1025-3 <input type="checkbox"/> Preferred Value 10-3 <input type="checkbox"/> Plus 20-1 <input type="checkbox"/> Examen Únicamente

### 2. Motivo de la solicitud

<input type="checkbox"/> Cambio de plan <input type="checkbox"/> Cambio de dirección/ nombre <input type="checkbox"/> Eliminar dependiente (enumere los nombres a continuación) <input type="checkbox"/> Otro: _____	<input type="checkbox"/> Nueva contratación <input type="checkbox"/> Inscripción Abierta <b>Período de Inscripción Especial</b> Fecha del evento que califica: ___/___/___	<input type="checkbox"/> <b>COBRA</b> <sup>6</sup> Fecha de vigencia: ___/___/___ Evento que califica: _____ Fecha del evento que califica: ___/___/___
	Agregar dependiente: <input type="checkbox"/> Matrimonio <input type="checkbox"/> Recién nacido/Adopción/Tutela legal/Orden judicial/Asunción de una relación padre-hijo <input type="checkbox"/> Pérdida de cobertura anterior <input type="checkbox"/> Relación de pareja doméstica <input type="checkbox"/> Otro (especifique): _____	

Nombre del empleado: \_\_\_\_\_

Últimos 4 dígitos del N.º de Seguro Social/TIN: \_\_\_\_\_

**3. INFORMACIÓN PERSONAL SOBRE EL EMPLEADO**

Apellido:		Nombre:		Inicial del 2.º nombre:	<input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer
Dirección de residencia:					
Ciudad:		Estado:	Código postal:	Condado:	
Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa):	N.º de Seguro Social/TIN/N.º de Identificación de Matrícula:		Cargo laboral:		
N.º de teléfono: ( )	N.º de teléfono del trabajo: ( )		Dirección de correo electrónico:		
Fecha de contratación: / /	N.º de Dpto.:		Estado civil: <input type="checkbox"/> Soltero/a <input type="checkbox"/> Casado/a <input type="checkbox"/> Pareja doméstica		
Si están disponibles, preferiría recibir las comunicaciones y la información sobre el plan en español: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No					
Grupo médico participante:			Médico de atención primaria:		
N.º de Identificación de Inscripción del PPG/PCP (números del PPG de 4 dígitos y del PCP de 6 dígitos):			¿Es este su PCP actual? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
Nombre del proveedor dental de HMO:			N.º de identificación del proveedor dental de HMO:		

**4. Información sobre la familia, enumere a todos los familiares elegibles que se inscribirán.  
(Adjunte hojas adicionales si es necesario.)**

Cónyuge/Pareja doméstica <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> M	Apellido:	Nombre:	Inicial del 2.º nombre:
Dirección de residencia: <input type="checkbox"/> Marque aquí si es la misma que la del suscriptor			
Ciudad:		Estado:	Código postal:
Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa):		N.º de Seguro Social/TIN/N.º de Identificación de Matrícula:	
Grupo médico participante:		Médico de atención primaria:	
N.º de Identificación de Inscripción del PPG/PCP (números del PPG de 4 dígitos y del PCP de 6 dígitos):		¿Es este su PCP actual? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Nombre del proveedor dental de HMO:		N.º de identificación del proveedor dental de HMO:	

<input type="checkbox"/> Hijo <input type="checkbox"/> Hija	Apellido:	Nombre:	Inicial del 2.º nombre:
Dirección de residencia: <input type="checkbox"/> Marque aquí si es la misma que la del suscriptor			
Ciudad:		Estado:	Código postal:
Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa):		N.º de Seguro Social/TIN/N.º de Identificación de Matrícula:	
Grupo médico participante:		Médico de atención primaria:	
N.º de Identificación de Inscripción del PPG/PCP (números del PPG de 4 dígitos y del PCP de 6 dígitos):		¿Es este su PCP actual? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Nombre del proveedor dental de HMO:		N.º de identificación del proveedor dental de HMO:	

#### 4. Información sobre la familia, enumere a todos los familiares elegibles que se inscribirán. (continuación) (Adjunte hojas adicionales si es necesario.)

<input type="checkbox"/> Hijo <input type="checkbox"/> Hija	Apellido:	Nombre:	Inicial del 2.º nombre:
Dirección de residencia: <input type="checkbox"/> Marque aquí si es la misma que la del suscriptor			
Ciudad:		Estado:	Código postal:
Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa):		N.º de Seguro Social/TIN/N.º de Identificación de Matrícula:	
Grupo médico participante:		Médico de atención primaria:	
N.º de Identificación de Inscripción del PPG/PCP (números del PPG de 4 dígitos y del PCP de 6 dígitos):		¿Es este su PCP actual? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Nombre del proveedor dental de HMO:		N.º de identificación del proveedor dental de HMO:	

<input type="checkbox"/> Hijo <input type="checkbox"/> Hija	Apellido:	Nombre:	Inicial del 2.º nombre:
Dirección de residencia: <input type="checkbox"/> Marque aquí si es la misma que la del suscriptor			
Ciudad:		Estado:	Código postal:
Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa):		N.º de Seguro Social/TIN/N.º de Identificación de Matrícula:	
Grupo médico participante:		Médico de atención primaria:	
N.º de Identificación de Inscripción del PPG/PCP (números del PPG de 4 dígitos y del PCP de 6 dígitos):		¿Es este su PCP actual? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Nombre del proveedor dental de HMO:		N.º de identificación del proveedor dental de HMO:	

**5. ¿Usted o sus dependientes tienen otra cobertura de atención de salud?**
 No  Sí Si la respuesta es "Sí", complete esta sección incluyendo Medicare.

<input type="checkbox"/> Usted	Nombre:		Nombre de la otra compañía de seguros:		Fecha de inicio de la cobertura anterior (mm/dd/aa):	
Fecha de finalización de la cobertura anterior (mm/dd/aa):	Motivo de la finalización de la cobertura:	N.º de Grupo/N.º de Identificación de la Póliza:	¿Ofrece cobertura? Médica: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Dental: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No 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/HICN:
<input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Pareja doméstica	Nombre:		Nombre de la otra compañía de seguros:		Fecha de inicio de la cobertura anterior (mm/dd/aa):	
Fecha de finalización de la cobertura anterior (mm/dd/aa):	Motivo de la finalización de la cobertura:	N.º de Grupo/N.º de Identificación de la Póliza:	¿Es esta la cobertura primaria de su dependiente? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Ofrece cobertura? Médica: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Dental: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No 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/HICN:
<input type="checkbox"/> Hijo <input type="checkbox"/> Hija	Nombre:		Nombre de la otra compañía de seguros:		Fecha de inicio de la cobertura anterior (mm/dd/aa):	
Fecha de finalización de la cobertura anterior (mm/dd/aa):	Motivo de la finalización de la cobertura:	N.º de Grupo/N.º de Identificación de la Póliza:	¿Es esta la cobertura primaria de su dependiente? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Ofrece cobertura? Médica: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Dental: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No 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/HICN:
<input type="checkbox"/> Hijo <input type="checkbox"/> Hija	Nombre:		Nombre de la otra compañía de seguros:		Fecha de inicio de la cobertura anterior (mm/dd/aa):	
Fecha de finalización de la cobertura anterior (mm/dd/aa):	Motivo de la finalización de la cobertura:	N.º de Grupo/N.º de Identificación de la Póliza:	¿Es esta la cobertura primaria de su dependiente? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Ofrece cobertura? Médica: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Dental: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No 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/HICN:
<input type="checkbox"/> Hijo <input type="checkbox"/> Hija	Nombre:		Nombre de la otra compañía de seguros:		Fecha de inicio de la cobertura anterior (mm/dd/aa):	
Fecha de finalización de la cobertura anterior (mm/dd/aa):	Motivo de la finalización de la cobertura:	N.º de Grupo/N.º de Identificación de la Póliza:	¿Es esta la cobertura primaria de su dependiente? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Ofrece cobertura? Médica: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Dental: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No 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/HICN:

**6. Seguro de vida a plazo fijo grupal, si corresponde. (Adjunte una hoja aparte para los beneficiarios adicionales o eventuales.)**Cobertura de seguro de vida/AD&D:  Sí  No

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

<sup>1</sup>Disponible en la totalidad o en ciertas regiones de los condados de Alameda, Contra Costa, El Dorado, Fresno, Kern, Kings, Los Angeles, Madera, Marin, Merced, Napa, Nevada, Orange, Placer, Riverside, Sacramento, San Bernardino, San Diego, San Francisco, San Joaquin, San Mateo, Santa Barbara, Santa Clara, Santa Cruz, Solano, Sonoma, Stanislaus, Tulare, Ventura y Yolo.

<sup>2</sup>Disponible en la totalidad o en ciertas regiones de los condados de Los Angeles, Orange, Riverside, San Diego, San Bernardino, Santa Clara y Santa Cruz.

<sup>3</sup>Disponible en el Condado de Orange y en los códigos postales seleccionados de los condados de Kern, Los Angeles, Riverside, San Diego y San Bernardino.

<sup>4</sup>Disponible en los condados de Los Angeles, Orange y San Diego.

<sup>5</sup>Disponible en el Condado de Los Angeles.

<sup>6</sup>Proporcione la fecha de vigencia en que comenzó COBRA por primera vez, ya sea que usted fuera elegible para un total de 18 meses o de 36 meses de COBRA (incluyendo Cal-COBRA).

"Contrato del Plan" se refiere al Contrato Grupal de Servicios y a la Evidencia de Cobertura de Health Net of California, Inc. y/o Dental Benefit Providers of California, Inc.; "Póliza de Seguro" se refiere a la Póliza Grupal y al Certificado de Seguro de Health Net Life Insurance Company, Unimerica Life Insurance Company.

## 7. Rechazo de la cobertura (Complete esta sección en el caso de que usted o sus dependientes elegibles rechacen cualquier cobertura.)

### INFORMACIÓN PERSONAL SOBRE EL EMPLEADO

Apellido:	Nombre:	Inicial del 2.º nombre:	N.º de Seguro Social/N.º de Identificación de Matrícula:
Rechazo de la cobertura médica para: <input type="checkbox"/> Usted <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"/> Usted <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"/> Usted <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 USTED RECHAZA LA COBERTURA - TÓMESE UN MOMENTO PARA LEER DETENIDAMENTE

He decidido rechazar la cobertura para mí y/o para mi/s dependiente/s. Reconozco que es posible que mis dependientes y yo tengamos que esperar para inscribirnos hasta el siguiente Período de Inscripción Abierta anual o un Período de Inscripción Especial debido a un evento que califica. Mi empleador me ha explicado las coberturas disponibles y se me brindó la oportunidad de solicitar dichas coberturas. Además, al firmar a continuación, certifico, a mi leal saber y entender, que el motivo de mi rechazo de la cobertura es exacto según lo indican las marcas de verificación anteriores.

Firma del empleado: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

(Firme solo si rechaza la cobertura. Si firmó por error, tache la firma y coloque sus iniciales.)

Firma electrónica del empleado: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

(Firme solo si rechaza la cobertura. Si firmó por error, tache la firma y coloque sus iniciales.)

## 8. Aceptación de la cobertura (La firma es obligatoria.)

Las leyes de California prohíben que las compañías de seguros de salud exijan o utilicen una prueba de VIH como condición para obtener una cobertura de seguro de salud.

**RECONOCIMIENTO Y ACUERDO:** Entiendo y acepto que, al inscribirme en Health Net y/o DBP o al aceptar sus servicios, yo y cualquier dependiente inscrito tenemos la obligación de comprender y cumplir los términos, las condiciones y las disposiciones del Contrato del Plan o la Póliza de Seguro. Declaro que leí y entiendo los términos de esta solicitud, y mi firma a continuación indica que la información provista en esta solicitud está completa, es verdadera y correcta, a mi leal saber y entender, y que acepto estos términos.

**ACUERDO DE ARBITRAJE VINCULANTE:** Yo, el Solicitante, entiendo y acepto que toda disputa entre mi persona (incluyendo cualquiera de mis familiares inscritos, herederos o representantes personales) y Health Net, excepto las disputas sobre determinaciones adversas de beneficios, según lo definido en 45 CFR 147.136, surgidas de la *Evidencia de Cobertura o Certificado de Seguro* o mi cobertura de Health Net, o relacionadas con ellos, deberá someterse a un arbitraje individual inapelable y vinculante en vez de a un juicio o ante un jurado, y que renuncio a todos los derechos de participar en un arbitraje colectivo. Este acuerdo de arbitraje se aplica incluso si otras partes, como los proveedores de atención de salud o sus agentes o empleados, están involucradas en la disputa. Entiendo que, al aceptar someter todas las disputas, excepto las disputas sobre determinaciones adversas de beneficios, a un arbitraje inapelable y vinculante, todas las partes, incluyendo a Health Net, renuncian a su derecho constitucional de que sus disputas sean resueltas en un tribunal de justicia por un jurado. También entiendo que las disputas que yo pueda tener con Health Net y que involucren reclamos por negligencia médica (es decir, que los servicios médicos prestados fueran innecesarios o no autorizados, o que fueran prestados de manera indebida, negligente o incompetente) también están sujetas a un arbitraje inapelable y vinculante. Entiendo que en la *Evidencia de Cobertura* o el *Certificado de Seguro* se incluye una disposición de arbitraje más detallada. Es posible que el Arbitraje Obligatorio no se aplique a determinadas disputas si el plan del Empleador está sujeto a ERISA, 29 U.S.C. §§ 1001-1461. Mi firma a continuación indica que entiendo y acepto los términos de este Acuerdo de Arbitraje Vinculante, y acepto someter todas las disputas, excepto las disputas sobre determinaciones adversas de beneficios, a un arbitraje vinculante en lugar de que sean resueltas por un tribunal de justicia.

Firma del empleado: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

(Firme solo si acepta la cobertura. Si firmó por error, tache la firma y coloque sus iniciales.)

Firma electrónica del empleado: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

(Firme solo si acepta la cobertura. Si firmó por error, tache la firma y coloque sus iniciales.)

Llame al Centro de Comunicación con el Cliente de Health Net a los números de teléfono gratuitos que aparecen a continuación si necesita ayuda para completar este formulario o si tiene preguntas sobre su cobertura:

Inglés	1-800-522-0088
Chino cantonés	1-877-891-9053
Coreano	1-877-339-8596
Chino mandarín	1-877-891-9053
Español	1-800-331-1777
Tagalo	1-877-891-9051
Vietnamita	1-877-339-8621

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

Cobertura Dental	1-866-249-2382
Cobertura de la Vista	1-866-392-6058
Seguro de Vida	1-800-865-6288

Si tiene preguntas sobre su PPG o PCP, llame directamente a su PPG o comuníquese con los Servicios de Proveedores de Health Net al 1-800-641-7761.

Usted puede utilizar su copia del formulario de inscripción de Health Net como su tarjeta de identificación temporal hasta que reciba su tarjeta de identificación permanente.

#### **ATENCIÓN DE EMERGENCIA Y ATENCIÓN REQUERIDA DE URGENCIA**

- Si su situación es de riesgo vital o una emergencia: Llame al 911 o vaya al hospital más cercano.
- Si su 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: Vaya al hospital o centro médico más cercano, o llame al 911. En cualquier caso, 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 la admisión o lo antes posible.

#### **CERTIFICACIÓN PREVIA**

Usted, el afiliado, es responsable de obtener la certificación para determinados servicios. Revise el certificado de su plan para obtener una lista de los servicios que requieren certificación previa.

**Para obtener información sobre la certificación previa, llame al 1-800-977-7282.**

#### **AFECCIONES QUE PRODUCEN DISCAPACIDAD**

Si usted, o un familiar suyo, tenía una discapacidad en la fecha de terminación de la cobertura con una aseguradora de salud anterior y la pérdida de la cobertura se debió a la terminación de la póliza de seguro del empleador, es posible que tenga derecho a una extensión de los beneficios de salud de acuerdo con el Código de Seguros de California, sección 10128. Conforme a esta ley, la aseguradora anterior sigue siendo responsable hasta que cualquiera de las siguientes situaciones ocurra primero: (a) el afiliado ya no esté totalmente discapacitado, (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 en que finalizó la cobertura con la aseguradora anterior.

#### **PRODUCTOS/ENTIDADES**

Health Net of California, Inc. ofrece los siguientes productos: PureCare HSP Network, CommunityCare HMO Network, Full HMO Network, WholeCare HMO Network, SmartCare HMO Network y Salud HMO y Más Network.

Health Net Life Insurance Company ofrece los siguientes productos: PPO, EnhancedCare PPO, Seguro de Vida y AD&D.

Dental Benefit Providers of California, Inc. ofrece el siguiente producto: Dental HMO (DHMO).

Unimerica Life Insurance Company ofrece los siguientes productos: Dental PPO y Dental Indemnity.

Health Net Life Insurance Company ofrece el siguiente producto, que cuenta con los servicios de EyeMed Vision Care, LLC (“EyeMed”) y Envolve Vision, Inc.: PPO Vision.

#### **RECHAZO DE LA COBERTURA**

Si usted rechaza la cobertura para usted o para un dependiente elegible por tener cobertura conforme a otro seguro de salud y pierde esa cobertura, o si tiene un nuevo dependiente debido a matrimonio, relación de pareja doméstica, nacimiento, adopción, ubicación para adopción o asunción de una relación padre-hijo, usted y su dependiente pueden ser elegibles para derechos de inscripción especial. Usted debe solicitar la inscripción especial dentro de los 60 días de haber perdido la cobertura o de tener un nuevo dependiente.



## Aviso de No Discriminación

Además de los requisitos de no discriminación del Estado de California (según lo descrito 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 aplicables sobre derechos civiles y no discriminan, no excluyen a las personas ni las tratan de manera diferente por motivos de raza, color, nacionalidad, ascendencia, religión, estado civil, género, identidad sexual, orientación sexual, edad, discapacidad o sexo.

### HEALTH NET:

- Proporciona aparatos y servicios gratuitos a las personas con discapacidades para que se comuniquen eficazmente con nosotros, como intérpretes calificados de lenguaje de señas e información escrita en otros formatos (letra grande, formatos electrónicos accesibles, otros formatos).
- Proporciona servicios de idiomas gratuitos a las 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 al:

**Afiliados a Planes Individuales y Familiares (IFP) Del Intercambio/Covered California** 1-888-926-4988 (TTY: 711)

**Afiliados a Planes Individuales y Familiares (IFP) Fuera del Intercambio** 1-800-839-2172 (TTY: 711)

**Solicitantes de Planes Individuales y Familiares (IFP)** 1-877-609-8711 (TTY: 711)

**Planes de Grupo a través de Health Net** 1-800-522-0088 (TTY: 711)

Si considera que Health Net no proporcionó estos servicios o ejerció algún otro tipo de discriminación en función de una de las características antes mencionadas, puede presentar una queja formal llamando al Centro de Comunicación con el Cliente de Health Net al número que se indica más arriba y diciéndoles que necesita ayuda para presentar una queja formal. El Centro de Comunicación con el Cliente de Health Net está disponible para ayudarle a presentar una queja formal. También puede presentar una queja formal por correo postal, 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)

Para planes HMO, HSP, EOA y POS ofrecidos a través de Health Net of California, Inc.: Si su problema de salud es urgente, si ya presentó una queja ante Health Net of California, Inc. y no está conforme con la decisión o si han transcurrido más de 30 días desde que presentó la queja ante Health Net of California, Inc., puede presentar un Formulario de Revisión Médica Independiente/Quejas ante el Departamento de Atención Médica Administrada (por sus siglas en inglés, DMHC). Para presentar un formulario de quejas, puede llamar a la Mesa de Ayuda del DMHC al 1-888-466-2219 (TDD: 1-877-688-9891) o visitar [www.dmhc.ca.gov/FileaComplaint](http://www.dmhc.ca.gov/FileaComplaint).

Para planes PPO y EPO asegurados por Health Net Life Insurance Company: Para presentar una queja, puede llamar al Departamento de Seguros de California al 1-800-927-4357 o visitar <https://www.insurance.ca.gov/01-consumers/101-help/index.cfm>.

Si considera que se le ha discriminado por cuestiones de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo, también puede presentar una queja sobre derechos civiles ante el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos, Oficina de Derechos Civiles (por sus siglas en inglés, OCR), de manera electrónica a través del Portal de Quejas de la OCR, disponible en <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, o bien, por correo postal o 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).

Hay formularios de quejas 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। नियोक्ता 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 ntauv 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 ntauv 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**

សេវាភាសាដោយឥតគិតថ្លៃ។ លោកអ្នកអាចទទួលបានអ្នកបកប្រែផ្ទាល់មាត់។ លោកអ្នកអាចស្តាប់គេអានឯកសារឱ្យ  
លោកអ្នកជាភាសារបស់លោកអ្នក។ សម្រាប់ជំនួយ ប្រសិនបើលោកអ្នកមានប័ណ្ណសម្គាល់ខ្លួន 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 hádíóót'íjį́. Naaltsoos da t'áá  
shí shizaad k'éhjí' shichí' yídooltaah nínízingo t'áá ná ákódooníí. Ákót'éego shíká a'doowoł nínízingo  
Customer Contact Center hoolyéhíjį' hodíílnih ninaaltsoos nanítingo bee néého'dolzinígíí hodoonihjį'  
bikáá'. Naaltsoos nehiltsóosgo naanish bá dahikahígíí éí kojį' hodíílnih Health Net's Commercial  
Contact Center 1-800-522-0088 (TTY: 711). T'áá hó dóó ha'áłchíní (IFP) báhígíí éí kojį' 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 Васпри 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): звонитепо 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-empleyo, 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 (โหมด TTY: 711) ผู้สมัครแผนบุคคลและครอบครัว (Individual & Family Plan: IFP) โปรดโทร 1-877-609-8711 (โหมด 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).