



Solicitud *de Empresas* *con 51 a 100 Empleados*

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 las “Entidades de Health Net”). Los planes dentales HMO son proporcionados por Dental Benefit Providers of California, Inc., y los planes de seguro dentales PPO y de indemnización están asegurados por Unimerica Life Insurance Company (juntas son las “Entidades de DBP”). Los planes de la vista son proporcionados por Fidelity Security Life Insurance Company y cuentan con los servicios de EyeMed Vision Care, LLC (juntas son las “Entidades de Fidelity”).

Ni las Entidades de DBP ni las Entidades de Fidelity están afiliadas a las Entidades de Health Net. Las obligaciones conforme a los planes dentales y de la vista no son obligaciones de las Entidades de Health Net, ni están garantizadas por ellas.

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.
2. Lea detenidamente y seleccione la/s opción/opciones de plan/es que sea/n mejor/es para usted y sus familiares cubiertos.
3. Si elige inscribirse en los planes HMO, HMO ExcelCare Network, HMO SmartCare Network, HMO Salud con Health Net®, POS, Elect Open AccessSM (EOA), EOA ExcelCare Network o Dental HMO (DHMO), debe seleccionar su proveedor, grupo médico, médico de atención primaria y proveedor dental. Asegúrese de completar los nombres y números como aparecen en el Directorio de Proveedores de Health Net HMO o llame al Centro de Comunicación con el Cliente de 8:00 a.m. a 6:00 p.m., de lunes a viernes, para obtener ayuda.

Grupo de Empresas de 51 a 100 Empleados: 1-800-522-0088 (*inglés*)

1-877-891-9050 (*chino cantonés*)

1-877-339-8596 (*coreano*)

1-877-891-9053 (*chino mandarín*)

1-800-331-1777 (*español*)

1-877-891-9051 (*tagalo*)

1-877-339-8621 (*vietnamita*)

Health Net Life: 1-800-865-6288

Health Net Dental: 1-866-249-2382

Health Net Vision: 1-866-392-6058

4. Si elige inscribirse en un plan de seguro PPO, compatible con HSA o compatible con HRA, no es necesario que seleccione un médico de atención primaria o grupo médico para inscribirse.
5. Haga una copia de la solicitud completada para sus registros.

Empresa/Grupo Actual

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.



Health Net®

(Para la inscripción, se deben completar las secciones 1, 3 y 8. Para renunciaciones, sólo se debe completar la sección 7.)

Nombre del empleador:	
Fecha de vigencia:	Número del grupo del empleador (seguro médico):
N.º de Seguro Social	

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 el plan de salud (Seleccione la cobertura.)

SmartCare HMO¹

SmartCare Standard 10 20 30 40 50 SmartCare Value 50

Otras opciones de planes

HMO Standard <input type="checkbox"/> 10 <input type="checkbox"/> 15 <input type="checkbox"/> 20 <input type="checkbox"/> 25 <input type="checkbox"/> 30 <input type="checkbox"/> 35 <input type="checkbox"/> 40 <input type="checkbox"/> 50	HMO Value <input type="checkbox"/> 10 <input type="checkbox"/> 20 <input type="checkbox"/> 30 <input type="checkbox"/> 40 <input type="checkbox"/> 50	HMO Advantage <input type="checkbox"/> 25 <input type="checkbox"/> 35 <input type="checkbox"/> 45
HMO Standard Dual Network² <input type="checkbox"/> 20 <input type="checkbox"/> 30	HMO Value Dual Network² <input type="checkbox"/> 30 <input type="checkbox"/> 40	
EOA Standard <input type="checkbox"/> 10 <input type="checkbox"/> 15 <input type="checkbox"/> 20 <input type="checkbox"/> 25 <input type="checkbox"/> 30 <input type="checkbox"/> 35 <input type="checkbox"/> 40 <input type="checkbox"/> 50	EOA Value <input type="checkbox"/> 10 <input type="checkbox"/> 20 <input type="checkbox"/> 30 <input type="checkbox"/> 40 <input type="checkbox"/> 50	EOA Advantage <input type="checkbox"/> 25 <input type="checkbox"/> 35 <input type="checkbox"/> 45
PPO Standard <input type="checkbox"/> 10 <input type="checkbox"/> 15 <input type="checkbox"/> 20 <input type="checkbox"/> 25 <input type="checkbox"/> 30 <input type="checkbox"/> 35 <input type="checkbox"/> 40 <input type="checkbox"/> 45	PPO Value <input type="checkbox"/> 10 <input type="checkbox"/> 15 <input type="checkbox"/> 20 <input type="checkbox"/> 25 <input type="checkbox"/> 30 <input type="checkbox"/> 35 <input type="checkbox"/> 40 <input type="checkbox"/> 45	PPO Advantage <input type="checkbox"/> 45
HSA³ Value PPO <input type="checkbox"/> 4500 <input type="checkbox"/> Integrated <input type="checkbox"/> Opt out	HRA PPO <input type="checkbox"/> 3000 <input type="checkbox"/> 5000 <input type="checkbox"/> Integrated	POS <input type="checkbox"/> 10 <input type="checkbox"/> 20

Salud con Health Net
 HMO y Más 15⁴ HMO y Más 25⁴ HMO y Más 35⁴ Salud EPO⁵ Salud Mexico⁶

Planes Dentales (DHMO) <input type="checkbox"/> HN Plus Plan n.º: _____	Planes Dentales (DPPO) <input type="checkbox"/> Classic <input type="checkbox"/> Classic Plus <input type="checkbox"/> Basic <input type="checkbox"/> Essential <input type="checkbox"/> Essential Value	Planes de la Vista (PPO) <input type="checkbox"/> Preferred 1025-2 <input type="checkbox"/> Preferred 1025-3 <input type="checkbox"/> Preferred Value 10-2
--	---	--

2. Motivo del cambio

Motivo del cambio: <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: _____	Motivo de la solicitud: <input type="checkbox"/> Nueva contratación Fecha de contratación: ____/____/____ <input type="checkbox"/> Inscripción Abierta <input type="checkbox"/> Fecha de pérdida de la cobertura anterior: ____/____/____ <input type="checkbox"/> Fecha de vigencia de COBRA ⁷ : ____/____/____ Fecha del evento que califica: ____/____/____ <input type="checkbox"/> Agregar dependiente: _____ Evento que califica: _____ Fecha del evento que califica: ____/____/____
---	---

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:
Fecha de nacimiento: (mm/dd/aa)	N.º de Seguro Social/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: / /	Clase:	N.º de Dpto.:	Condición de empleo: <input type="checkbox"/> Asalariado <input type="checkbox"/> Por hora Estado civil: <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Casado <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			
N.º de grupo médico participante/PPG:		N.º de médico de atención primaria/PCP de Health Net:	
Nombre del médico (nombre, apellido):		¿Es éste su médico actual? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	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.)

<input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Pareja doméstica	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Apellido:	Nombre:	Inicial del 2.º
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/N.º de Identificación de Matrícula:		
N.º de médico de atención primaria/PCP de Health Net:		N.º de grupo médico participante/PPG:		
Nombre del médico (nombre, apellido):		¿Es éste su médico actual? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	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/N.º de Identificación de Matrícula:	Discapacitado: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
N.º de médico de atención primaria/PCP de Health Net:		N.º de grupo médico participante/PPG:		
Nombre del médico (nombre, apellido):		¿Es éste su médico actual? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	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/N.º de Identificación de Matrícula:	Discapacitado: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
N.º de médico de atención primaria/PCP de Health Net:		N.º de grupo médico participante/PPG:		
Nombre del médico (nombre, apellido):		¿Es éste su médico actual? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	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/N.º de Identificación de Matrícula:	Discapacitado: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
N.º de médico de atención primaria/PCP de Health Net:		N.º de grupo médico participante/PPG:		
Nombre del médico (nombre, apellido):		¿Es éste su médico actual? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	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/N.º de Identificación de Matrícula:	Discapacitado: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
N.º de médico de atención primaria/PCP de Health Net:		N.º de grupo médico participante/PPG:		
Nombre del médico (nombre, apellido):		¿Es éste su médico actual? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	N.º de identificación del proveedor dental de HMO:	

¹Disponible en la totalidad o en ciertas regiones de los condados de Los Angeles, Orange, Riverside, San Bernardino, San Diego, Santa Clara y Santa Cruz.²Los grupos sólo pueden seleccionar una red adaptada a las necesidades que se ofrezca junto con los Planes con Doble Elegibilidad de red completa. ExcelCare y SmartCare no pueden ofrecerse juntas.³Compatible con HSA.⁴Disponible en el Condado de Orange y en los códigos postales seleccionados de los condados de Kern, Los Angeles, Riverside, San Diego y San Bernardino.⁵Disponible en los condados de Los Angeles, Orange y Ventura.⁶Disponible en los códigos postales seleccionados de los condados de San Diego e Imperial.⁷En general, los empleadores que normalmente contrataron 20 empleados o más durante el año calendario anterior están sujetos a COBRA federal.

5. ¿Usted o sus dependientes tienen otra cobertura de cuidado de la salud?

Si la respuesta es "Sí", complete esta sección incluyendo Medicare.

<input type="checkbox"/> Solicitante	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? Medical: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Dental: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No 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/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 ésta la cobertura primaria de su dependiente? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Ofrece cobertura? Medical: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Dental: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No 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/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 ésta la cobertura primaria de su dependiente? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Ofrece cobertura? Medical: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Dental: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No 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/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 ésta la cobertura primaria de su dependiente? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Ofrece cobertura? Medical: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Dental: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No 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/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 ésta la cobertura primaria de su dependiente? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Ofrece cobertura? Medical: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Dental: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No 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/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):	Parentesco:	%
Beneficiario del seguro de vida (nombre completo):	Parentesco:	%
Beneficiario del seguro de vida (nombre completo):	Parentesco:	%
Beneficiario del seguro de vida (nombre completo):	Parentesco:	%

“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 y/o Fidelity Security Life Insurance Company.

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

<input type="checkbox"/> Rechazo de la cobertura médica para:	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: _____
_____ <input type="checkbox"/> Solicitante <input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Pareja doméstica <input type="checkbox"/> Dependiente/s <input type="checkbox"/> Rechazo de la cobertura dental para:	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: _____
_____ <input type="checkbox"/> Solicitante <input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Pareja doméstica <input type="checkbox"/> Dependiente/s <input type="checkbox"/> Rechazo de la cobertura de la vista para:	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: _____
_____ <input type="checkbox"/> Solicitante <input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Pareja doméstica <input type="checkbox"/> Dependiente/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: _____

Tómese un momento para leer detenidamente.

Mi empleador me ha explicado las coberturas disponibles. Se me brindó la oportunidad de solicitar las coberturas disponibles. He decidido no inscribirme ni inscribir a mi/s dependiente/s.

Al rechazar la cobertura, reconozco que es posible que mis dependientes y yo tengamos que esperar para inscribirnos hasta el siguiente Período de Inscripción Abierta o el próximo evento que califica. Además, al firmar a continuación, certifico que el motivo de mi rechazo de la cobertura es exacto según lo indican las marcas de verificación anteriores.

Firma del empleado: _____ Fecha: _____

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

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

UTILIZACIÓN Y DIVULGACIÓN DE LA INFORMACIÓN PROTEGIDA SOBRE LA SALUD: Reconozco y entiendo que los proveedores de cuidado de la salud pueden divulgar información de la salud sobre mí o mis dependientes a las Entidades de Health Net, las Entidades de DBP y/o las Entidades de Fidelity. Las Entidades de Health Net, las Entidades de DBP y/o las Entidades de Fidelity utilizan y pueden divulgar esta información a los efectos de tratamiento, pago y operaciones del plan de salud, incluyendo, entre otros, la administración de la utilización, la mejora de la calidad y los programas de manejo de enfermedades o de casos. El Aviso de Prácticas de Privacidad de Health Net está incluido en la Evidencia de Cobertura o el Certificado de Seguro para la cobertura asegurada por las Entidades de Health Net. También puedo obtener una copia de este Aviso en el sitio Web en www.healthnet.com o a través del Centro de Comunicación con el Cliente de Health Net.

AVISO: Para su protección, las leyes de California requieren que el siguiente mensaje aparezca en este formulario. Cualquier persona que, a sabiendas, presente un reclamo falso o fraudulento para el pago de una pérdida es culpable de un delito y puede estar sujeta a multas y encarcelamiento en la prisión estatal.

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 las Entidades de Health Net, las Entidades de DBP y/o las Entidades de Fidelity, 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. 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 estoy de acuerdo en que toda disputa entre mi persona (incluyendo cualquiera de mis familiares inscritos, herederos o representantes personales) y Health Net deberá someterse a un arbitraje inapelable y vinculante en vez de a un juicio o ante un jurado. Este Acuerdo de arbitraje incluye cualquier disputa que surja de la Evidencia de Cobertura o del Certificado de Seguro, o de mi afiliación o cobertura de Health Net, o se relacione con ellos, y que esté determinada conforme a cualquier teoría legal. Este acuerdo de arbitraje de cualquier disputa se aplica incluso si otras partes, como los proveedores de cuidado de la salud o sus agentes o empleados, están involucradas en la disputa. Entiendo que, al aceptar someter todas las disputas 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 a un arbitraje vinculante en lugar de que sean resueltas por un tribunal de justicia.

Firma del empleado: _____ Fecha: _____

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

Comuníquese con el 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	1-877-891-9050
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 o de la vista, llame a:

Cobertura Dental	1-866-249-2382
Cobertura de la Vista	1-866-392-6058

Si tiene preguntas sobre su médico o grupo médico, llame directamente a su grupo médico 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.

Personas inscritas en HMO, HMO ExcelCare Network, HMO SmartCare Network, Salud con Health Net HMO, Select (POS), Elect Open Access (EOA), EOA ExcelCare Network, EPO, Dental HMO:

Selección del grupo médico participante (por sus siglas en inglés, PPG), médico de atención primaria (por sus siglas en inglés, PCP) y proveedor dental.

Tenga en cuenta que si usted no selecciona un grupo médico participante, un médico de atención primaria o un proveedor dental para usted y para cada uno de sus dependientes elegibles, se seleccionará un grupo médico participante, un médico de atención primaria y/o un proveedor dental por usted.

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 al centro médico más cercano.
- Si se encuentra fuera del área de servicio de su grupo médico: Vaya al hospital o al 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 condición.

Personas inscritas en PPO:

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. Llame al número correspondiente 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.

Condiciones 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: Health Net Elect, HMO, Salud HMO y Más, y Select POS.

Health Net Life Insurance Company ofrece los siguientes productos: PPO, Salud con Health Net EPO, y 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.

Fidelity Security Life Insurance Company ofrece el siguiente producto, que cuenta con los servicios de EyeMed Vision Care, LLC: 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, nacimiento, adopción o ubicación para adopción, usted y su dependiente pueden ser elegibles para derechos de inscripción especial. Usted debe solicitar la inscripción especial dentro de los 30 días de haber perdido la cobertura o de tener un nuevo dependiente.

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, call us at the number listed on your ID card, or employer group applicants please call Health Net's Commercial Contact Center at 1-800-522-0088. Individual and Family Plan (IFP) or Farm Bureau applicants please call 1-800-909-3447, option 2. For more help call the CA Dept. of Insurance at 1-800-927-4357 if you are enrolling in a PPO plan. If you are enrolling in an HMO plan, call the DMHC Helpline at 1-888-HMO-2219.

English

Servicios de Idiomas Sin Costo. Usted puede solicitar un intérprete. Puede solicitar que una persona le lea los documentos y que algunos se le envíen en su idioma. Para obtener ayuda, llámenos al número que aparece en su tarjeta de identificación; los solicitantes de grupo de empleadores deben llamar al Centro de Comunicación Comercial de Health Net al 1-800-522-0088. Los solicitantes del Plan Individual y Familiar (IFP, por sus siglas en inglés) o de la Oficina Agrícola, deben llamar al 1-800-909-3447, opción 2. Para obtener ayuda adicional llame al Departamento de Seguros de California al 1-800-927-4357, si desea inscribirse en un plan PPO. Si usted se inscribe en un plan HMO, llame a la Línea de ayuda de DMHC, al 1-888-HMO-2219.

Spanish

免費語言服務。您可以取得口譯員服務。我們可以把文件朗讀給您聽，部分文件可以翻譯成您的語言並寄送給您。如需協助，請撥打您會員卡上所列的電話號碼，雇主團體申請人請致電 Health Net 的商業聯絡中心，電話 1-800-522-0088。個人和家庭計畫 (IFP) 或農業局申請人請撥打 1-800-909-3447，請按 2。若您投保 PPO 計畫，請致電 1-800-927-4357 與加州保險局聯絡，詢求額外協助。若您投保 HMO 計畫，請撥打加州醫療保健計畫管理局 (DMHC) 協助專線，電話 1-888-HMO-2219。

Chinese

Các Dịch Vụ Trợ Giúp Ngôn Ngữ Miễn Phí. Quý vị có thể được cấp dịch vụ thông dịch. Quý vị có thể được người khác đọc giúp các tài liệu bằng ngôn ngữ của quý vị và cũng có thể được cấp tài liệu phiên dịch sang ngôn ngữ của quý vị. Để được giúp đỡ, xin gọi chúng tôi tại số điện thoại ghi trên thẻ hội viên của quý vị. Những người muốn xin bảo hiểm theo nhóm do hãng sở đài thọ xin gọi Trung Tâm Liên Lạc Thương Mại của Health Net tại số 1-800-522-0088. Những người muốn xin bảo hiểm của Chương Trình Bảo Hiểm Cá Nhân và Gia Đình (IFP) hoặc Farm Bureau, xin gọi số 1-800-909-3447, bấm số 2. Để được giúp đỡ thêm, xin gọi Bộ Bảo Hiểm California tại số 1-800-927-4357 nếu quý vị đang tham gia một chương trình PPO. Nếu quý vị đang tham gia một chương trình HMO, xin gọi Đường Dây Trợ Giúp của DMHC tại số 1-888-HMO-2219.

Vietnamese

무료 언어 지원 서비스. 무료 통역사 서비스 및 여러분에게 편한 언어로 서류 낭독 서비스를 받을 수 있습니다. 도움이 필요하신 분은 본인의 ID 카드상에 적힌 안내 번호로 전화해 주십시오. 고용주 그룹 가입 신청자님의 경우 Health Net 의 상업(Commercial) 고객 서비스 센터, 안내번호 1-800-522-0088 번으로 전화해 주십시오. 개인 및 가족 플랜 (IFP) 혹은 Farm Bureau 가입 신청자님은 안내번호 1-800-909-3447번, 옵션 2를 이용해 주십시오. PPO 플랜에 가입하신 경우, 더 많은 도움이 필요하신 분은 캘리포니아 보험 담당국 안내번호 1-800-927-4357번으로 문의하십시오. HMO 플랜에 가입하신 경우, DMHC(보건관리부) 헬프라인, 안내번호 1-888-HMO-2219번으로 문의하십시오.

Korean

Walang Gastos na mga Serbisyo sa Wika. Makakakuha ka ng interpreter o tagasalin at maipababasa mo sa iyong wika ang mga dokumento. Para sa tulong, tawagan kami sa numerong nakalista sa iyong ID card, o para sa employer group applicants, mangyaring tumawag sa Commercial Contact Center ng Health Net sa 1-800-522-0088. Para sa Individual and Family Plan (IFP) o Farm Bureau applicants, mangyaring tumawag sa 1-800-909-3447, opsyon 2. Para sa karagdagang tulong, tumawag sa CA Dept. of Insurance sa 1-800-927-4357 kung ikaw ay nag-eenroll sa isang PPO plan. Kung ikaw ay nag-eenroll sa isang HMO plan, tawagan ang DMHC Helpline sa 1-888-HMO-2219.

Tagalog

Անվճար Լեզվական Ծառայություններ: Դուք կարող եք թարգման ձեռք բերել և փաստաթղթերը ընթերցել տալ ձեզ համար ձեր լեզվով: Օգնության համար մեզ զանգահարեք ձեր ինքնության (ID) տոմսի վրա նշված համարով, կամ եթե գործատիրոջ խմբի ղեկավար եք, խնդրում ենք 1-800-522-0088 համարով զանգահարել Health Net-ի Հաճախորդի Կապի Կենտրոն: Անհատական և Ընտանեկան Ծրագրի (Individual and Family Plan/IFP) ղեկավարներից խնդրվում է զանգահարել 1-800-909-3447 համարով, ընտրանք 2: Լրացուցիչ օգնության համար 1-800-927-4357 համարով զանգահարեք Կալիֆոռնիայի Ապահովագրության Բաժանմունք, եթե գրանցվում եք PPO ծրագրում: Եթե գրանցվում եք HMO ծրագրում, 1-888-HMO-2219 համարով զանգահարեք DMHC-ի Օգնության զծին:

Armenian

Бесплатные услуги перевода. Вы можете воспользоваться услугами переводчика, и вам могут прочесть документы на вашем языке. Если вам требуется помощь, звоните нам по номеру, указанному на вашей идентификационной карте. Участники плана группового страхования по месту работы могут обратиться в коммерческий контактный центр компании Health Net по телефону 1-800-522-0088. Участники планов индивидуального или семейного страхования (Individual and Family Plan, IFP), а также планов страхования Фермерского бюро: пожалуйста, звоните по номеру 1-800-909-3447, добавочный 2. Если вы участвуете в плане системы предпочтительного выбора (Preferred Provider Organization, PPO), для получения дополнительной помощи звоните в Департамент страхования штата Калифорния по телефону 1-800-927-4357. Если вы состоите в плане организаций медицинского обслуживания (Health Maintenance Organizations, HMO), пожалуйста, звоните в горячую линию Департамента организованного медицинского обслуживания (DMHC) по телефону 1-888-HMO-2219.

Russian

無料の言語サービス。日本語で通訳をご提供し、書類をお読みします。サービスをご希望の方は、IDカード記載の番号までお問い合わせください。雇用者団体への加入申込の方は、Health Net 民間コンタクト・センター、1-800-522-0088 までご連絡ください。個人・家族プラン (IFP) またはファーム・ビューローへの加入申込の方は、1-800-909-3447 (ダイヤル後 2 を選択) までお問い合わせください。更なるお問い合わせ事項がある場合、PPO プランにご加入の方は、カリフォルニア州保険庁、1-800-927-4357 までご連絡ください。HMOプランにご加入の方は、カリフォルニア州管理医療庁 (DMHC) の相談窓口、1-888-HMO-2219 までご連絡ください。

Japanese

خدمات مجاني مربوط به زبان. ميتوانيد از خدمات يك مترجم شفاهي برخوردار شده و بگوئيد مدارك به زبان خودتان براي تان خوانده شوند. براي دريافت كمي. با ما از طريق شماره تلفني كه روي كارت شناسائي شما قيد شده است تماس بگيريد. و يا متقاضيان گروههاي كارفرمايان لطفاً با مركز جاري Health Net به شماره 1-800-522-0088 تماس بگيرند. متقاضيان «طرح افراد و خانواده ها» (IFP) يا «دفتر مزارع» لطفاً به شماره 1-800-909-3447 كزينه 2 تلفن كنند. براي دريافت كمي بيشتر. به اداره بيمه كاليفرنيا به شماره 1-800-927-4357 تلفن كنيد اگر در يك طرح PPO ثبت نام ميكنيد. اگر در يك طرح HMO ثبت نام ميكنيد. به خط كمي DMHC به شماره 1-888-HMO-2219 تلفن كنيد.

Farsi

ਮੁਫਤ ਭਾਸ਼ਾ ਸੇਵਾਵਾਂ: ਤੁਸੀਂ ਦੁਭਾਸ਼ੀਏ ਦੀਆਂ ਸੇਵਾਵਾਂ ਹਾਸਲ ਕਰ ਸਕਦੇ ਹੋ ਅਤੇ ਦਸਤਾਵੇਜ਼ ਤੁਹਾਨੂੰ ਪੰਜਾਬੀ ਵਿੱਚ ਪੜ੍ਹ ਕੇ ਸੁਣਾਏ ਜਾ ਸਕਦੇ ਹਨ। ਮਦਦ ਲਈ, ਤੁਹਾਡੇ ਆਈਡੀ (ID) ਕਾਰਡ 'ਤੇ ਦਿੱਤੇ ਨੰਬਰ ਤੇ ਸਾਨੂੰ ਫੋਨ ਕਰੋ, ਜਾਂ, ਇੰਪਲਾਇਰ ਗਰੁੱਪ ਦੇ ਮੈਂਬਰ ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ ਹੈਲਥ ਨੈੱਟ ਦੇ ਵਪਾਰਕ ਸੰਪਰਕ ਕੇਂਦਰ ਨੂੰ 1-800-522-0088 ਨੰਬਰ ਤੇ ਫੋਨ ਕਰੋ। ਵਿਅਕਤੀਗਤ ਅਤੇ ਪਰਿਵਾਰਕ ਪਲਾਨ (IFP) ਜਾਂ ਫਾਰਮ ਬਿਊਰੋ ਅਰਜ਼ੀਦਾਤਾ ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ 1-800-909-3447, ਐਪਸਨ 2 ਤੇ ਫੋਨ ਕਰੋ। ਜੇ ਤੁਸੀਂ ਕਿਸੇ ਫਰੈਂਚ ਪਲਾਨ ਲਈ ਨਾਂ ਲਿਖਵਾ ਰਹੇ ਹੋ ਤਾਂ ਵਧੇਰੇ ਮਦਦ ਲਈ ਕੈਲੀਫੋਰਨੀਆ ਡਿਪਾਰਟਮੈਂਟ ਆਫ ਇਨਸੂਰੈਂਸ ਨੂੰ 1-800-927-4357 ਨੰਬਰ ਤੇ ਫੋਨ ਕਰੋ। ਜੇ ਤੁਸੀਂ ਕਿਸੇ ਪਲਾਨ ਲਈ ਨਾਂ ਲਿਖਵਾ ਰਹੇ ਹੋ ਤਾਂ ਡਿਪਾਰਟਮੈਂਟ ਆਫ ਮੈਨੇਜਡ ਹੈਲਥ ਕੇਅਰ (DMHC) ਦੀ ਹੈਲਪਲਾਈਨ ਨੂੰ 1-888-HMO-2219 ਨੰਬਰ ਤੇ ਫੋਨ ਕਰੋ।

Punjabi

ការបកប្រែភាសាដោយឥតគិតថ្លៃ ។ អ្នកអាចទទួលបានការបកប្រែភាសា និងឲ្យគេអានឯកសារជូនអ្នកជាភាសាខ្មែរបាន ។ សំរាប់ជំនួយសូមទូរស័ព្ទមកយើង តាមលេខដែលមានកត់នៅលើអត្តសញ្ញាណប័ណ្ណរបស់អ្នក ឬអ្នកដាក់ពាក្យសុំជាក្រុមនៃក្រុមហ៊ុនការងារ សូមទូរស័ព្ទទៅ មណ្ឌលទំនាក់ទំនងពាណិជ្ជកម្មរបស់ Health Net តាមលេខ 1-800-522-0088 ។ គំរោងបុគ្គលម្នាក់ៗ និងជាគ្រួសារ (IFP) ឬអ្នកដាក់ពាក្យសុំ Farm Bureau សូមទូរស័ព្ទទៅលេខ 1-800-909-3447 ចុចជំរើសទី 2 ។ សំរាប់ជំនួយថែមទៀត សូមទូរស័ព្ទទៅក្រសួងធានារ៉ាប់រងកាលីហ្វ័រនីញ៉ា តាមលេខ 1-800-927-4357 បើសិនជាអ្នកកំពុងតែចុះឈ្មោះក្នុងគំរោង PPO ។ បើសិនជាអ្នកកំពុងតែចុះឈ្មោះក្នុងគំរោង HMO សូមទូរស័ព្ទទៅ ខ្សែជំនួយ DMHC តាមលេខ 1-888-HMO-2219 ។

Khmer

Cov Kev Pab Txhais Lus Uas Tsis Tau Them Nqi. Koj thov tau kom muaj ib tug neeg txhais lus thiab nyem cov ntawv ua koj hom lus rau koj. Yog xav tau kev pab, hu rau peb ntawm tus xov toj nyob hauv koj daim yuaj ID los sis cov neeg thov kev pab tom hauj lwm thov hu rau Health Net's Commercial Contact Center ntawm 1-800-522-0088. Cov neeg thov kev pab hauv pawg Tus Kheej thiab Tsev Neeg (Individual and Family Plan [IFP]) los sis Farm Bureau thov hu rau 1-800-909-3447, xaiv nqe 2. Yog xav tau kev pab ntxiv hu rau CA Qhov Chaw Saib Xyuas Txog Kev Tuav Pov Hwm (Dept. of Insurance) ntawm 1-800-927-4357 yog hais tias koj koom rau hauv ib qho kev pab los ntawm PPO. Yog hais tias koj koom rau hauv ib qho kev pab los ntawm HMO, hu rau DMHC Tus Xov Tooj Muab Kev Pab ntawm 1-888-HMO-2219.

Hmong

T'áa Hó Hasaad Bee 'Áka'e'eyeed Doo Bááh 'Ílíní Da. Haishíj shá 'ata' hodoolnih nínízínígíí lá' ná choídoot'eel. Ła' naaltsoos t'áa ni nizaad bee nich'í' yídoolta dóo naaltsoos bee hadadilyaago nich'í' 'ádadoolnííł. Shiká'e'doowoł nínízínigo, ninaaltsoos nítł'izí bine'déé' béesh bee hane'í biká'ígíí bich'í' holne' dooleeł, doodago nidaalnishí hada'diilaagíí 'éi Na'iłnihi 'Atsíis Bik'ih 'Adeest'íj' 'Ináhane' Bił Haz'ánijj' koj' béesh bee holne' dooleeł 1-800-522-0088. T'áa Ła' Jizí dóo Hooghan Haz'ánigi Bił Nahat'a' (IFP) doodago Dá'ák'eh Yá Dah Háaztánígíí bił náha'dit'éego koj' béesh bee holne' dooleeł 1-800-909-3447, naaki góne'ígíí bił yaa 'adidíłchil. PPO bił náhadilnééhdáá' 'éi CA Béeso 'Ách'ááh Naa'nil Bił Haz'ánigíjij' shiká'e'doowoł diníigo béesh bee holne dooleeł 1-800-927-4357. HMO bił náhadilnééhdáá', DMHC 'Áka'aná'áwo'go Bił Haz'ánijj' béesh bee holne' dooleeł 1-888-HMO-2219.

Navajo

خدمات لغوية بدون تكلفة، يمكنك الاستعانة بمترجم وطلب قراءة الوثائق لك بلغتك. للحصول على المساعدة، اتصل بنا على الرقم المبين على بطاقة عضويتك (ID). وبالنسبة لمجموعات المصالح التجارية رجاء الاتصال بمركز خدمات القطاع التجاري لمؤسسة Health Net على الرقم 1-800-522-0088. المتقدمين بطلبات الحصول على تأمين لشخص واحد أو لعائلة (IFP) أو Farm Bureau رجاء الاتصال بالرقم 1-800-909-3447. خيار 2. للحصول على المزيد من المساعدة، اتصل بإدارة التأمين لولاية كاليفورنيا على الرقم 1-800-927-4357 إذا كنت مشتركاً في برنامج PPO. إذا كنت مشتركاً في برنامج HMO اتصل بالخط الساخن لـ DMHC على الرقم 1-888-HMO-2219.

Arabic