



Health Net®

Health Net of California, Inc.

# Planes Individuales y Familiares PureCare HSP Formulario de Inscripción

Fecha de vigencia solicitada

□□ / □□ / □□□□

La solicitud debe completarse a máquina o con tinta azul o negra.

**Fecha de vigencia de la cobertura:** La cobertura sólo está disponible para la inscripción durante el período de inscripción abierta anual, que se extiende desde el 1 de noviembre de 2016 hasta el 31 de enero de 2017, o durante un período de inscripción especial. Las solicitudes deben recibirse dentro de los 60 días de un evento que califica. Por lo general, para las solicitudes recibidas entre los días 1 y 15, la cobertura entrará en vigencia el primer día del mes siguiente a la presentación de la solicitud. Para las solicitudes recibidas entre el día 16 y el último día del mes, la cobertura entrará en vigencia el primer día del segundo mes siguiente a la presentación de la solicitud.

Si actualmente está inscrito en un plan de Medicare, no es elegible para solicitar un Plan Individual y Familiar.

Health Net of California, Inc. (Health Net) **requiere** un número de Seguro Social (por sus siglas en inglés, SSN) para todas las personas que se inscriban en la cobertura de la salud, incluyendo cónyuges e hijos dependientes. Esto es necesario para que podamos proporcionarle la verificación de la cobertura respecto de su declaración de impuestos, como lo exige la Ley de Cuidado de Salud Asequible. Health Net no usará su SSN para otros fines ni lo compartirá con ninguna otra parte que no sea de acuerdo con lo exigido por la ley. En el caso de los recién nacidos, usted tiene 6 meses para proporcionar el SSN del recién nacido.

**EL AGENTE/AGENTE DE SEGURO MÉDICO NO PUEDE FIRMAR ESTA SOLICITUD Y ACUERDO EN NOMBRE DEL SOLICITANTE.**

**IMPORTANTE: Consulte la Parte V si el solicitante no lee/escribe en inglés.** El Formulario de Inscripción en Planes PureCare HSP Individuales y Familiares se encuentra disponible en las versiones de idioma chino, español y coreano. También puede solicitar que alguien lo ayude a leerlo. Para obtener ayuda gratuita, llame al 1-877-609-8711.

Si necesita asistencia para completar esta solicitud, un agente/agente de seguro médico puede brindársela. El agente/agente de seguro médico que lo ayudó a leer y completar esta solicitud es quien debe firmarla (consulte la Parte VI).

**Yo (y mis dependientes si corresponde) estoy/estamos solicitando la cobertura durante el:**

- Período de inscripción abierta anual  Período de inscripción especial (consulte la Parte IV)

## Parte I. Información sobre el solicitante

Nueva solicitud (Marque el tipo de familia a continuación)

- Solicitante  Solicitante y cónyuge  Solicitante y pareja doméstica  Solicitante e hijo/a  Solicitante e hijos  
 Solicitante, cónyuge e hijo/s  Solicitante, pareja doméstica e hijo/s  Hijo/a únicamente  **Solicitud de cambio**

Agregar dependiente (Llene la información del suscriptor principal a continuación y luego complete la información del dependiente en la Parte III).

Apellido del solicitante principal:	Nombre:	Inicial del 2.º nombre:	<input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer
-------------------------------------	---------	-------------------------	---

Dirección de residencia permanente (Si proporciona un Apartado Postal, también debe presentar una constancia de residencia<sup>1</sup> para que su solicitud esté completa):

Ciudad:	Estado:	Código postal:	Condado en el que vive el solicitante:
---------	---------	----------------	--

Dirección de facturación:

Dirección postal:

Número de teléfono particular: ( )	Número de teléfono del trabajo: ( )	Número de teléfono celular: ( )	Dirección de correo electrónico:
---------------------------------------	--	------------------------------------	----------------------------------

Fecha de nacimiento del solicitante principal (mm/dd/aa): / /	Número de Seguro Social del solicitante principal (obligatorio): - -
--	---

¿Actualmente está afiliado a Health Net?  Sí  No Si la respuesta es "Sí", proporcione el N.º de identificación de Health Net del suscriptor principal:

Identificación del médico de atención primaria:	Paciente actual: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
---	--

Seleccione el idioma de su preferencia (opcional):  Inglés  Español  Chino  Coreano

<sup>1</sup>Consulte la página 7, Evento que Califica N.º 5 "Ejemplos de documentación de California".

**Parte II. Información sobre el pago y elección de la cobertura**

**A. Información sobre el pago**

**Pago de la primera prima**  Pago con cheque (La cantidad debe coincidir con la prima mensual).

**Envío de la solicitud por correo**

Incluya el cheque completado junto con la solicitud completada y envíelos por correo a:

Health Net Individual & Family Enrollment  
PO Box 1150  
Rancho Cordova, CA 95741-1150

**Envío de la solicitud por fax**

Envíe la solicitud completada por fax al 1-800-977-4161, y envíe el cheque completado por correo a:

Health Net Individual & Family Enrollment  
PO Box 894702  
Los Angeles, CA 90189-4702

Los afiliados actuales pueden ir a [www.healthnet.com](http://www.healthnet.com) y hacer clic en el botón *Hacer Un Pago Ahora* para conocer opciones de pago adicionales.

**Pago de los cargos de suscripción**

El Suscriptor es responsable del pago de los Cargos de Suscripción a Health Net. Health Net no acepta el pago de los Cargos de Suscripción de ninguna persona o entidad que no sean el Suscriptor, sus Dependientes o pagadores externos en la medida que lo requieran las leyes estatales y federales.

Si se descubre que los Cargos de Suscripción fueron pagados por una persona o entidad distinta de las indicadas más arriba, Health Net rechazará el pago e informará al Suscriptor que el pago no fue aceptado y que los Cargos de Suscripción siguen estando impagos.

**B. Elección de la cobertura**

**Los planes HSP de Health Net of California, Inc. utilizan la red de proveedores PureCare.**

- Health Net Platinum 90 HSP**
- Health Net Gold 80 HSP**
- Health Net Silver 70 HSP**
- Health Net Bronze 60 HSP**
- Health Net Minimum Coverage HSP –**  
*Plan de Cobertura Mínima disponible para las personas que tienen menos de 30 años o las personas de 30 años o más que están exentas del requisito federal de mantener una cobertura esencial mínima. Se debe presentar una constancia de exención junto con esta solicitud.*

**Cobertura opcional: Plan Dental/de la Vista para Adultos (mayores de 18 años) –**

- Dental and Vision Plus –** *Si se adquiere Dental and Vision Plus para el solicitante principal, todos los familiares mayores de 18 años también se inscribirán en el plan Dental and Vision Plus. Dental and Vision Plus sólo puede adquirirse junto con la cobertura médica, o agregarse a ésta, durante los períodos de inscripción abierta o inscripción especial.*

**Nota: Todos los planes médicos incluyen cobertura dental pediátrica y de la vista pediátrica.**

### Parte III. Familiar/es que desea inscribir

Indique todos los familiares elegibles que serán inscritos, excepto usted mismo. Si el apellido de un familiar especificado es distinto del suyo, explíquelo en una hoja de papel aparte. Para dependientes adicionales, agregue otra hoja con la información solicitada.

Marque aquí si adjunta una hoja adicional. Escriba el número de Seguro Social del solicitante principal en la esquina superior derecha de la hoja adicional.

**Nota:** Cuando cada familiar elige un plan diferente, cada familiar se registrará por su propio contrato. Para especificar planes diferentes para los diferentes familiares, anote el nombre del plan que ha elegido para cada familiar en los espacios provistos a continuación.

En el caso de la cobertura para pareja doméstica, se deben cumplir todos los requisitos de elegibilidad, según lo exigido por las leyes aplicables del Estado de California, y se debe presentar una Declaración de Convivencia conjunta ante la Secretaría de Estado de California.

Cómo tomar decisiones respecto de las diferentes opciones del plan:

- a. Health Net factura a una sola dirección por suscriptor. Por lo tanto, para que sean procesados junto con el suscriptor, se debe facturar a todos los familiares a la misma dirección.
- b. Debe seleccionar un grupo médico y un médico de atención primaria. Puede elegir el mismo grupo médico y médico de atención primaria o uno diferente para cada familiar que inscriba. Si no selecciona un médico de atención primaria, se le seleccionará uno en su área regional. Para obtener la lista más actualizada de los médicos contratados por Health Net, ingrese a [www.healthnet.com](http://www.healthnet.com) > *Búsqueda de Proveedores*. Encontrará una lista completa de nuestros médicos de la red de Planes Individuales y Familiares, y podrá buscar por especialidad, ciudad, condado o nombre del médico. También puede llamar al 1-877-609-8711 para solicitar información sobre proveedores, o comunicarse con su agente/agente de seguro médico autorizado de Health Net.
- c. Para la cobertura de Dental and Vision Plus, indique el número del dentista de HMO que eligió. Puede elegir un dentista diferente para cada familiar. Si no selecciona un consultorio dental, se le seleccionará uno por usted en su área. Para obtener los nombres, las direcciones, el número del dentista primario y los números de teléfono de los proveedores dentales participantes, o si necesita ayuda para seleccionar un proveedor, llame a Health Net al 1-866-249-2382 o ingrese a [www.healthnet.com](http://www.healthnet.com).

Parentesco	Apellido	Nombre	Inicial del 2.º nombre	Número de Seguro Social (obligatorio)	Fecha de nacimiento
<input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Pareja doméstica				- -	/ /
Identificación del médico de atención primaria de PureCare HSP		Si se adquiere Dental and Vision Plus para Adultos, indique el N.º del dentista primario de HMO			
Opción de plan médico para cada familiar si es diferente					
Parentesco Hijo/a 1	Apellido	Nombre	Inicial del 2.º nombre	Número de Seguro Social (obligatorio)	Fecha de nacimiento
<input type="checkbox"/> Hijo <input type="checkbox"/> Hija				- -	/ /
Identificación del médico de atención primaria de PureCare HSP		Si se adquiere Dental and Vision Plus para Adultos, indique el N.º del dentista primario de HMO			

(continúa)

**Parte III. Familiar/es que desea inscribir (continúa)**

Parentesco Hijo/a 2	Apellido	Nombre	Inicial del 2.º nombre	Número de Seguro Social (obligatorio)	Fecha de nacimiento
<input type="checkbox"/> Hijo <input type="checkbox"/> Hija				- -	/ /
<b>Identificación del médico de atención primaria de PureCare HSP</b>		<b>Si se adquiere Dental and Vision Plus para Adultos, indique el N.º del dentista primario de HMO</b>			
Parentesco Hijo/a 3	Apellido	Nombre	Inicial del 2.º nombre	Número de Seguro Social (obligatorio)	Fecha de nacimiento
<input type="checkbox"/> Hijo <input type="checkbox"/> Hija				- -	/ /
<b>Identificación del médico de atención primaria de PureCare HSP</b>		<b>Si se adquiere Dental and Vision Plus para Adultos, indique el N.º del dentista primario de HMO</b>			
<b>Incorporación de un hijo recién nacido o adoptivo a una póliza existente</b>					
Apellido del hijo recién nacido/adoptivo:		Nombre:		Inicial del 2.º nombre:	
Fecha de vigencia <sup>2</sup> :	Fecha de nacimiento del hijo recién nacido/adoptivo (mm/dd/aa):	Fecha de la adopción/ubicación para adopción (mm/dd/aa):			
<input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer	Número de Seguro Social:	Identificación de Health Net del suscriptor principal:			
Si agrega un hijo recién nacido/adoptivo elegible a un plan PureCare HSP, debe seleccionar un médico de atención primaria de la Red PureCare.					
Identificación del médico de atención primaria:			Paciente actual: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
<p><b>CONDICIONES GENERALES:</b> Si su solicitud no se recibe dentro de los 60 días de la fecha de nacimiento o la fecha de adopción, Health Net of California, Inc. (Health Net) requerirá que se complete una solicitud estándar. Ningún otro departamento, funcionario, agente o empleado de Health Net está autorizado a otorgar la inscripción. El agente de seguro médico o agente del suscriptor no puede otorgar la aprobación, cambiar los términos ni eximir de los requisitos de esta solicitud. Esta solicitud formará parte del Contrato del Plan. Remita la prima del primer mes para un hijo recién nacido o adoptivo. <b>Tenga en cuenta lo siguiente:</b> Si la fecha de vigencia de la cobertura del hijo es distinta del primer día del mes, usted deberá pagar las primas adicionales en partes proporcionales, las cuales se sumarán a la siguiente facturación de su prima regular.</p> <p>El suscriptor debe firmar la solicitud y la Cláusula de Arbitraje. El suscriptor debe firmar personalmente con su nombre con tinta y aceptar cumplir con la Cláusula de Arbitraje y los términos, las condiciones y las disposiciones de la solicitud y del Contrato del Plan a fin de que se procese esta solicitud. Para que se considere esta solicitud, ni el agente de seguro médico ni ninguna otra persona pueden firmar esta solicitud y Cláusula de Arbitraje.</p> <p><sup>2</sup>La fecha de vigencia será la fecha de nacimiento o la fecha de adopción (o de ubicación con fines de adopción si es anterior) si la solicitud se recibe dentro de los 60 días de la fecha de nacimiento o la fecha de adopción.</p>					

**Parte IV. Período de inscripción especial**

Además del período de inscripción abierta, usted y sus dependientes son elegibles para inscribirse o cambiarse de plan durante un período de inscripción especial, que se extiende dentro de los 60 días de determinados eventos que califican. Por lo general, para las solicitudes recibidas entre los días 1 y 15, la cobertura entrará en vigencia el primer día del mes siguiente a la presentación de la solicitud. Para las solicitudes recibidas entre el día 16 y el último día del mes, la cobertura entrará en vigencia el primer día del segundo mes siguiente a la presentación de la solicitud. **Las excepciones a estas fechas de vigencia incluyen nacimiento, adopción, ubicación para adopción, o a través de una orden de cobertura para un menor u otra orden judicial, que entren en vigencia en la fecha del evento que califica o de la orden judicial. El matrimonio entrará en vigencia el primer día del mes posterior a la recepción de la solicitud.** La solicitud debe recibirse dentro de los 60 días<sup>3</sup> del evento que califica. Se requiere una constancia del evento que califica. Escriba el evento que califica aplicable a continuación y el nombre de la persona a quien corresponde. Para dependientes adicionales, adjunte una hoja de papel aparte.

N.º del evento que califica (consulte el cuadro en la página siguiente)	Fecha del evento <sup>3</sup>	Solicitante principal	Cónyuge/ Pareja doméstica	Dependiente 1	Dependiente 2	Dependiente 3

(continúa)

<sup>3</sup>Si su solicitud se recibe antes de la pérdida de la cobertura, su fecha de vigencia será el primer día del mes siguiente a la pérdida de la cobertura. Si la solicitud se recibe durante el período de 60 días posterior a la pérdida de la cobertura, la fecha de vigencia será el primer día del mes posterior a la recepción de la solicitud.

**Parte IV. Período de inscripción especial (continúa)**

Evento que califica	Ejemplos de documentación de California
1) La persona que califica, o su dependiente, pierde la cobertura esencial mínima, lo cual podría deberse a una de las siguientes razones (sin incluir la terminación voluntaria de su cobertura anterior o la terminación por falta de pago de la prima):	
A. La muerte del empleado cubierto.	Copia de uno de los siguientes:
B. La terminación del empleo o reducción de las horas de trabajo del empleado cubierto.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Anverso y reverso de la tarjeta de identificación de la compañía de seguros anterior.</li> </ul>
C. El divorcio o la separación legal del empleado cubierto del cónyuge del empleado.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Constancia de cobertura acreditable de la compañía de seguros anterior.</li> </ul>
D. El empleado cubierto adquiere derecho a los beneficios conforme a Medicare.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Carta de la compañía de seguros anterior que documente la pérdida de la cobertura.</li> </ul>
E. Un hijo dependiente que deje de ser dependiente conforme a los requisitos generalmente aplicables del plan.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Confirmación del empleador de la terminación del empleo o de la reducción de las horas (debe tener el encabezado del empleador y estar firmada por la administración del empleador).</li> </ul>
F. Un procedimiento en un caso de declaración de bancarrota, conforme al Título 11, que haya comenzado el 1 de julio de 1986 o después de esa fecha, respecto del empleador de cuya compañía se haya jubilado el empleado cubierto en algún momento. En este caso, una pérdida de la cobertura incluye una eliminación sustancial de la cobertura respecto de un beneficiario calificado (cónyuge/pareja doméstica, hijo dependiente o cónyuge/pareja doméstica sobreviviente) dentro del plazo de un año antes o después de la fecha de comienzo del procedimiento.	
G. Está inscrita en cualquier plan de salud de grupo o cobertura de seguro de salud individual que no pertenece al año calendario, aunque la persona que califica, o su dependiente, tenga la opción de renovar dicha cobertura. La fecha de la pérdida de la cobertura es el último día del año del plan o de la póliza.	
H. Pérdida de la cobertura esencial mínima por cualquier motivo que no sea la falta de pago de las primas ni situaciones que permitan una rescisión por fraude o declaración falsa intencional de un hecho sustancial.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Carta del solicitante que respalde el evento que califica.</li> <li>• Carta de la compañía de seguros anterior que documente la pérdida de la cobertura.</li> </ul>
I. Terminación de las contribuciones del empleador.	Aviso por parte del empleador de la terminación de las contribuciones.
J. Fin de la continuidad de cobertura COBRA.	Documentación de COBRA que refleje el fin de la cobertura.
2) A. La persona que califica tiene un nuevo dependiente o se convierte en dependiente a través de matrimonio, inicio de una relación de pareja doméstica, nacimiento, adopción o ubicación para adopción, o bien, de la asunción de una relación padre-hijo.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Certificado de matrimonio.</li> <li>• Declaración de convivencia.</li> <li>• Certificado de pareja doméstica registrada.</li> <li>• Declaración jurada ante escribano público de la asunción de una relación padre-hijo.</li> </ul>
B. La persona inscrita pierde a un dependiente o ya no se considera un dependiente a través de divorcio o separación legal según lo definido por la ley Estatal del Estado en el que se produce el divorcio o la separación legal, o si la persona inscrita, o su dependiente, muere.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Certificado de nacimiento.</li> <li>• Registros de alta.</li> <li>• Documentación de orden judicial para la adopción.</li> <li>• Certificado de la sentencia de divorcio.</li> <li>• Acuerdo de separación legal.</li> <li>• Certificado de defunción.</li> </ul>
3) La inscripción o la no inscripción de la persona que califica o su dependiente en un plan de salud es no intencional, involuntaria o errónea, y es el resultado de un error, una declaración falsa, la conducta inadecuada o la inacción de un funcionario, empleado o agente del Intercambio o del Departamento de Salud y Servicios Humanos, o sus intermediarios, en la medida en que el Intercambio así lo evalúe y determine.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Anverso y reverso de la tarjeta de identificación de la compañía de seguros anterior.</li> <li>• Constancia de cobertura acreditable.</li> <li>• Carta del Intercambio o del Departamento de Salud y Servicios Humanos (por sus siglas en inglés, HHS) en la que se documente el evento que califica.</li> </ul>
4) El plan de salud en el que la persona, o su dependiente, está inscrita violó sustancialmente una disposición fundamental de su contrato.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Documento de resolución del Intercambio u otro plan.</li> </ul>

(continúa)

**Parte IV. Período de inscripción especial (continúa)**

Evento que califica	Ejemplos de documentación de California
<p>5) La persona que califica o la persona inscrita, o su dependiente, obtiene acceso a un nuevo plan de salud como consecuencia de una mudanza permanente.</p>	<p>Copia de una constancia aceptable de los documentos de residencia:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Licencia de conducir u otra identificación actual.</li> <li>• Formulario de registro del vehículo en el estado, actual y válido a nombre del solicitante.</li> <li>• Evidencia de que el solicitante tiene un empleo.</li> <li>• Evidencia de que el solicitante se ha registrado en una agencia de empleo pública o privada.</li> <li>• Evidencia de que el solicitante ha inscrito a sus hijos en una escuela.</li> <li>• Evidencia de que el solicitante está recibiendo asistencia pública.</li> <li>• Formulario de recibo del registro de votantes, tarjeta de notificación de votante o un resumen del registro de votantes.</li> <li>• Factura de un servicio actual a nombre del solicitante.</li> <li>• Recibo actual de pago del alquiler o de la hipoteca a nombre del solicitante. No se aceptarán los recibos de alquiler proporcionados por un pariente.</li> <li>• Escritura de hipoteca que indique residencia principal.</li> <li>• Contrato de arrendamiento a nombre del solicitante.</li> <li>• Correspondencia del gobierno a nombre del solicitante (declaración de la Administración del Seguro Social o SSA, aviso del Departamento de Vehículos Motorizados o DMV, etc.).</li> <li>• Factura del teléfono celular.</li> <li>• Resumen de la tarjeta de crédito.</li> <li>• Estado de cuenta bancario o cheque cancelado con su nombre y dirección impresos.</li> <li>• Carta de confirmación de cambio de domicilio del Servicio Postal de los EE. UU.</li> <li>• Contrato o recibo de la compañía de mudanza en el que aparezca su dirección.</li> <li>• Si vive en el hogar de otra persona, como un familiar, amigo o compañero de habitación, puede enviar una carta/declaración de esa persona donde conste que vive con ella y que no está sólo de visita temporalmente. Esta persona debe demostrar su propia residencia incluyendo uno de los documentos que se enumeran más arriba.</li> <li>• Si usted es una persona sin hogar o reside en una vivienda de transición, puede presentar una carta o declaración de otro residente del mismo estado, donde conste que sabe dónde vive usted y puede demostrar que usted vive en el área y no está sólo de visita temporalmente. Esta persona debe demostrar su propia residencia incluyendo uno de los documentos que se enumeran más arriba.</li> <li>• Carta de parte de un proveedor local de servicios sociales sin fines de lucro (sin incluir proveedores de cuidado de la salud sin fines de lucro) o una entidad gubernamental (incluyendo un refugio) que pueda demostrar que usted vive en el área y no está sólo de visita.</li> </ul>

(continúa)

<b>Parte IV. Período de inscripción especial (continúa)</b>	
<b>Evento que califica</b>	<b>Ejemplos de documentación de California</b>
6) Se ha establecido que la persona debe estar cubierta como dependiente conforme a una orden judicial estatal o federal válida.	Documentación del tribunal.
7) La persona ha sido liberada de encarcelación.	Documentación de libertad bajo palabra o libertad condicional que muestre la fecha del evento.
8) La persona estaba recibiendo servicios conforme a otro plan de beneficios de salud de parte de un proveedor contratado que ya no participa en la red de ese plan de salud por alguna de las siguientes afecciones: (a) una afección aguda (una afección médica que implica la aparición repentina de síntomas causados por una enfermedad, una lesión u otro problema médico que requiere atención médica rápida y que tiene una duración limitada); (b) una afección crónica grave (una afección médica causada por una enfermedad, una afección u otro problema o trastorno médico que es de naturaleza grave y que persiste sin una cura completa, se agrava durante un período prolongado o requiere un tratamiento continuo para mantener la remisión o evitar el deterioro); (c) una enfermedad terminal (una afección incurable o irreversible que tiene una alta probabilidad de provocar la muerte dentro del plazo de un año o menos); (d) un embarazo; (e) atención de un recién nacido entre el nacimiento y los 36 meses; o (f) una cirugía u otro procedimiento que haya sido recomendado y documentado por el proveedor para realizarse dentro de los 180 días de la fecha de terminación del contrato, o dentro de los 180 días de la fecha de vigencia de la cobertura para un afiliado que había adquirido la cobertura recientemente, y ese proveedor ya no participa en el plan de salud.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Carta del plan de salud que documente la terminación del contrato del proveedor en la red.</li> <li>Y</li> <li>• Carta del proveedor que documente la afección de la persona inscrita.</li> </ul>
9) La persona demuestra al Intercambio que no se inscribió en un plan de beneficios de salud durante el período de inscripción inmediatamente anterior disponible para la persona porque le informaron de manera incorrecta que estaba cubierta conforme a la cobertura esencial mínima.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Carta del solicitante que respalde el evento que califica.</li> <li>• Copia de la carta de renovación del plan.</li> </ul>
10) La persona es un miembro de las fuerzas de reserva del servicio militar de los Estados Unidos que regresa de prestar servicios o un miembro de la Guardia Nacional de California que regresa de prestar servicios conforme al Título 32 del Código de los Estados Unidos.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Documentación de baja del estado de servicio activo.</li> </ul>
11) La persona se ha convertido en elegible o no elegible recientemente para recibir pagos por adelantado del crédito tributario de las primas o tiene un cambio en la elegibilidad para reducciones en los costos compartidos.	Documentación del Pago por Adelantado del Crédito Tributario de las Primas (por sus siglas en inglés, APTC) que demuestre la asistencia con la prima para la que es elegible.
12) La persona pierde la cobertura para necesidades médicas conforme a Medi-Cal (sin incluir la terminación voluntaria de su cobertura anterior o la terminación por falta de pago de la prima).	Documentación de Medicaid.
13) La persona pierde la cobertura relacionada con el embarazo conforme a Medi-Cal (sin incluir la terminación voluntaria de su cobertura anterior o la terminación por falta de pago de la prima).	Documentación de Medicaid.



**Parte V. Excepción a la Inscripción Estándar en los Planes Individuales y Familiares: Declaración de Responsabilidad sobre la asistencia de idiomas**

**Instrucciones para la Parte V:** El siguiente proceso se utilizará cuando el solicitante no pueda completar la solicitud porque no lee, escribe ni habla en el idioma de la solicitud. Health Net exige que si usted necesita ayuda para completar esta solicitud, debe emplear los servicios de un intérprete calificado. Comuníquese con Health Net al 1-877-609-8711 para solicitar información sobre los servicios de un intérprete calificado y cómo obtenerlos. Cuando corresponda, este formulario debe ser enviado con el formulario de inscripción del Plan Individual y Familiar.

**Intérprete calificado de Health Net:** Complete lo siguiente si recibe la ayuda de un intérprete calificado de Health Net.

Yo, \_\_\_\_\_, recibí la ayuda de un intérprete calificado autorizado por Health Net para completar esta solicitud porque:

No leo en el idioma de esta solicitud.

No hablo en el idioma de esta solicitud.

No escribo en el idioma de esta solicitud.

Otro (explique): \_\_\_\_\_

Un intérprete calificado me ayudó a completar:  Toda la solicitud.

Otro (explique): \_\_\_\_\_

Un intérprete calificado me leyó esta solicitud en el siguiente idioma: \_\_\_\_\_

**Firmas y fecha (se requieren en tinta)**

Firma del solicitante:	Fecha de hoy:
Fecha en que se realizó la interpretación de la solicitud:	Hora en que se realizó la interpretación de la solicitud:
Número del intérprete calificado:	

**Intérprete calificado que no sea uno de Health Net:** Complete lo siguiente si recibe la ayuda de un intérprete calificado que no sea uno de Health Net.

Si un intérprete calificado, que no sea de Health Net, le ayudó a completar esta solicitud, el intérprete debe completar lo siguiente:

Yo, \_\_\_\_\_, entiendo que un intérprete calificado debe: (a) tener el vocabulario equivalente al de una persona que habla la lengua materna y que ha recibido una educación superior (equivalente a la de una facultad o universidad) en el idioma distinto al inglés; (b) ser capaz de demostrar sensibilidad cultural en la comunicación teniendo en cuenta que todo idioma abarca una amplia variación; (c) tener las habilidades lingüísticas de una persona que habla la lengua materna (desarrolladas a partir de la crianza o el desempeño en una comunidad que habla el idioma); y (d) tener las habilidades de lectura y escritura correspondientes en el idioma distinto al inglés (las habilidades de lectura y escritura se podrían demostrar por una educación superior en la lengua materna).

Como intérprete calificado, yo, personalmente, leí y completé la solicitud por el solicitante mencionado anteriormente porque:

El solicitante no lee en el idioma de esta solicitud.

El solicitante no habla en el idioma de esta solicitud.

El solicitante no escribe en el idioma de esta solicitud.

Otro (explique): \_\_\_\_\_

Declaro bajo pena de perjurio que le leí al solicitante:

Toda la solicitud.

Otro (explique): \_\_\_\_\_

Leí esta solicitud al solicitante en el siguiente idioma: \_\_\_\_\_

(continúa)

**Parte V. Excepción a la Inscripción Estándar en los Planes Individuales y Familiares: Declaración de Responsabilidad sobre la asistencia de idiomas (continúa)**

Brinde la siguiente información sobre el intérprete calificado que ayudó al solicitante y que no es un intérprete calificado de Health Net:

Apellido:		Nombre:	
Dirección del intérprete calificado:			
Ciudad:	Estado:	Código postal:	Teléfono:
Firma del intérprete calificado:			Fecha:

**Parte VI. Información sobre el agente/agente de seguro médico del solicitante**

Se necesitan el nombre completo y la dirección del agente/agente de seguro médico para enviarle la correspondencia.

<b>Identificación del agente de seguro médico de Health Net:</b>		<b>Identificación del agente de ventas directas de Health Net:</b>	
Nombre (en letra de molde):	Número de teléfono:	Número de fax:	
Dirección:		Dirección de correo electrónico:	
<b>Firma/número del agente/agente de seguro médico del solicitante (obligatorios):</b>			<b>Fecha de la firma (obligatoria):</b>

**Certificación del agente/agente de seguro médico**

Yo, \_\_\_\_\_ (nombre del agente/agente de seguro médico),

**(NOTA: Debe seleccionar la casilla correspondiente. Sólo puede seleccionar una).**

(\_\_\_\_\_) no ayudé de ninguna manera al/a los solicitante/s a completar o enviar esta solicitud. El/Los solicitante/s completó/completaron toda la información sin ayuda ni consejos de ningún tipo de mi parte. Entiendo que, si cualquier parte de esta declaración es falsa, puedo estar sujeto a sanciones civiles, incluyendo, pero sin limitarse a, una multa de hasta \$10,000.

**O BIEN**

(\_\_\_\_\_) ayudé al/a los solicitante/s a enviar esta solicitud. Informé al/a los solicitante/s que debía/n responder a todas las preguntas de manera completa y honesta, sin omitir ninguna información requerida en la solicitud. Expliqué que la omisión de información podría tener como resultado la rescisión o cancelación de la cobertura en el futuro. El/Los solicitante/s me indicó/indicaron que entendía/n estas instrucciones y advertencias. Según mi leal saber y entender, la información en la solicitud es completa y precisa. Entiendo que, si cualquier parte de esta declaración es falsa, puedo estar sujeto a sanciones civiles, incluyendo, pero sin limitarse a, una multa de hasta \$10,000.

**Responda a todas las preguntas de la 1 a la 3:**

1. ¿Quién llenó y completó el formulario de solicitud? \_\_\_\_\_
2. ¿Vio personalmente al/a los solicitante/s firmar la solicitud?  Sí  No
3. ¿Revisó la solicitud después de que el/los solicitante/s la firmara/n?  Sí  No

Los planes dentales y de la vista Health Net HMO son ofrecidos por Health Net of California, Inc. Los beneficios de Health Net Dental son administrados por Dental Benefit Providers of California, Inc. Los beneficios de Health Net Vision cuentan con los servicios de EyeMed Vision Care, LLC.

Health Net of California, Inc. es una subsidiaria de Health Net, Inc. Health Net es una marca de servicio registrada de Health Net, Inc. Todos los derechos reservados.

## Parte VII. Condiciones de inscripción

**CONDICIONES GENERALES: Health Net se reserva el derecho de rechazar cualquier solicitud de inscripción si el solicitante no es elegible para la cobertura por no reunir las condiciones de elegibilidad.** No existe cobertura a menos que esta solicitud sea aceptada por el Departamento de Membresía de Health Net y que se emita un Aviso de Aceptación para el solicitante, a pesar de que usted le haya pagado a Health Net la prima del primer mes. Ningún otro departamento, funcionario, agente o empleado de Health Net está autorizado a otorgar la inscripción. El agente o agente de seguro médico del solicitante no puede otorgar la aprobación, cambiar los términos ni eximir de los requisitos de esta solicitud. Esta solicitud formará parte del Contrato del Plan.

### CUÁNDO PUEDE HEALTH NET RESCINDIR EL CONTRATO DE UN PLAN

Dentro de los primeros 24 meses de la cobertura, Health Net puede rescindir el Contrato de un Plan por cualquier acto o práctica que constituya fraude, o por cualquier declaración falsa intencional de un hecho sustancial en la información escrita que usted haya enviado, o que se haya enviado en su nombre, o con su formulario de inscripción.

Un hecho sustancial es información que, de haberla conocido Health Net, ésta se habría negado a emitir la cobertura.

Si se rescinde el Contrato del Plan, Health Net no tendrá responsabilidad alguna por la provisión de cobertura de acuerdo con el Contrato del Plan.

Al firmar esta solicitud, usted manifiesta que todas las respuestas son verdaderas, completas y exactas, y que la solicitud formará parte del Contrato del Plan entre Health Net y usted. Al firmar esta solicitud, usted además acepta cumplir los términos del Contrato del Plan.

Si, después de la inscripción, Health Net investiga la información de su solicitud, Health Net debe notificarle esta investigación y su fundamento, además de ofrecerle la oportunidad de responder.

Si Health Net toma la decisión de rescindir su cobertura, tal decisión primero se enviará para su revisión a un tercero auditor independiente contratado por Health Net.

Si se rescinde el Contrato del Plan, Health Net le enviará un aviso por escrito 30 días antes de la fecha de vigencia de la rescisión que:

1. explicará el fundamento de la decisión;
2. proporcionará la fecha de vigencia de la rescisión;
3. aclarará que todos los afiliados cubiertos conforme a su cobertura que no sean la persona a quien se le rescinde la cobertura pueden continuar estando cubiertos;
4. explicará que se modificará su prima mensual para reflejar la cantidad de afiliados que permanecen conforme al Contrato del Plan; y
5. explicará su derecho y las opciones que tiene de dirigirse a Health Net y/o al Departamento de Atención Médica Administrada si no está de acuerdo con la decisión de Health Net;
6. incluirá un formulario de Derecho a Solicitar una Revisión. Usted tiene 180 días a partir de la fecha del Aviso de Cancelación, Rescisión o No Renovación para presentar dicho formulario ante Health Net y/o el Departamento de Atención Médica Administrada.

Si se rescinde el Contrato del Plan:

1. Health Net puede revocar su cobertura como si nunca hubiera existido y usted perderá los beneficios de salud, incluyendo la cobertura del tratamiento que ya haya recibido;
2. Health Net reembolsará todas las cantidades de la prima que usted haya pagado, menos cualquier gasto médico que Health Net haya pagado en su nombre, y le podemos exigir la devolución de cualquier cantidad pagada desde la fecha inicial de la cobertura conforme al Contrato del Plan; y
3. Health Net se reserva el derecho a obtener cualquier otro recurso legal que surja de la rescisión conforme a las leyes de California.

**Si Health Net deniega su apelación, usted tiene derecho a buscar la ayuda del Departamento de Cuidado Médico de California.**

**USO Y DIVULGACIÓN DE LA INFORMACIÓN MÉDICA PROTEGIDA:** Reconozco y entiendo que los proveedores de cuidado de la salud pueden divulgar mi información médica o la de mis dependientes a Health Net. Health Net utiliza y puede divulgar esta información a efectos de tratamiento, pago y operaciones del plan de salud, incluyendo, pero sin limitarse a, la administración de la utilización, la mejora de la calidad y los programas de manejo de enfermedades o administración de casos. El Aviso de Prácticas de Privacidad de Health Net está incluido en el Contrato del Plan y también puedo obtener una copia de dicho Aviso en el sitio Web en [www.healthnet.com](http://www.healthnet.com) o a través del Centro de Comunicación con el Cliente de Health Net. La autorización para el uso y la divulgación de información médica protegida será válida por un período de 24 meses a partir de la fecha de mi firma en la página siguiente.

**SI EL ÚNICO SOLICITANTE ES MENOR DE EDAD:** Si el único solicitante de esta solicitud es menor de 18 años, el padre/la madre o el tutor legal de dicho solicitante deben firmar como tales. Al firmar, éstos aceptan, por medio del presente documento, ser legalmente responsables de la exactitud de la información brindada en esta solicitud y del pago de las primas. Si dicha parte responsable no es el padre/la madre biológico/a del solicitante, se deben presentar, junto con esta solicitud, copias de los documentos judiciales que autorizan la tutela.

**SI EL SOLICITANTE NO LEE EN EL IDIOMA DE ESTA SOLICITUD:** Si un solicitante no lee en el idioma de esta solicitud y un intérprete lo ayudó a completarla, el solicitante debe firmar y enviar la Declaración de Responsabilidad (consulte la Parte V de esta solicitud, "Excepción a la Inscripción Estándar en los Planes Individuales y Familiares: Declaración de Responsabilidad sobre la asistencia de idiomas").

**Parte VIII. Disposiciones importantes**

**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.

**SE PROHÍBE REALIZAR PRUEBAS DE VIH:** Las leyes de California prohíben que los planes de servicios de cuidado de la salud o las compañías de seguros de salud exijan o utilicen una prueba de VIH como condición para obtener una cobertura.

**RECONOCIMIENTO Y ACUERDO:** Yo, el solicitante, entiendo y estoy de acuerdo en que, al inscribirme en Health Net o al aceptar servicios de ésta, mi persona y cualquier dependiente inscrito debemos cumplir con los términos, las condiciones y las disposiciones del Contrato del Plan. Para obtener una copia del Contrato del Plan, llame a Health Net al 1-877-609-8711. **Yo, el solicitante, leí y entendí los términos de esta solicitud y mi firma a continuación indica que la información provista en esta solicitud está completa, es verdadera y correcta, 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 del Contrato del Plan o de mi 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 el Contrato del Plan se incluye una disposición de arbitraje más detallada. Es posible que el Arbitraje Obligatorio no se aplique a determinadas disputas si el Contrato del Plan 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 solicitante o del padre/de la madre o del tutor legal si el solicitante es menor de 18 años:	Fecha de la firma:	Firma del dependiente del solicitante (18 años o más):	Fecha de la firma:
Firma del cónyuge/de la pareja doméstica o del dependiente del solicitante (18 años o más):	Fecha de la firma:	Firma del dependiente del solicitante (18 años o más):	Fecha de la firma:
Firma del dependiente del solicitante (18 años o más):	Fecha de la firma:	Firma del dependiente del solicitante (18 años o más):	Fecha de la firma:

El/Los solicitante/s debe/n firmar la solicitud y esta Cláusula de Arbitraje. El/Los solicitante/s debe/n firmar personalmente con su nombre en tinta y aceptar cumplir con la Cláusula de Arbitraje y los términos, las condiciones y las disposiciones de la solicitud y del Contrato del Plan a fin de que se procese esta solicitud. Para que se considere esta solicitud, ni el agente/agente de seguro médico ni ninguna otra persona pueden firmar esta solicitud y Cláusula de Arbitraje.

Extienda un cheque personal pagadero a "Health Net". Si devuelve la solicitud completada por correo, envíela a: Health Net Individual & Family Enrollment, PO Box 1150, Rancho Cordova, CA 95741-1150. Si desea enviar su solicitud por fax, hágalo al 1-800-977-4161 y envíe su cheque por correo a: Health Net Individual & Family Enrollment, PO Box 894702, Los Angeles, CA 90189-4702.

Puede enviar una fotocopia o un fax de la solicitud y de las autorizaciones. Health Net recomienda que conserve una copia de esta solicitud y de las autorizaciones para sus registros.

Todas las referencias a "Health Net" de este documento incluyen las subsidiarias y entidades afiliadas de Health Net que aseguran o administran la cobertura a la que se aplica este formulario de inscripción. "Contrato del Plan" se refiere al Contrato del Plan y a la Evidencia de Cobertura combinados de Health Net of California, Inc.

Health Net cumple con las leyes federales aplicables sobre derechos civiles y no discrimina por cuestiones de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad ni sexo. Health Net no excluye a las personas ni las trata de manera diferente por motivos de raza, color, nacionalidad, 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 **1-800-522-0088 (TTY: 711)**.

Si considera que Health Net no proporcionó estos servicios o ejerció algún otro tipo de discriminación por cuestiones de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo, puede presentar una queja formal llamando 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 ayudarlo. También puede presentar una queja formal por correo: Health Net of California, Inc., PO Box 10348, Van Nuys, California 91410-0348, por fax: 1-877-831-6019, o en línea: [healthnet.com](http://healthnet.com).

También puede presentar una queja sobre derechos civiles ante el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos, Oficina de Derechos Civiles, de manera electrónica a través del Portal de Quejas de la Oficina de Derechos Civiles 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>.

**Revisión reguladora estatal pendiente**

Esta página se ha dejado en blanco intencionalmente con fines de impresión

## 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, call us at the number listed on your ID card, or employer group applicants please call 1-800-522-0088 (TTY: 711). Individual & Family Plan (IFP) applicants please call 1-877-609-8711 (TTY: 711). For more help: If you are enrolled in a PPO or EPO insurance policy from Health Net Life Insurance Company, call the CA Dept. of Insurance at 1-800-927-4357. If you are enrolled in an HMO or HSP plan from Health Net of California, Inc., call the DMHC Helpline at 1-888-HMO-2219.

## Arabic

خدمات اللغة مجانية. يمكنك الحصول على مترجم فوري. ويمكنك الحصول على وثائق مقروءة لك. للحصول على المساعدة، اتصل بنا على الرقم الموجود على بطاقة الهوية، أو يرجى من مقدمي طلبات مجموعة أصحاب العمل الاتصال بمركز الاتصال 1-800-522-0088 (TTY: 711). يرجى من مقدمي طلبات خطة الأفراد والعائلة (IFP) الاتصال على الرقم 1-877-609-8711 (TTY: 711). وللحصول على المساعدة: في حال كنت مسجلاً في بوليصة تأمين المنظمة المزودة المفضلة PPO أو المنظمة المزودة الحصرية EPO من Health Net Life Insurance Company، اتصل على قسم التأمين في كاليفورنيا على الرقم 1-800-927-4357. في حال كنت مسجلاً في منظمة المحافظة على الصحة HMO أو خطة التوفير الصحية HSP من شركة Health Net of California, Inc.، اتصل على خط المساعدة في قسم الرعاية الصحية المدارة DMHC على الرقم 1-888-HMO-2219.

## Armenian

Անվճար լեզվական ծառայություններ: Դուք կարող եք բանավոր թարգմանիչ ստանալ: Փաստաթղթերը կարող են կարդալ ձեզ համար ձեր լեզվով: Օգնության համար զանգահարեք մեզ ձեր ID քարտի վրա նշված հեռախոսահամարով, իսկ գործատուի խմբի դիմորդներին խնդրում ենք զանգահարել 1-800-522-0088 (TTY: 711) հեռախոսահամարով: Անհատական և Ընտանեկան Օրագրի անդերեն հապավումը՝ (IFP) դիմորդներին խնդրում ենք զանգահարել 1-877-609-8711 (TTY: 711) հեռախոսահամարով: Լրացուցիչ օգնության համար, եթե անդամագրված եք Health Net Life Insurance Company-ի PPO կամ EPO ապահովագրությանը, զանգահարեք Կալիֆորնիայի Ապահովագրության բաժին՝ 1-800-927-4357 հեռախոսահամարով: Եթե անդամագրված եք Health Net of California, Inc.-ի HMO կամ HSP ծրագրին, զանգահարեք DMHC օգնության գիծ՝ 1-888-HMO-2219 հեռախոսահամարով:

## Chinese

免費語言服務。您可使用口譯員。您可請人使用您的語言將文件內容唸給您聽，並請我們將有您語言版本的部分文件寄給您。如需協助，請致電您會員卡上所列的電話號碼與我們聯絡，雇主團體申請人請致電 1-800-522-0088 (TTY: 711)。個人與家庭計畫 (IFP) 申請人請致電 1-877-609-8711 (TTY: 711)。如需進一步協助：如果您透過 Health Net Life Insurance Company 投保 PPO 或 EPO 保單，請致電 1-800-927-4357 與加州保險局聯絡。如果您透過 Health Net of California, Inc. 投保 HMO 或 HSP 計畫，請致電 DMHC 協助專線 1-888-HMO-2219。

## Hindi

बिना लागत की भाषा सेवाएँ। आप एक दुभाषिया प्राप्त कर सकते हैं। आपको दस्तावेज अपनी भाषा में पढ़ कर सुनाए जा सकते हैं। मदद के लिए, आपके आईडी कार्ड पर दिए गए सूचीबद्ध नंबर पर हमें कॉल करें, या नियोक्ता समूह आवेदक कृपया 1-800-522-0088 (TTY: 711) संपर्क केंद्र पर कॉल करें। कृपया व्यक्तिगत और पारिवारिक प्लैन (IFP) के आवेदक 1-877-609-8711 (TTY: 711) पर कॉल करें। अधिक मदद के लिए: यदि आप Health Net Life Insurance Company PPO या ईपीओ EPO बीमा पॉलिसी में नामांकित हैं, तो कैलिफोर्निया बीमा विभाग को 1-800-927-4357 पर कॉल करें। यदि आप Health Net of California, Inc., एचएमओ HMO या एचएसपी HSP प्लैन में नामांकित हैं, तो डीएमएचसी DMHC हेल्पलाइन के 1-888-HMO-2219 पर कॉल करें।

**Hmong**

Kev Pab Txhais Lus Dawb. Koj xav tau neeg txhais lus los tau. Koj xav tau neeg nyeem cov ntaub ntawv kom yog koj hom lus los tau xav tau kev pab, hu peb tau rau ntawm tus xov tooj nyob ntawm koj daim npav, los yog tias koj yog tus neeg tso npe xav tau kev pab kho mob los ntawm koj txoj hauj-lwm thov hu rau 1-800-522-0088 (TTY: 711). Yog koj yog tus tso npe xav tau kev pab kho mob rau Ib Tug Neeg & Tsev Neeg Individual & Family Plan (IFP) thov hu 1-877-609-8711 (TTY: 711). Xav tau kev pab ntxiv: Yog koj tau tsab ntawv tuav pov hwm PPO los yog EPO los ntawm Health Net Life Insurance Company, hu mus rau CA Dept. of Insurance ntawm 1-800-927-4357. Yog koj tau txoj kev pab kho mob HMO los yog HSP los ntawm Health Net of California, Inc., hu mus rau DMHC tus xov tooj pab Helpline ntawm 1-888-HMO-2219.

**Japanese**

無料の言語サービス。通訳をご利用いただけます。日本語で文書をお読みします。援助が必要な場合は、IDカードに記載されている番号までお電話いただくか、雇用主を通じた団体保険の申込者の方は、1-800-522-0088、(TTY: 711) までお電話ください。個人および家族向けプラン (IFP) の申込者の方は、1-877-609-8711 (TTY: 711) までお電話ください。さらに援助が必要な場合: Health Net Life Insurance CompanyのPPOまたはEPO保険ポリシーに加入されている方は、カリフォルニア州保険局 1-800-927-4357 まで電話でお問い合わせください。Health Net of California, Inc.のHMO またはHSPに加入されている方は、DMHCヘルプライン 1-888-HMO-2219 まで電話でお問い合わせください。

**Khmer**

សេវាភាសាដោយឥតគិតថ្លៃ។ អ្នកអាចទទួលបានអ្នកបកប្រែផ្ទាល់មាត់។ អ្នកអាចស្តាប់គេអានឯកសារឱ្យអ្នកនៅក្នុងភាសារបស់អ្នក។ សម្រាប់ជំនួយ សូមទាក់ទងយើងខ្ញុំតាមរយៈលេខទូរសព្ទដែលមាននៅលើកាតសម្គាល់ខ្លួនរបស់អ្នក ឬ បេក្ខជនក្រុមនិយោជក អាចទាក់ទងទៅមជ្ឈមណ្ឌលទំនាក់ទំនងពាណិជ្ជកម្មនៃក្រុមហ៊ុន 1-800-522-0088 (TTY: 711)។ បេក្ខជនផែនការគ្រួសារ និងបេក្ខជនផែនការបុគ្គល សូមទូរសព្ទទៅលេខ 1-877-609-8711 (TTY: 711)។ សម្រាប់ជំនួយបន្ថែម ៖ បើសិនអ្នកបានចុះ ឈ្មោះក្នុងគោលការណ៍ធានារ៉ាប់រង PPO ឬ EPO Health Net Life Insurance Company សូមទាក់ទងទៅនា យកដ្ឋានធានារ៉ាប់រង CA តាមរយៈទូរសព្ទលេខ 1-800-927-4357។ បើសិនអ្នកបានចុះឈ្មោះក្នុងផែនការ HMO ឬ HSP ពីក្រុមហ៊ុន Health Net នៃរដ្ឋកាលីហ្វ័រញ៉ា សូមទាក់ទងលេខទូរសព្ទជំនួយ DMHC ៖ 1-888-HMO-2219។

**Korean**

무료 언어 서비스. 통역 서비스를 받을 수 있습니다. 귀하가 구사하는 언어로 문서의 낭독 서비스를 받으실 수 있습니다. 도움이 필요하시면 보험 ID 카드에 수록된 번호로 전화하시거나 고용주 그룹 신청인의 경우 1-800-522-0088 (TTY: 711) 번으로 전화해 주십시오. Individual & Family Plan (IFP) 신청인의 경우, 1-877-609-8711 (TTY: 711) 번으로 전화해 주십시오. 추가 도움이 필요하시면, Health Net Life Insurance Company의 PPO 또는 EPO 보험에 가입되어 있으시면 캘리포니아 주 보험국에 1-800-927-4357번으로 전화해 주십시오. Health Net of California, Inc.의 HMO 또는 HSP 플랜에 가입되어 있으시면 DMHC 도움라인에 1-888-HMO-2219번으로 전화해 주십시오.

**Navajo**

Saad Bee Áká E'eyeed T'áá Jíík'e. Ata' halne'ígíí hólǫ́. T'áá hó hazaad k'ehjí naaltsoos hach'í' wóltah. Shíká a'doowof nínízingo naaltsoos bee néího'dóliníngíí bikáa'gi béesh bee hane'í bikáá' áají' hodíílnih éí doodaii' employer groupqjí ninaaltsoos sihtsoozgo éí 1-800-522-0088 (TTY: 711). T'áá hó dóo ha'áichíní bił hak'é'ésti'ígíí [IFP wolyéhígííO éí koji' hojilnih 1-877-609-8711 (TTY: 711). Shíká anáa'doowof jinízingo: PPO éí doodaii' EPOqjí Health Net Life Insurance Company wolyéhíjí béeso ách'ááqá naa'nil biniyé hwe'iina' bik'é'ésti'go éí CA Dept. of Insurance bich'í' hojilnih 1-800-927-4357. HMO éí doodaii' HSPqjí Health Net of Californiaqjí béeso ách'ááqá naa'nil biniyé hats'íis bik'é'ésti'go éí koji' hojilnih DMHC Helpline 1-888-HMO-2219.



## Persian (Farsi)

خدمات زبان به طور رایگان. می توانید یک مترجم شفاهی بگیرید. می توانید درخواست کنید که اسناد به زبان شما برایتان قرائت شوند. برای دریافت راهنمایی، با ما به شماره ای که روی کارت شناسایی شما درج شده تماس بگیرید، یا درخواست کنندگان گروه کارفرما لطفاً با مرکز تماس بازرگانی 1-800-522-0088 (TTY: 711) تماس بگیرید. درخواست کنندگان برنامه انفرادی یا خانواده (IFP) لطفاً با شماره 1-877-609-8711 (TTY: 711) تماس بگیرید. برای دریافت راهنمایی بیشتر: اگر در بیمه نامه PPO یا EPO از سوی Health Net Life Insurance Company عضویت دارید، با CA Dept. of Insurance به شماره 1-800-927-4357 تماس بگیرید. اگر در برنامه HMO یا HSP از سوی Health Net of California, Inc. عضویت دارید، با خط راهنمایی تلفنی DMHC به شماره 1-888-HMO-2219 تماس بگیرید.

## Punjabi (Punjabi)

ਬਿਨਾਂ ਕਿਸੇ ਲਾਗਤ ਤੋਂ ਭਾਸ਼ਾ ਸੇਵਾਵਾਂ। ਤੁਸੀਂ ਇੱਕ ਦੁਭਾਸ਼ੀਆ ਪ੍ਰਾਪਤ ਕਰ ਸਕਦੇ ਹੋ। ਤੁਹਾਨੂੰ ਦਸਤਾਵੇਜ਼ ਤੁਹਾਡੀ ਭਾਸ਼ਾ ਵਿੱਚ ਪੜ੍ਹ ਕੇ ਸੁਣਾਏ ਜਾ ਸਕਦੇ ਹਨ। ਮਦਦ ਲਈ, ਆਪਣੇ ਆਈਡੀ ਕਾਰਡ ਤੇ ਦਿੱਤੇ ਨੰਬਰ ਤੇ ਸਾਨੂੰ ਕਾਲ ਕਰੋ ਜਾਂ ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ 1-800-522-0088 (TTY: 711) 'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ। ਵਿਅਕਤੀਗਤ ਅਤੇ ਪਾਰਿਵਾਰਕ ਪਲੈਨ (IFP) ਦੇ ਆਵੇਦਕ ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ 1-877-609-8711 (TTY: 711) 'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ। ਵਧੇਰੀ ਮਦਦ ਲਈ: ਜੇ Health Net Life Insurance Company ਤੋਂ ਇੱਕ ਪੀਪੀਓ PPO ਜਾਂ ਈਓਪੀ EPO ਬੀਮਾ ਪਾਲਿਸੀ ਵਿੱਚ ਨਾਮਾਂਕਿਤ ਹੋ, ਤਾਂ ਕੈਲੀਫੋਰਨੀਆ ਬੀਮਾ ਵਿਭਾਗ ਨੂੰ 1-800-927-4357 'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ। ਜੇ ਤੁਸੀਂ ਹੈਲਥ ਨੈੱਟ ਆਫ ਕੈਲੀਫੋਰਨੀਆ, ਇੱਕ ਤੋਂ ਇੱਕ ਐਚਐਮਓ HMO ਜਾਂ ਐਚਐਸਪੀ HSP ਪਲੈਨ ਵਿੱਚ ਨਾਮਾਂਕਿਤ ਹੋ ਤਾਂ ਡੀਐਮਐਚਸੀ DMHC ਹੈਲਪਲਾਈਨ ਨੂੰ 1-888-HMO-2219 'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ।

## Russian

Бесплатная помощь переводчиков. Вы можете получить помощь устного переводчика. Вам могут прочитать документы в переводе на ваш родной язык. За помощью обращайтесь к нам по телефону, приведенному на вашей идентификационной карточке участника плана. Если вы хотите стать участником группового плана, предоставляемого работодателем, звоните в коммерческий контактный центр компании 1-800-522-0088 (TTY: 711). Если вы хотите стать участником плана для семей и частных лиц (IFP), звоните по телефону 1-877-609-8711 (TTY: 711). Дополнительная помощь: Если вы включены в полис PPO или EPO от страховой компании Health Net Life Insurance Company, звоните в Департамент страхования штата Калифорния CA Dept. of Insurance, телефон 1-800-927-4357. Если вы включены в план HMO или HSP от страховой компании Health Net of California, Inc., звоните по контактной линии Департамента управляемого медицинского обслуживания (DMHC), телефон 1-888-HMO-2219.

## Spanish

Servicios de idiomas sin costo. Puede solicitar un intérprete. Puede obtener el servicio de lectura de documentos y recibir algunos en su idioma. Para obtener ayuda, llámenos al número que figura en su tarjeta de identificación. Los solicitantes del grupo del empleador deben llamar al 1-800-522-0088 (TTY: 711). Los solicitantes de planes individuales y familiares deben llamar al 1-877-609-8711 (TTY: 711). Para obtener más ayuda, haga lo siguiente: Si está inscrito en una póliza de seguro PPO o EPO de Health Net Life Insurance Company, llame al Departamento de Seguros de California, al 1-800-927-4357. Si está inscrito en un plan HMO o HSP de Health Net of California, Inc., llame a la línea de ayuda del Departamento de Atención Médica Administrada, al 1-888-HMO-2219.

## Tagalog

Walang Bayad na Mga Serbisyo sa Wika. Makakakuha kayo ng isang interpreter. Makakakuha kayo ng mga dokumento na babasahin sa inyong wika. Para sa tulong, tawagan kami sa nakalistang numero sa inyong ID card, o para sa grupo ng mga aplikante ng employer, mangyaring tawagan ang 1-800-522-0088 (TTY: 711). Para sa mga aplikante ng Plano para sa Indibiduwal at Pamilya Individual & Family Plan, (IFP), mangyaring tawagan ang 1-877-609-8711 (TTY: 711). Para sa higit pang tulong: Kung nakatala kayo sa insurance policy ng PPO o EPO mula sa Health Net Life Insurance Company, tawagan ang CA Dept. of Insurance sa 1-800-927-4357. Kung nakatala kayo sa HMO o HSP na plan mula sa Health Net of California, Inc., tawagan ang Helpline ng DMHC sa 1-888-HMO-2219.

## **Thai**

ไม่มีค่าบริการด้านภาษา คุณสามารถใช้ล่ามได้ คุณสามารถให้อ่านเอกสารให้ฟังเป็นภาษาของคุณได้ สำหรับความช่วยเหลือโทรหาเราตามหมายเลขที่ให้ไว้บนบัตรประจำตัวของคุณ หรือ ผู้สมัครกลุ่มนายจ้าง กรุณาโทรหาศูนย์ติดต่อเชิงพาณิชย์ของ 1-800-522-0088 (TTY: 711) ผู้สมัครแผนบุคคลและครอบครัว Individual & Family Plan (IFP) กรุณาโทร 1-877-609-8711 (TTY: 711) สำหรับความช่วยเหลือเพิ่มเติม หากคุณสมัครทำกรมธรรม์ประกันภัย PPO หรือ EPO กับ Health Net Life Insurance Company โทรหากรมการประกันภัยรัฐแคลิฟอร์เนียได้ที่ 1-800-927-4357 หากคุณสมัครแผน HMO หรือ HSP กับ Health Net of California, Inc. โทรหาสายด่วนความช่วยเหลือของ DMHC ได้ที่ 1-888-HMO-2219.

## **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 nhận trợ giúp, hãy gọi cho chúng tôi theo số được liệt kê trên thẻ ID của quý vị, hoặc người nộp đơn vào chương trình theo nhóm của chủ sử dụng lao động vui lòng gọi 1-800-522-0088 (TTY: 711). Người nộp đơn thuộc Chương Trình Cá Nhân & Gia Đình viết tắt trong tiếng Anh là (IFP) vui lòng gọi số 1-877-609-8711 (TTY: 711). Để nhận thêm trợ giúp: Nếu quý vị đăng ký hợp đồng bảo hiểm PPO hoặc EPO từ Health Net Life Insurance Company, vui lòng gọi Sở Y Tế CA theo số 1-800-927-4357. Nếu quý vị đăng ký vào chương trình HMO hoặc HSP từ Health Net of California, Inc., vui lòng gọi Đường Dây Trợ Giúp DMHC theo số 1-888-HMO-2219.