



Health Net®

Solicitud de Pequeñas Empresas

de Cambio e Inscripción Grupal

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

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

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

Bienvenido a Health Net

Pasos simples para completar el formulario:

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

La Ley de Cuidado de Salud Asequible (por sus siglas en inglés, ACA) exige a Health Net que proporcione al Servicio de Rentas Internas (por sus siglas en inglés, IRS) una confirmación de cobertura de cuidado de la salud para usted, como el suscriptor, y sus dependientes cubiertos. El IRS utiliza esta información para confirmar que cada afiliado cuenta con la cobertura esencial mínima y no está sujeto a la disposición sobre el pago de la responsabilidad compartida individual de la ACA. Asegúrese de que el número de Seguro Social (por sus siglas en inglés, SSN) sea exacto tanto para usted como para cada uno de los dependientes que inscribirá. Si desea obtener más información acerca de la disposición sobre el pago de la responsabilidad compartida individual, vaya a <http://www.irs.gov/uac/Questions-and-Answers-on-the-Individual-Shared-Responsibility-Provision>.

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

Nota: Si usted no selecciona un grupo médico participante, un médico de atención primaria y/o un proveedor dental, se seleccionará uno en su nombre.

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

Para uso administrativo únicamente:

Empresa/Grupo Existente
 PO Box 9103
 Van Nuys, CA 91409-9103
 www.healthnet.com

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

Esta página se ha dejado en blanco intencionalmente.



Para ser completado por el empleador	
Nombre del empleador: _____	
Fecha de vigencia solicitada: _____	Número del grupo del empleador (seguro médico): _____
Fecha de elegibilidad del empleado (nueva contratación únicamente): <input type="checkbox"/> La misma que la fecha de contratación <input type="checkbox"/> Otra: _____	

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

1. Información sobre los planes de salud (Todos los planes médicos incluyen cobertura dental y de la vista pediátrica.)

Red HMO Completa ¹			Red SmartCare HMO ²		
Platinum <input type="checkbox"/> \$10 <input type="checkbox"/> \$20	Gold <input type="checkbox"/> \$30 <input type="checkbox"/> \$40	Silver <input type="checkbox"/> \$40	Platinum <input type="checkbox"/> \$10 <input type="checkbox"/> \$20	Gold <input type="checkbox"/> \$30 <input type="checkbox"/> \$40	Silver <input type="checkbox"/> \$40
Red WholeCare HMO ¹			Red Salud HMO y Más ³		
Platinum <input type="checkbox"/> \$10 <input type="checkbox"/> \$20	Gold <input type="checkbox"/> \$30 <input type="checkbox"/> \$40	Silver <input type="checkbox"/> \$40	Platinum <input type="checkbox"/> \$10 <input type="checkbox"/> \$20	Gold <input type="checkbox"/> \$30 <input type="checkbox"/> \$40	Silver <input type="checkbox"/> \$40
Red CommunityCare HMO ⁴					
Gold <input type="checkbox"/> \$5	Silver <input type="checkbox"/> \$20	Bronze <input type="checkbox"/> \$45			
Red PureCare HSP ¹					
<input type="checkbox"/> Platinum 90 HSP 0/15		<input type="checkbox"/> Silver 70 HSP 2000/45			
<input type="checkbox"/> Gold 80 HSP 0/25		<input type="checkbox"/> Bronze 60 HSP 6300/75			
Red PPO Completa			Red EnhancedCare PPO ⁵		
<input type="checkbox"/> Platinum 90 PPO 0/15 + Cobertura Dental Pediátrica <input type="checkbox"/> Gold 80 PPO 0/25 + Cobertura Dental Pediátrica <input type="checkbox"/> Gold 80 Value PPO 750/10 + Cob. Dent. Ped. Alt. <input type="checkbox"/> Silver 70 PPO 2000/45 + Cobertura Dental Pediátrica <input type="checkbox"/> Silver 70 Value PPO 1700/30 + Cob. Dent. Ped. Alt. <input type="checkbox"/> Silver 70 HDHP 1350/40 PPO + Cob. Dent. Ped. Alt. <input type="checkbox"/> Bronze 60 PPO 6300/75 + Cobertura Dental Pediátrica <input type="checkbox"/> Bronze 60 HDHP 5600/15 PPO + Cob. Dent. Ped. Alt.			<input type="checkbox"/> EnhancedCare PPO Gold Value <input type="checkbox"/> EnhancedCare PPO Silver Value <input type="checkbox"/> Silver 70 HDHP 1350/40 EnhancedCare PPO + Cob. Dent. Ped. Alt. <input type="checkbox"/> Bronze 60 HDHP 5600/15 EnhancedCare PPO + Cob. Dent. Ped. Alt.		
Otro/s plan/es:					

Planes Dentales (DHMO)	Planes Dentales (DPPO)	Planes de la Vista (PPO)
<input type="checkbox"/> HN Plus 150 <input type="checkbox"/> HN Plus 225	<input type="checkbox"/> Classic 5 1500 (c/ortodoncia) <input type="checkbox"/> Essential 2 1000 <input type="checkbox"/> Essential 6 1500 <input type="checkbox"/> Classic 4 1500 <input type="checkbox"/> Essential 5 1500 (c/ortodoncia)	<input type="checkbox"/> Preferred 1025-2 <input type="checkbox"/> Preferred 1025-3 <input type="checkbox"/> Preferred Value 10-2

2. Motivo de la solicitud

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

Nombre del empleado: _____

Últimos 4 dígitos del N.º de Seguro Social: _____

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/aaaa):	N.º de Seguro Social/N.º de Identificación de Matrícula (obligatorio para todos los solicitantes):		Cargo laboral:
N.º de teléfono: ()	N.º de teléfono del trabajo: ()	Dirección de correo electrónico:	
Fecha de contratación: / /	N.º de Dpto.:	Estado civil: <input type="checkbox"/> Soltero <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			
Grupo médico participante:		Médico de atención primaria:	
N.º de Identificación de Inscripción del PPG/PCP (números del PPG de 4 dígitos y del PCP de 6 dígitos):		¿Es éste su PCP actual? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Nombre del proveedor dental de HMO:		N.º de identificación del proveedor dental de HMO:	

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

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

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

Nombre del empleado: _____

Últimos 4 dígitos del N.º de Seguro Social: _____

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

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

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

Nombre del empleado: _____

Últimos 4 dígitos del N.º de Seguro Social: _____

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

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

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

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

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

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

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

⁴Disponible en los condados de Los Angeles y Orange.

⁵Disponible en el Condado de Los Angeles.

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

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

Nombre del empleado: _____

Últimos 4 dígitos del N.º de Seguro Social: _____

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

Información personal sobre el empleado

Apellido:	Nombre:	Inicial del 2.º nombre:	N.º de Seguro Social/N.º de Identificación de Matrícula:
-----------	---------	-------------------------	--

Rechazo de la cobertura médica para: <input type="checkbox"/> Usted <input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Pareja doméstica <input type="checkbox"/> Dependiente/s Nombre/s: _____	Motivo: <input type="checkbox"/> Otra cobertura grupal a través de este empleador <input type="checkbox"/> Cobertura individual <input type="checkbox"/> Otra cobertura grupal a través de otro grupo (p. ej., el empleador del cónyuge) <input type="checkbox"/> Otro: _____
Rechazo de la cobertura dental para: <input type="checkbox"/> Usted <input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Pareja doméstica <input type="checkbox"/> Dependiente/s Nombre/s: _____	Motivo: <input type="checkbox"/> Otra cobertura grupal a través de este empleador <input type="checkbox"/> Cobertura individual <input type="checkbox"/> Otra cobertura grupal a través de otro grupo (p. ej., el empleador del cónyuge) <input type="checkbox"/> Otro: _____
Rechazo de la cobertura de la vista para: <input type="checkbox"/> Usted <input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Pareja doméstica <input type="checkbox"/> Dependiente/s Nombre/s: _____	Motivo: <input type="checkbox"/> Otra cobertura grupal a través de este empleador <input type="checkbox"/> Cobertura individual <input type="checkbox"/> Otra cobertura grupal a través de otro grupo (p. ej., el empleador del cónyuge) <input type="checkbox"/> Otro: _____

SI USTED RECHAZA LA COBERTURA – TÓMESE UN MOMENTO PARA LEER DETENIDAMENTE

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

Firma del empleado: _____

Fecha: _____

(Firme 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.)

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

RECONOCIMIENTO Y ACUERDO: Entiendo y acepto que, al inscribirme en Health Net, DBP y/o 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. Declaro que leí y entiendo los términos de esta solicitud, y mi firma a continuación indica que la información provista en esta solicitud está completa, es verdadera y correcta, a mi leal saber y entender, y que acepto estos términos.

ACUERDO DE ARBITRAJE VINCULANTE: Yo, el Solicitante, entiendo y 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 membresía 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	1-877-891-9053
Coreano	1-877-339-8596
Chino mandarín	1-877-891-9053
Español	1-800-331-1777
Tagalo	1-877-891-9051
Vietnamita	1-877-339-8621

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

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

Si tiene preguntas sobre su grupo médico participante (PPG) o médico de atención primaria (PCP), llame directamente a su PPG o comuníquese con los Servicios de Proveedores de Health Net al 1-800-641-7761.

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

Atención de emergencia y atención requerida de urgencia:

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

Certificación previa:

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

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

Afecciones que producen discapacidad:

Si usted, o un familiar suyo, tenía una discapacidad en la fecha de terminación de la cobertura con una aseguradora de salud anterior y la pérdida de la cobertura se debió a la terminación de la póliza de seguro del empleador, es posible que tenga derecho a una extensión de los beneficios de salud de acuerdo con el Código de Seguros de California, sección 10128. Conforme a esta ley, la aseguradora anterior sigue siendo responsable hasta que cualquiera de las siguientes situaciones ocurra primero: (a) el afiliado ya no esté totalmente discapacitado, (b) se paguen los beneficios máximos de la cobertura de la aseguradora anterior, o (c) haya transcurrido un período de 12 meses consecutivos desde la fecha en que finalizó la cobertura con la aseguradora anterior.

Productos/Entidades:

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

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

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

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

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, relación de pareja doméstica, nacimiento, adopción, ubicación para adopción o asunción de una relación padre-hijo, usted y su dependiente pueden ser elegibles para derechos de inscripción especial. Usted debe solicitar la inscripción especial dentro de los 60 días de haber perdido la cobertura o de tener un nuevo dependiente.

Además de los requisitos de no discriminación del Estado de California (según lo descrito en los documentos de cobertura de beneficios), Health Net Life Insurance Company y Health Net of California, Inc. (Health Net) cumplen con las leyes federales aplicables sobre derechos civiles y no discriminan 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:

Solicitantes del Grupo del Empleador 1-800-522-0088 (TTY: 711)

Solicitantes de Planes Individuales y Familiares 1-877-609-8711 (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 ayudarle.

También puede presentar una queja formal por correo, fax o en línea:

Health Net of California, Inc. / Health Net Life Insurance Company Appeals & Grievances

PO Box 10348

Van Nuys, CA 91410-0348

Fax: 1-877-831-6019

En línea: 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>.

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 Շնտանեկան 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

សេវាកម្មភាសាដើមឥតគិតថ្លៃ។ 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 Jíik'e. Ata' halne'ígíí hóhó. T'áá hó hazaad K'ehjí naaltsoos hach'í' wóltah. Shíká a'doowoł nínizingo naaltsoos bee néhó'dólzínígíí bikáa'gi béésh bee hane'í bikáa' áajj'í hodíilnih éí doodaii' employer groupojí ninaaltsoos sihtsoozgo éí 1-800-522-0088 (TTY: 711). T'áá hó dóó ha'áłchíní bíł hak'é'éstí'ígíí ÍIFP wolyéhígíí éí koji'í hojilnih 1-877-609-8711 (TTY: 711). Shíká anáa'doowoł jinízingo: PPO éí doodaii' EPOojí Health Net Life Insurance Company wolyéhígíí béeso ách'áááh naa'nil biniiyé hwe'iina' bik'é'éstí'go éí CA Dept. of Insurance bich'í' hojilnih 1-800-927-4357. HMO éí doodaii' HSPojí Health Net of Californiaojí béeso ách'áááh naa'nil biniiyé hats'íis bik'é'éstí'go éí koji'í 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.

Panjabi (Punjabi)

ਬਿਨਾਂ ਕਿਸੇ ਲਾਗਤ ਤੋਂ ਭਾਸ਼ਾ ਸੇਵਾਵਾਂ। ਤੁਸੀਂ ਇੱਕ ਦੁਬਾਸ਼ਿਆ 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 ਪੀਪੀਏ PPO ਜਾਂ ਈਓਪੀ EPO ਬੀਮਾ ਪਾਲਿਸੀ ਵਿੱਚ ਨਾਮਾਕਿਤ ਹੋ, ਤਾਂ ਕੈਲੀਫੋਰਨੀਆਂ ਬੀਮਾ ਵਿਭਾਗ ਨੂੰ 1-800-927-4357 'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ। ਜੇ ਤੁਸੀਂ ਹੈਲਥ ਨੈੱਟ ਆਫ ਕੈਲੀਫੋਰਨੀਆਂ, ਇੱਕ ਤੋਂ ਇੱਕ ਐਚਐਮਓ HMO ਜਾਂ ਐਚਐਸਪੀ HSP ਪਲੈਨ ਵਿੱਚ ਨਾਮਾਕਿਤ 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 inyo 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 สำหรับความช่วยเหลือ โทรหาเราตามหมายเลขที่ให้ไว้บนบัตรประจำตัวของคุณ 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.