

FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN Y CAMBIO DEL AFILIADO

| | |
|-----------------------------------|------------------------------------------|
| NOMBRE DEL EMPLEADOR | |
| FECHA DE VIGENCIA DE LA COBERTURA | NÚMERO DEL GRUPO DE EMPLEADORES (Médico) |

IMPORTANTE – LLENE TODAS LAS SECCIONES EN LETRA DE MOLDE Y CON TINTA NEGRA. Para que la solicitud tenga validez debe enviar todas las páginas correspondientes.

1 COBERTURA SELECCIONADA

1a: MARQUE EL PLAN DESEADO, SEGÚN LO OFRECIDO POR SU EMPLEADOR:

PLAN MÉDICO (escriba el número del plan al lado del producto, si lo conoce)

- | | |
|----------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> HMO _____ | <input type="checkbox"/> FLEX NET (Indemnización) _____ |
| <input type="checkbox"/> HMO HRA _____ | <input type="checkbox"/> PPO _____ |
| <input type="checkbox"/> HMO Silver Network _____ | <input type="checkbox"/> PPO HSA _____ |
| <input type="checkbox"/> HMO Variable Copay _____ | <input type="checkbox"/> Out-of-State PPO (OOS PPO) _____ |
| <input type="checkbox"/> HMO y Más _____ | <input type="checkbox"/> Out-of-State PPO HSA _____ |
| <input type="checkbox"/> ELECT SM Open Access (EOA) _____ | <input type="checkbox"/> SALUD con Health Net _____ |
| <input type="checkbox"/> EOA Silver Network _____ | <input type="checkbox"/> SELECT (POS) _____ |
| <input type="checkbox"/> ELECT (POS) _____ | <input type="checkbox"/> SELECT 3-tier POS _____ |
| <input type="checkbox"/> EPO _____ | <input type="checkbox"/> Otro _____ |

MOTIVO DE LA SOLICITUD:

- Empleado nuevo
- Inscripción abierta
- Pérdida de fecha de cobertura anterior _____
- Fecha de vigencia de COBRA _____
- Evento calificado _____
- Fecha del evento calificado _____
- Agregar dependiente
- Evento calificado _____
- Fecha del evento calificado _____

MOTIVO DEL CAMBIO:

- Cambio de plan
- Cambio de dirección/nombre
- Eliminación de dependientes (indique los nombres en la Sección 3)
- Otro _____

Llene las secciones 1b/1c sólo si Health Net será su proveedor dental y/o de la vista.

1b: PLAN DENTAL (elija uno)

(escriba el número del plan al lado del producto)

- HMO _____
- PPO _____
- INDEMNITY _____

1c: PLAN DE LA VISTA

(escriba el número del plan al lado del producto)

- PPO _____

2 INFORMACIÓN PERSONAL DEL EMPLEADO

| | | | | | | |
|--------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------|--------|-------------------|------------------------------|--|-------------------------------------------------------------------|
| Apellido | | Nombre | | Iniciales del Segundo Nombre | | <input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer |
| Dirección de Residencia | | | Ciudad | Estado | | Código postal |
| Dirección postal (si es distinta de la dirección de su casa) | | | Ciudad | Estado | | Código postal |
| Fecha de Nacimiento Mes/Día/Año | Nº del Seguro Social/Nº de Identificación de Matrícula | | Nombre del Puesto | | | |

| | | | | | | |
|------------------------|------------------------------------|---------------------------------|--|--|--|--|
| Nº de Teléfono () () | Nº de Teléfono del Trabajo () () | Dirección de Correo Electrónico | | | | |
|------------------------|------------------------------------|---------------------------------|--|--|--|--|

| | | | | | | |
|---------------------------|------------------|--------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|
| Fecha de Contratación / / | Clase de trabajo | Nº de Departamento | Estado de Empleo <input type="checkbox"/> Asalariado <input type="checkbox"/> Por Hora | Estado civil <input type="checkbox"/> Soltero/a <input type="checkbox"/> Casado/a <input type="checkbox"/> Pareja de unión libre | | |
|---------------------------|------------------|--------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|

| | |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Está optando por declinar la cobertura? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No. Si la respuesta es "Sí", pase a la sección 4. | Para los Afiliados de HMO y más o Salud con Health Net: Si es posible, preferiría recibir las comunicaciones y la información del plan en español. <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

| | | | | |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------|
| Tipo de Cobertura <input type="checkbox"/> Médico <input type="checkbox"/> Dental <input type="checkbox"/> Vista | Medicare <input type="checkbox"/> Parte A <input type="checkbox"/> Parte B <input type="checkbox"/> Parte D | Nº de Reclamo de Medicare/ Reclamo del Seguro de Salud (HICN, por sus siglas en inglés) | Nº de Grupo Médico Participante (PPG, por sus siglas en inglés) <input type="checkbox"/> N/A. Me estoy inscribiendo en un plan PPO o Flex Net | Nº de Médico de Atención Primaria (PCP, por sus siglas en inglés) |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------|

| | | | |
|--------------------------------------|--|---------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|
| Nombre del Médico (Nombre, Apellido) | | ¿Es éste su médico actual? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Nº de Identificación del Proveedor de Dental HMO (llene si elige Health Net Dental) |
|--------------------------------------|--|---------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|

¿Tiene alguna otra cobertura de atención de la salud? Sí No. Si la respuesta es sí, complete lo siguiente:
 Nombre de la Compañía de Seguros _____ Fecha de Inicio de la Cobertura Anterior / /

¿Está inscribiendo dependientes? Sí No. Si la respuesta es "Sí", complete y envíe todas las páginas del formulario. Si la respuesta es "No", pase a la sección 5 y envíe las páginas 1 y 3.

Nombre del empleado _____

3 INFORMACIÓN DE LA FAMILIA Indique todos los familiares elegibles que se inscribirán. (Si es necesario, adjunte hojas adicionales)

| | | | | |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|----------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> Pareja Doméstica <input type="checkbox"/> F | | Apellido | Nombre | Iniciales del Segundo Nombre |
| Dirección de Residencia <input type="checkbox"/> Marque aquí si es la misma del empleado | | Ciudad | Estado | Código postal |
| Fecha de Nacimiento Mes/Día/Año | | N° del Seguro Social/N° de Identificación de Matrícula | | |
| Tipo de Cobertura <input type="checkbox"/> Médico <input type="checkbox"/> Dental <input type="checkbox"/> Vista Medicare <input type="checkbox"/> Parte A <input type="checkbox"/> Parte B <input type="checkbox"/> Parte D | | N° de Reclamo de Medicare/Reclamo del Seguro de Salud (HICN, por sus siglas en inglés) | N° de Grupo Médico Participante (PPG, por sus siglas en inglés) | N° de Médico de Atención Primaria (PCP, por sus siglas en inglés) |
| Nombre del Médico (Nombre, Apellido) | | ¿Es éste su médico actual? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | N° de Identificación del Proveedor de Dental HMO (llene sólo si elige Health Net Dental) | |
| ¿Tiene alguna otra cobertura de atención de la salud? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No. Si la respuesta es sí, complete lo siguiente: | | | | |
| Nombre de la Compañía de Seguros _____ | | Fecha de Inicio de la Cobertura Anterior / / | | |
| <input type="checkbox"/> Hijo <input type="checkbox"/> Hija Apellido | | Nombre | Iniciales del Segundo Nombre | |
| Dirección de Residencia <input type="checkbox"/> Marque aquí si es la misma del empleado | | Ciudad | Estado | Código postal |
| Fecha de Nacimiento Mes/Día/Año | | N° del Seguro Social/N° de Identificación de Matrícula | | |
| Tipo de Cobertura <input type="checkbox"/> Médico <input type="checkbox"/> Dental <input type="checkbox"/> Vista Medicare <input type="checkbox"/> Parte A <input type="checkbox"/> Parte B <input type="checkbox"/> Part D | | N° de Reclamo de Medicare/Reclamo del Seguro de Salud | Tipo de Dependiente Mayor de Edad <input type="checkbox"/> Discapacitado <input type="checkbox"/> Estudiante a Tiempo Completo <input type="checkbox"/> Más del 50% de apoyo | N° de Grupo Médico Participante N° de Médico de Atención Primaria |
| Nombre del Médico (Nombre, Apellido) | | ¿Es éste su médico actual? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | N° de Identificación del Proveedor de Dental HMO (llene sólo si elige Health Net Dental) | |
| ¿Tiene alguna otra cobertura de atención de la salud? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No. Si la respuesta es sí, complete lo siguiente: | | | | |
| Nombre de la Compañía de Seguros _____ | | Fecha de Inicio de la Cobertura Anterior / / | | |
| <input type="checkbox"/> Hijo <input type="checkbox"/> Hija Apellido | | Nombre | Iniciales del Segundo Nombre | |
| Dirección de Residencia <input type="checkbox"/> Marque aquí si es la misma del empleado | | Ciudad | Estado | Código postal |
| Fecha de Nacimiento Mes/Día/Año | | N° del Seguro Social/N° de Identificación de Matrícula | | |
| Tipo de Cobertura <input type="checkbox"/> Médico <input type="checkbox"/> Dental <input type="checkbox"/> Vista Medicare <input type="checkbox"/> Parte A <input type="checkbox"/> Parte B <input type="checkbox"/> Part D | | N° de Reclamo de Medicare/Reclamo del Seguro de Salud | Tipo de Dependiente Mayor de Edad <input type="checkbox"/> Discapacitado <input type="checkbox"/> Estudiante a Tiempo Completo <input type="checkbox"/> Más del 50% de apoyo | N° de Grupo Médico Participante N° de Médico de Atención Primaria |
| Nombre del Médico (Nombre, Apellido) | | ¿Es éste su médico actual? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | N° de Identificación del Proveedor de Dental HMO (llene sólo si elige Health Net Dental) | |
| ¿Tiene alguna otra cobertura de atención de la salud? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No. Si la respuesta es sí, complete lo siguiente: | | | | |
| Nombre de la Compañía de Seguros _____ | | Fecha de Inicio de la Cobertura Anterior / / | | |
| <input type="checkbox"/> Hijo <input type="checkbox"/> Hija Apellido | | Nombre | Iniciales del Segundo Nombre | |
| Dirección de Residencia <input type="checkbox"/> Marque aquí si es la misma del empleado | | Ciudad | Estado | Código postal |
| Fecha de Nacimiento Mes/Día/Año | | N° del Seguro Social/N° de Identificación de Matrícula | | |
| Tipo de Cobertura <input type="checkbox"/> Médico <input type="checkbox"/> Dental <input type="checkbox"/> Vista Medicare <input type="checkbox"/> Parte A <input type="checkbox"/> Parte B <input type="checkbox"/> Part D | | N° de Reclamo de Medicare/Reclamo del Seguro de Salud | Tipo de Dependiente Mayor de Edad <input type="checkbox"/> Discapacitado <input type="checkbox"/> Estudiante a Tiempo Completo <input type="checkbox"/> Más del 50% de apoyo | N° de Grupo Médico Participante N° de Médico de Atención Primaria |
| Nombre del Médico (Nombre, Apellido) | | ¿Es éste su médico actual? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | N° de Identificación del Proveedor de Dental HMO (llene sólo si elige Health Net Dental) | |
| ¿Tiene alguna otra cobertura de atención de la salud? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No. Si la respuesta es sí, complete lo siguiente: | | | | |
| Nombre de la Compañía de Seguros _____ | | Fecha de Inicio de la Cobertura Anterior / / | | |

4 RECHAZO DE COBERTURA (llene esta sección si usted o sus dependientes elegibles rechazan alguna cobertura.)

- Cobertura médica que se declina para:** **Motivo:** Otra cobertura grupal a través de este empleador Cobertura Individual
Nombre: _____ Otra cobertura grupal proporcionada por otro grupo (*por ejemplo, el empleador del cónyuge*)
 Sí mismo Cónyuge Pareja Doméstica Dependiente(s) Otro _____
- Cobertura médica que se declina para:** **Motivo:** Otra cobertura grupal a través de este empleador Cobertura Individual
Nombre: _____ Otra cobertura grupal proporcionada por otro grupo (*por ejemplo, el empleador del cónyuge*)
 Sí mismo Cónyuge Pareja Doméstica Dependiente(s) Otro _____
- Cobertura médica que se declina para:** **Motivo:** Otra cobertura grupal a través de este empleador Cobertura Individual
Nombre: _____ Otra cobertura grupal proporcionada por otro grupo (*por ejemplo, el empleador del cónyuge*)
 Sí mismo Cónyuge Pareja Doméstica Dependiente(s) Otro _____

DETÉNGASE Y LEA CUIDADOSAMENTE.

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

Al rechazar la cobertura, reconozco que mis dependientes y yo posiblemente tengamos que esperar hasta el próximo período de Inscripción Abierta o evento calificado para inscribirnos. Además, al firmar a continuación, certifico que el motivo por el cual estoy rechazando la cobertura corresponde exactamente a lo que indican las marcas que se hicieron anteriormente.

Nombre del Empleado en letra de molde _____

Firma del empleado _____ Fecha _____

(FIRME SÓLO SI ESTÁ RECHAZANDO LA COBERTURA. SI FIRMA POR ERROR, TACHE LA FIRMA Y PONGA SUS INICIALES.)

5 ACEPTACIÓN DE COBERTURA (firma obligatoria.)

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

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

Las leyes de California prohíben que las compañías de seguros de salud exijan o utilicen un examen de VIH como condición para obtener la cobertura del seguro de salud.

RECONOCIMIENTO Y ACUERDO: Comprendo y acepto que al inscribirme en o al aceptar servicios de las Entidades de Health Net, las Entidades de DBP y/o las Entidades de Fidelity, yo y cualquier dependiente inscrito estamos obligados a entender y acatar los términos, condiciones y disposiciones del Contrato del Plan o de la Póliza de Seguro. Leí y comprendo los términos de esta Solicitud y mi firma a continuación indica que la información provista en dicha Solicitud está completa, es verdadera y correcta y que acepto estos términos.

CONTRATO DE ARBITRAJE VINCULANTE: Sujeto a los términos del Contrato del Plan o la Póliza de Seguro (los cuales pueden prohibir el arbitraje obligatorio de ciertas disputas si el Contrato del Plan o la Póliza de Seguro están sujetos a ERISA, 29 U.S.C. sección 1001, et seq.), Yo, el Empleado, comprendo y acepto que cualquiera y todas las disputas o los desacuerdos entre mi persona (incluidos cualquiera de mis familiares inscritos, herederos o representantes personales) y las Entidades de Health Net, las Entidades de DBP y/o las Entidades de Fidelity, relacionados con la elaboración, la interpretación, la ejecución o el incumplimiento del Contrato del Plan o la Póliza de Seguro, o en relación a otros asuntos que se relacionan o que surgen de mi condición de afiliado a las Entidades de Health Net, las Entidades de DBP y/o las Entidades de Fidelity, ya sea que estén establecidos de manera contractual, extracontractual o de otra forma, y en que estén o no implicadas otras partes, tales como proveedores de cuidado de la salud o sus agentes o empleados, deben ser sometidos a un arbitraje inapelable y vinculante en lugar de a un jurado o juicio. Comprendo que, al estar de acuerdo en someter todas las disputas a un arbitraje inapelable y vinculante, todas las partes, incluidas las Entidades de Health Net, las Entidades de DBP y/o las Entidades de Fidelity, están renunciando a su derecho constitucional a que sus disputas sean resueltas en un tribunal de justicia ante un jurado. También comprendo que las disputas que yo pueda tener con las Entidades de Health Net, las Entidades de DBP y/o las Entidades de Fidelity que impliquen reclamos por negligencia médica, también están sujetas a un arbitraje inapelable y vinculante. En el Contrato del plan o en la Póliza de seguro se incluye una disposición de arbitraje más detallada. Mi firma a continuación indica que acepto someter cualquier disputa a un arbitraje vinculante.

Nombre del Empleado en letra de molde _____

Firma del empleado _____ Fecha _____

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



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 new applicants please call 1-800-522-0088. For more help call the CA Dept. of Insurance at 1-800-927-4357 if you are enrolling in a PPO or EPO plan.

English

Servicios de Idiomas Sin Costo. Usted puede solicitar un intérprete. Puede solicitar que una persona le lea los documentos y que algunos se envíen en su idioma. Para solicitar ayuda, llámenos al número que aparece en su tarjeta de identificación o, si es un solicitante nuevo, llame al 1-800-522-0088. Para obtener más ayuda llame al Departamento de Seguros de CA al 1-800-927-4357 si se inscribe en un plan PPO o EPO.

Spanish

免費語言服務。您可以取得口譯員服務。我們可以把文件朗讀給您聽，部分文件可以翻譯成您的語言並寄送給您。欲取得協助，請撥您會員卡上所列電話號碼和我們聯絡，新申請人請撥 1-800-522-0088。如果您加入的是 PPO 或 EPO 計畫而想取得更多協助，請致電加州保險部，電話 1-800-927-4357。

Chinese

Các Dịch Vụ Trợ Giúp Ngôn Ngữ Miễn Phí. Quý vị có thể được nhận dịch vụ thông dịch và có thể được người khác đọc giúp các tài liệu bằng ngôn ngữ của quý vị. Để được giúp đỡ, xin gọi chúng tôi tại số điện thoại ghi trên thẻ hội viên của quý vị hoặc các đường đơn mới có thể gọi số 1-800-522-0088. Để được giúp đỡ thêm, xin gọi Sở Bảo Hiểm California tại số 1-800-927-4357 nếu quý vị muốn tham gia một chương trình PPO hoặc EPO.

Vietnamese

무료 언어 지원 서비스. 무료 통역사 서비스 및 여러분에게 편한 언어로 서류 낭독 서비스를 받으실 수 있습니다. 도움이 필요하신 분은 본인의 ID 카드상의 안내번호로 연락해 주시거나 신규 신청자님의 경우 1-800-522-0088 번으로 문의해 주십시오. PPO 혹은 EPO 플랜에 가입하신 경우 보다 더 많은 도움이 필요하신 분은 캘리포니아 보험 담당국 안내번호 1-800-927-4357 번으로 문의하십시오.

Korean

Walang Gastos na mga Serbisyo sa Wika. Makakakuha ka ng interpreter o tagasalin at maipababasa mo sa iyong wika ang mga dokumento. Para makakuha ng tulong, tawagan kami sa numerong nakalista sa iyong ID card, o para sa mga bagong aplikante, mangyaring tumawag sa 1-800-522-0088. Para sa karagdagang tulong, tawagan ang CA Dept. of Insurance sa 1-800-927-4357 kung ikaw ay nag-ee-roll sa isang PPO o EPO plan.

Tagalog

Անվճար Լեզվական Ծառայություններ: Կարող եք թարգմանիչ ձեռք բերել և փաստաթղթերը ձեր լեզվով ընթերցել սալ: Օգնության համար մեզ զանգահարեք ձեր ինքնության (ID) տոմսի վրա գտնվող համարով, կամ եթե նոր դիմորդ եք՝ 1-800-522-0088 համարով: Լրացուցիչ օգնության համար զանգահարեք Կալիֆոռնիայի Ապահովագրության Բաժանմունք 1-800-927-4357 համարով, եթե գրանցվում եք PPO կամ EPO ծրագրում:

Armenian

Бесплатные услуги перевода. Вы можете воспользоваться услугами устного переводчика, который прочитает вам документы на вашем родном языке. Если вам требуется помощь, звоните нам по номеру телефона, указанному в вашей карточке-удостоверении. Если вы являетесь новым участником, пожалуйста, звоните по номеру 1-800-522-0088. Если вам требуется дополнительная помощь, звоните в Департамент страхования штата Калифорния (CA Dept. of Insurance) по номеру 1-800-927-4357, если вы регистрируетесь как участник плана PPO или EPO.

Russian

無料の言語サービス。日本語で通訳をご提供し、書類をお読みします。サービスをご希望の場合、ID カード記載の番号までお問い合わせください。新規お申し込みの方は、1-800-522-0088 までご連絡ください。

更なるお問い合わせは、PPO または EPO プラン会員の方に限り、カリフォルニア州保険庁、1-800-927-4357 までご連絡ください。

Japanese

خدمات مجاني مربوط به زبان. میتوانید از خدمات یک مترجم شفاهی برخوردار شده و بگوئید مدارک به زبان خودتان برایتان خوانده شوند. برای دریافت کمک، یا ما از طریق شماره تلفنی که روی کارت شناسائی شما قید شده است و یا متقاضیان جدید لطفاً با شماره 1-800-522-0088 تماس بگیرند. برای دریافت کمک بیشتر یا اگر در یک طرح PPO یا EPO ثبت نام می کنید، به اداره بیمه کالیفرنیا به شماره 1-800-927-4357 تلفن کنید.

Farsi

ਮੁਫਤ ਭਾਸ਼ਾ ਸੇਵਾਵਾਂ: ਤੁਸੀਂ ਦੁਭਾਸ਼ੀਏ ਦੀਆਂ ਸੇਵਾਵਾਂ ਪ੍ਰਾਪਤ ਕਰ ਸਕਦੇ ਹੋ ਅਤੇ ਦਸਤਾਵੇਜ਼ ਤੁਹਾਨੂੰ ਤੁਹਾਡੀ ਭਾਸ਼ਾ ਵਿੱਚ ਪੜ੍ਹ ਕੇ ਸੁਣਾਏ ਜਾ ਸਕਦੇ ਹਨ। ਮਦਦ ਲਈ, ਆਪਣੇ ਆਈਡੀ (ID) ਕਾਰਡ 'ਤੇ ਦਿੱਤੇ ਨੰਬਰ ਤੇ ਸਾਨੂੰ ਫੋਨ ਕਰੋ, ਅਤੇ ਨਵੇਂ ਮੈਂਬਰ ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ 1-800-522-0088 ਨੰਬਰ ਤੇ ਫੋਨ ਕਰਨ। ਜੇ ਤੁਸੀਂ PPO ਜਾਂ EPO ਪਲਾਨ ਲਈ ਨਾਂ ਲਿਖਵਾ ਰਹੇ ਹੋ ਤਾਂ ਵਧੇਰੇ ਮਦਦ ਲਈ ਕੈਲੀਫੋਰਨੀਆ ਡਿਪਾਰਟਮੈਂਟ ਆਫ ਇਨਸ਼ੂਰੈਂਸ ਨੂੰ 1-800-927-4357 ਤੇ ਫੋਨ ਕਰੋ।

Punjabi

សេវាកម្មសេរីដែលឥតគិតថ្លៃ ។ អ្នកអាចទទួលបានអ្នកបកប្រែម្នាក់ និងអាចឱ្យគេអានឯកសារផ្សេងៗឱ្យអ្នក ស្តាប់ជា ភាសារបស់អ្នក ។ សម្រាប់ជំនួយ សូមទូរស័ព្ទមកយើងខ្ញុំតាមលេខដែលមាននៅលើប័ណ្ណសម្គាល់ខ្លួនរបស់អ្នក ឬបេក្ខជនថ្មីសូមទូរស័ព្ទទៅលេខ 1-800-522-0088 ។ សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែមទៀត សូមទូរស័ព្ទទៅក្រសួងធានារ៉ាប់រង នៃរដ្ឋកាលីហ្វ័រញ៉ា តាមលេខ 1-800-927-4357 ប្រសិនបើអ្នកកំពុងចុះឈ្មោះនៅក្នុងគម្រោង PPO ឬ EPO ។

Cambodian

Cov Kev Pab Txhais Lus Uas Tsis Tau Them Nqi. Yuav muaj ib tug neeg txhais lus thiab nyeem cov ntwav ua koj hom lus rau koj. Yog xav tau kev pab, hu rau peb ntawm tus xov tooj nyob hauv koj daim yuaj ID los sis cov neeg thov kev pab tshiab thov hu rau 1-800-522-0088. Yog xav tau kev pab ntxiv hu rau CA Lub Caj Meem Fai Saib Xyuas Txog Kev Tuav Pov Hwm ntawm 1-800-927-4357 yog hais tias koj koom rau hauv qhov kev pab them nqi los ntawm PPO los sis EPO.

Hmong

ບໍລິການພາສາໂດຍບໍ່ເສຍຄ່າ. ທ່ານສາມາດໄດ້ຮັບບໍລິການແປພາສາແລະມີຜູ້ອ່ານເອກກະສານໃຫ້ທ່ານຟັງເປັນພາສາຂອງທ່ານເອງ. ເພື່ອຈະໄດ້ຮັບຄວາມຊ່ວຍເຫລືອ, ໃຫ້ໂທຫາພວກເຮົາຕາມພາຍເລກທີ່ລະບຸໄວ້ໃນບັດປະກັນໄພຂອງທ່ານ ຫລືຜູ້ທີ່ຈະຂໍເອົາ ແຜນການໃໝ່ໃຫ້ໂທຕາມພາຍເລກ 1-800-522-0088. ຖ້າຫາກທ່ານກຳລັງຈະລົງທະບຽນແຜນການ PPO ຫລື EPO ໃຫ້ໂທໄປ ຫາກົມປະກັນໄພແຫ່ງລັດຄາລິຟໍເນຍຕາມພາຍເລກ 1-800-927-4357 ເພື່ອຈະໄດ້ຮັບຄວາມຊ່ວຍເຫລືອເພີ່ມຕື່ມ.

Lao

خدمات لغوية بدون تكلفة. يمكنك الاستعانة بمترجم وطلب قراءة الوثائق لك بلغتك. للحصول على المساعدة، اتصل بنا على الرقم المبين على بطاقة عضويتك. بالنسبة للأعضاء الجدد، رجاء الاتصال بالرقم 1-800-522-0088. للحصول على المساعدة الإضافية، يرجى الاتصال بإدارة التأمين لولاية كاليفورنيا على الرقم 1-800-927-4357 إذا كنت منضما لبرنامج PPO أو EPO.

Arabic

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 llenar este formulario o si tiene preguntas sobre su cobertura:

| | |
|------------|----------------|
| Inglés | 1-800-522-0088 |
| Español | 1-800-331-1777 |
| Cantonés | 1-877-891-9050 |
| Coreano | 1-877-339-8596 |
| Mandarín | 1-877-891-9053 |
| Tagalo | 1-877-891-9051 |
| Vietnamita | 1-877-339-8621 |

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

| | |
|---------------|----------------|
| Dental | 1-866-249-2382 |
| Oftalmológico | 1-866-392-6058 |

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

Personas Inscritas en HMO, HMO HRA, HMO Silver Network, Co-pago Variable de HMO, HMO y más, ELECT Open Access (EOA), ELECT (POS), EPO, Salud con Health Net EPO o SELECT (POS): seleccione un Grupo Médico Participante (PPG) y un Médico de Atención Primaria (PCP).

Personas inscritas en Dental HMO: seleccione un dentista participante.

Tenga presente que si no selecciona un grupo médico participante, médico de atención primaria o proveedor dental para usted y cada uno de sus dependientes elegibles, se le asignará uno.

CERTIFICACIÓN PREVIA

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

Para obtener una certificación previa llame al 1-800-977-7282

Condiciones Pre-existentes y Cobertura Acreditable

Su cobertura conforme a los planes de beneficios PPO, PPO HSA, EPO y Flex Net puede estar sujeta a limitaciones de condiciones pre-existentes durante un período máximo de seis meses a partir de la fecha de vigencia de su inscripción. De acuerdo con las leyes estatales y federales, Health Net Life Insurance Company acreditará toda cobertura previa que documente en el momento en que solicite la inscripción en PPO, PPO HSA, EPO o Flex Net, siempre y cuando dicha cobertura previa califique como una “cobertura acreditable” según lo definido por las leyes federales y estatales. La cobertura acreditable se aplicará para compensar (parcial o totalmente) la limitación de condición pre-existente que se puede aplicar a su cobertura conforme a esta póliza. Si no puede

proporcionar la documentación de cobertura acreditable auténtica en el momento de la inscripción, Health Net Life Insurance Company puede proporcionarle ayuda para obtener la documentación necesaria previa solicitud. Nota: La cobertura anterior, que se interrumpe por un período de 63 días (ó 180 días si su empleador anterior terminó la cobertura) o más, no califica como cobertura acreditable.

CONDICIONES INCAPACITANTES

Si usted o un familiar estaba discapacitado en la fecha de término de la cobertura con un asegurador de salud anterior y la pérdida de la cobertura se debió al término de la póliza de seguro del empleador, usted puede tener derecho a una extensión de los beneficios de salud de acuerdo con el Código de Seguros de California, sección 10128. Según esta ley, el asegurador anterior mantiene su responsabilidad hasta que cualquiera de las siguientes situaciones ocurra primero: (a) el afiliado deja de estar totalmente discapacitado; (b) los beneficios máximos de la cobertura del asegurador anterior están pagados; o (c) se cumple un período de 12 meses consecutivos desde la fecha en que finalizó la cobertura con el asegurador anterior.

PRODUCTOS/ENTIDADES:

Los planes médicos son proporcionados por Health Net of California, Inc. y/o Health Net Life Insurance Company (juntas son las “Entidades de Health Net”). Los planes dentales son proporcionados por Dental Benefit Providers of California, Inc. and / or Unimerica Insurance Company (juntas son las “Entidades de DBP”). Los planes oftalmológicos son provistos por Fidelity Security Life Insurance Company y atendidos por Eyemed Vision Care LLC (juntas son las “Entidades de Fidelity”).

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

Health Net of California Inc. ofrece los siguientes productos: HMO, HMO HRA, HMO Silver Network, Co-pago Variable de HMO, HMO y más, Salud con Health Net HMO, ELECT Open Access (EOA), ELECT (POS) y SELECT (POS).

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

Dental Benefit Providers of California, Inc. ofrece los siguientes productos: Dental HMO (DHMO).

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

Fidelity Security Life Insurance Company ofrece los siguientes productos atendidos por EyeMed Vision Care, LLC: PPO Vision.

VISÍTENOS EN WWW.HEALTHNET.COM