

Aproveche al Máximo Su Plan

OBTENGA SU RESUMEN DE BENEFICIOS Y COBERTURA

Gracias por solicitar un plan CommunityCare HMO.

Lea su *Resumen de Beneficios y Cobertura* (por sus siglas en inglés, SBC). El SBC le informa algunos de los puntos básicos sobre su plan y cómo obtener atención cuando la necesita, incluyendo:

- Cómo funciona su plan de salud.
- Una lista de los servicios médicos comunes que están cubiertos y cuánto cuestan en su plan de salud.
- Sus derechos a presentar quejas formales y apelaciones. Éste es el proceso que usted usa para presentar una queja ante su plan o solicitar la asistencia de una agencia reguladora.
- Una lista de otros servicios que están cubiertos o excluidos en su plan de salud.
- Ejemplos de cómo su plan podría cubrir la atención médica para determinadas afecciones médicas.
- Cómo obtener ayuda en su idioma principal.
- Preguntas y respuestas (por sus siglas en inglés, Q&A) frecuentes.



**Entender su SBC
es la clave**

*para aprovechar al
máximo su cobertura
de la salud.*

Para ver, descargar o imprimir una copia del SBC para su plan de 2020, vaya a www.myhealthnetca.com:

- 1** Seleccione *Nuestros Planes de Salud*, luego *Materiales de los Planes*.
- 2** Seleccione *Resumen de Beneficios y Cobertura para 2020* (Directamente a través de Health Net).
- 3** En Planes CommunityCare HMO, busque el SBC para el plan que solicita.



Si lo prefiere, puede llamar a nuestro Centro de Comunicación con el Cliente al **1-800-839-2172 (TTY: 711)** para obtener una copia.



Planes Individuales y Familiares CommunityCare HMO

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 15 de octubre de 2019 hasta el 15 de enero de 2020, 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 solicita un **número de Seguro Social (por sus siglas en inglés, SSN)** a todas las personas que se inscriban en la cobertura de la salud, incluyendo cónyuges e hijos dependientes, o un **Número de Identificación Fiscal (por sus siglas en inglés, TIN)** al solicitante principal. Esto se solicita 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 y el Proyecto de Ley del Senado 78. Si no puede proporcionar un SSN o un TIN para usted, o bien, un SSN para otro familiar, aun así podrá solicitar la cobertura y ésta no se denegará. Health Net no usará su SSN o su TIN para otros fines ni los 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 seis 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 VI si el solicitante no lee/escribe en inglés. El Formulario de Inscripción en Planes Individuales y Familiares CommunityCare HMO se encuentra disponible en las versiones de idioma español, chino, coreano y vietnamita. También puede solicitar que alguien le 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 le ayudó a leer y completar esta solicitud es quien debe firmarla (consulte la Parte VII).

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 únicamente¹ **Solicitud de cambio**

Agregar dependiente (Llene la información del suscriptor principal a continuación, 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 del domicilio permanente: ²					
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: - -		Número de Identificación Fiscal del solicitante principal:		
¿Actualmente está afiliado a Health Net? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si la respuesta es "Sí", proporcione la identificación de afiliado del suscriptor principal:					
Identificación del médico de atención primaria:		Identificación principal del grupo:		Paciente actual: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Seleccione el idioma de su preferencia (opcional): <input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Chino <input type="checkbox"/> Coreano <input type="checkbox"/> Vietnamita					

¹Los solicitantes de planes para hijo/a únicamente deben ser menores de 18 años en la fecha de vigencia de la cobertura solicitada. Cada hijo/a de 18 años o mayor debe presentar un formulario de inscripción individual por separado.

²Consulte la página 9, Parte V. "Requisito de constancia de residencia permanente".



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

A. INFORMACIÓN SOBRE EL PAGO (Se requiere el pago de la totalidad de la primera prima mensual para que se considere su solicitud de inscripción.)

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 CA Individual
PO Box 748705
Los Angeles, CA 90074-8705

Los afiliados actuales pueden ingresar a www.myhealthnetca.com y seleccionar *Pagar Mi Factura* en la sección "Para Afiliados".

Pago de los cargos de suscripción

El Suscriptor es responsable del pago de los Cargos de Suscripción a Health Net.

B. ELECCIÓN DE LA COBERTURA

Los planes **CommunityCare HMO de Health Net of California, Inc.** utilizan la red de proveedores **CommunityCare HMO.**

- Platinum 90 CommunityCare HMO**
- Gold 80 CommunityCare HMO**
- Silver 70 Off Exchange CommunityCare HMO**

Cobertura opcional: Plan dental/de la vista para adultos (para personas de 19 años y mayores).

- Dental and Vision Plus:** Si se adquiere Dental and Vision Plus para el solicitante principal, todos los familiares de 19 años y mayores 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.

Note: Todos los planes médicos incluyen cobertura dental pediátrica y de la vista pediátrica. Las personas recibirán cobertura dental y de la vista pediátrica conforme a los planes médicos hasta el último día del mes en el que la persona cumple 19 años.



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 o el Número de Identificación Fiscal del solicitante principal en la esquina superior derecha de la hoja adicional.

Note: Si un familiar solicita un plan de salud diferente que el del suscriptor principal, se deberá llenar y presentar una solicitud aparte por cada familiar que solicite un plan diferente. Contar con un plan diferente significa que cada persona estará sujeta al deducible individual y al desembolso máximo del plan seleccionado y que la familia no puede contribuir colectivamente a un deducible familiar y/o desembolso máximo.

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 seleccionar proveedores:

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, visite www.myhealthnetca.com y luego vaya a *Buscar un Médico*. 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.

Si adquirirá la cobertura opcional 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 visite www.yourdentalplan.com/healthnet.

PARENTESCO		APELLIDO	NOMBRE	INICIAL DEL 2.º NOMBRE
<input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Pareja doméstica	<input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer			
NÚMERO DE SEGURO SOCIAL			FECHA DE NACIMIENTO	
- -			/ /	
IDENTIFICACIÓN DEL MÉDICO DE ATENCIÓN PRIMARIA DE COMMUNITYCARE HMO (OBLIGATORIO PARA PLANES COMMUNITYCARE)			IDENTIFICACIÓN DEL GRUPO MÉDICO DE COMMUNITYCARE HMO	
SI SE ADQUIERE DENTAL AND VISION PLUS PARA ADULTOS, INDIQUE EL N.º DEL DENTISTA PRIMARIO DE HMO				
PARENTESCO: HIJO/A 1		APELLIDO	NOMBRE	INICIAL DEL 2.º NOMBRE
<input type="checkbox"/> Hijo <input type="checkbox"/> Hija				
NÚMERO DE SEGURO SOCIAL			FECHA DE NACIMIENTO	
- -			/ /	
IDENTIFICACIÓN DEL MÉDICO DE ATENCIÓN PRIMARIA DE COMMUNITYCARE HMO (OBLIGATORIO PARA PLANES COMMUNITYCARE)			IDENTIFICACIÓN DEL GRUPO MÉDICO DE COMMUNITYCARE HMO	
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
<input type="checkbox"/> Hijo <input type="checkbox"/> Hija			

NÚMERO DE SEGURO SOCIAL	FECHA DE NACIMIENTO
- -	/ /

IDENTIFICACIÓN DEL MÉDICO DE ATENCIÓN PRIMARIA DE COMMUNITYCARE HMO (OBLIGATORIO PARA PLANES COMMUNITYCARE)	IDENTIFICACIÓN DEL GRUPO MÉDICO DE COMMUNITYCARE HMO

SI SE ADQUIERE DENTAL AND VISION PLUS PARA ADULTOS, INDIQUE EL N.º DEL DENTISTA PRIMARIO DE HMO

--

PARENTESCO: HIJO/A 3	APELLIDO	NOMBRE	INICIAL DEL 2.º NOMBRE
<input type="checkbox"/> Hijo <input type="checkbox"/> Hija			

NÚMERO DE SEGURO SOCIAL	FECHA DE NACIMIENTO
- -	/ /

IDENTIFICACIÓN DEL MÉDICO DE ATENCIÓN PRIMARIA DE COMMUNITYCARE HMO (OBLIGATORIO PARA PLANES COMMUNITYCARE)	IDENTIFICACIÓN DEL GRUPO MÉDICO DE COMMUNITYCARE HMO

SI SE ADQUIERE DENTAL AND VISION PLUS PARA ADULTOS, INDIQUE EL N.º DEL DENTISTA PRIMARIO DE HMO

--

INCORPORACIÓN DE UN HIJO RECIÉN NACIDO O ADOPTIVO A UNA PÓLIZA EXISTENTE

Apellido del hijo recién nacido/adoptivo:	Nombre:	Inicial del 2.º nombre:
---	---------	-------------------------

Fecha de vigencia: ³ (mm/dd/aa): / /	Fecha de nacimiento del hijo recién nacido/adoptivo (mm/dd/aa): / /	Fecha de adopción/ubicación para adopción (mm/dd/aa): / /	<input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer
--	--	--	---

Número de Seguro Social: - -	Identificación de afiliado del suscriptor principal:
---------------------------------	--

Si agrega un hijo recién nacido/adoptivo elegible a un plan CommunityCare HMO, debe seleccionar un médico de atención primaria de la Red CommunityCare.

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

CONDICIONES GENERALES: 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. **Tenga en cuenta lo siguiente:** 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.

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.

³La 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.



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 días⁴ 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	SOLICITANTE PRINCIPAL	CÓNYUGE/PAREJA DOMÉSTICA	DEPENDIENTE 1	DEPENDIENTE 2	DEPENDIENTE 3

⁴Si 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.

(continúa)



Parte IV. Período de inscripción especial (continúa)

EVENTO QUE CALIFICA	EJEMPLOS DE DOCUMENTACIÓN DE CALIFORNIA
<p>1) La persona que califica, o el dependiente de la persona que califica, 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). Para estos eventos, usted puede ser elegible para inscribirse 60 días antes o después del evento que califica:</p> <p>A. La muerte del empleado cubierto.</p> <p>B. La terminación del empleo o reducción de las horas de trabajo del empleado cubierto.</p> <p>C. El divorcio o la separación legal del empleado cubierto del cónyuge del empleado.</p> <p>D. El empleado cubierto adquiere derecho a los beneficios conforme a Medicare.</p> <p>E. Un hijo dependiente que deje de ser dependiente conforme a los requisitos generalmente aplicables del plan.</p> <p>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.</p> <p>G. Está inscrito 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 el dependiente de la persona que califica, 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.</p>	<p>Copia de uno de los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Anverso y reverso de la tarjeta de identificación de la compañía de seguros anterior. • Carta de la compañía de seguros anterior que documente la pérdida de la cobertura. • 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).
<p>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.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Carta del solicitante que respalde el evento que califica. • Carta de la compañía de seguros anterior que documente la pérdida de la cobertura.
<p>I. Terminación de las contribuciones del empleador.</p>	<p>Aviso por parte del empleador de la terminación de las contribuciones.</p>
<p>J. Fin de la continuidad de cobertura COBRA.</p>	<p>Documentación de COBRA que refleje el fin de la cobertura.</p>
<p>K. La persona que califica pierde la cobertura para necesidades médicas conforme a Medi-Cal o Medicaid (sin incluir la terminación voluntaria de su cobertura anterior o la terminación por falta de pago de la prima).</p>	<p>Documentación de Medi-Cal o Medicaid.</p>
<p>L. La persona que califica pierde la cobertura relacionada con el embarazo conforme a Medi-Cal o Medicaid (sin incluir la terminación voluntaria de su cobertura anterior o la terminación por falta de pago de la prima).</p>	<p>Documentación de Medi-Cal o Medicaid.</p>
<p>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.</p> <p>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 el dependiente de la persona inscrita, muere.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Certificado de matrimonio. • Declaración de convivencia. • Certificado de pareja doméstica registrada. • Declaración jurada ante escribano público de la asunción de una relación padre-hijo. • Certificado de nacimiento. • Registros de alta. • Documentación de orden judicial para la adopción. • Certificado de la sentencia de divorcio. • Acuerdo de separación legal. • Certificado de defunción.



Parte IV. Período de inscripción especial (continúa)

EVENTO QUE CALIFICA	EJEMPLOS DE DOCUMENTACIÓN DE CALIFORNIA
<p>3) La inscripción o la no inscripción de la persona que califica, o del dependiente de la persona que califica, en un plan de salud es no intencional, involuntaria o errónea, y es el resultado de un error, una declaración falsa, una conducta inadecuada o la inacción de un funcionario, empleado, una entidad externa al Intercambio que brinda ayuda con la inscripción o realiza actividades relacionadas con la inscripción, o un 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.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Anverso y reverso de la tarjeta de identificación de la compañía de seguros anterior. • Carta del Intercambio o del Departamento de Salud y Servicios Humanos (HHS) en la que se documente el evento que califica.
<p>4) El plan de salud en el que la persona inscrita, o el dependiente de la persona inscrita, está inscrita violó sustancialmente una disposición fundamental de su contrato.</p>	<p>Documento de resolución del Intercambio u otro plan.</p>
<p>5) La persona que califica o la persona inscrita, o el dependiente de la persona que califica o de la persona inscrita, 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"> • Licencia de conducir u otra identificación actual. • Formulario de registro del vehículo en el estado, actual y válido a nombre del solicitante. • Evidencia de que el solicitante tiene un empleo. • Evidencia de que el solicitante se ha registrado en una agencia de empleo pública o privada. • Evidencia de que el solicitante ha inscrito a los hijos del solicitante en una escuela. • Evidencia de que el solicitante está recibiendo asistencia pública. • Formulario de recibo del registro de votantes, tarjeta de notificación de votante o un resumen del registro de votantes. • Factura de un servicio actual a nombre del solicitante. • 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. • Escritura de hipoteca que indique residencia principal. • Contrato de arrendamiento a nombre del solicitante. • 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.). • Factura del teléfono celular. • Resumen de la tarjeta de crédito. • Estado de cuenta bancario o cheque cancelado con su nombre y dirección impresos. • Carta de confirmación de cambio de domicilio del Servicio Postal de los EE. UU. • Contrato o recibo de la compañía de mudanza en el que aparezca su dirección. • 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. • 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. • 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.
<p>6) Se ha establecido que la persona que califica debe estar cubierta como dependiente conforme a una orden judicial estatal o federal válida.</p>	<p>Documentación del tribunal.</p>
<p>7) La persona que califica ha sido liberada de encarcelación.</p>	<p>Documentación de libertad bajo palabra o libertad condicional que muestre la fecha del evento.</p>

(continúa)



Parte IV. Período de inscripción especial (continúa)

EVENTO QUE CALIFICA	EJEMPLOS DE DOCUMENTACIÓN DE CALIFORNIA
<p>8) La persona que califica 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.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Carta del plan de salud que documente la terminación del contrato del proveedor en la red. γ • Carta del proveedor que documente la afección de la persona inscrita.
<p>9) La persona que califica demuestra al Intercambio que la persona que califica no se inscribió en un plan de beneficios de salud durante el período de inscripción inmediatamente anterior disponible para la persona porque a la persona que califica le informaron de manera incorrecta que estaba cubierta conforme a la cobertura esencial mínima.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Carta del solicitante que respalde el evento que califica. • Copia de la carta de renovación del plan.
<p>10) La persona que califica 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.</p>	<p>Documentación de baja del estado de servicio activo.</p>
<p>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.</p>	<p>Documentación del Pago por Adelantado del Crédito Tributario de las Primas (APTC) que demuestre la asistencia con la prima para la que es elegible.</p>
<p>12) Una persona inscrita o que califica es víctima de maltrato intrafamiliar o abandono conyugal, incluyendo víctima dependiente o soltera dentro de un hogar, está inscrita en la cobertura esencial mínima y busca inscribirse en una cobertura diferente de la del autor del maltrato o abandono; o bien, es dependiente de una víctima de maltrato intrafamiliar o abandono conyugal, en la misma solicitud que la víctima.</p>	<p>Una declaración escrita firmada bajo pena de perjurio, que indique su nombre y los nombres de las víctimas de maltrato intrafamiliar que se inscribieron en la cobertura.</p>
<p>13) La persona, o un dependiente, solicita la cobertura a través de Covered California durante el período de inscripción abierta anual o debido a un evento que califica, es evaluada por Covered California como potencialmente elegible para Medi-Cal y se determina que no es elegible para Medi-Cal, ya sea después de que finalizó la inscripción abierta o más de 60 días después del evento que califica; o bien, solicita la cobertura con Medi-Cal durante el período de inscripción abierta anual y se determina que no es elegible después de que finalizó la inscripción abierta.</p>	<p>Carta de denegación de la elegibilidad de parte de Covered California o Medi-Cal.</p>
<p>14) La persona que califica demuestra adecuadamente a Covered California que un error sustancial relacionado con los beneficios, el área de servicio o la prima del plan influyó en la decisión de la persona que califica de adquirir la cobertura a través de Covered California.</p>	<p>Una declaración escrita firmada bajo pena de perjurio, que indique su nombre, el nombre del plan de salud, el error que se produjo y la fecha en que se produjo el error.</p>



Parte V. Requisito de constancia de residencia permanente

Health Net requiere que, como solicitante, usted sea residente permanente de California en la actualidad y su prima inicial se pague antes de considerar su formulario de inscripción.

Luego de la revisión de su solicitud, Health Net se reserva el derecho a solicitar información adicional para establecer la residencia del solicitante.

Tenga en cuenta que una residencia permanente no incluye una mudanza a un centro médico para recibir tratamiento médico ni consultas dentro de un área de servicio con el objetivo de obtener atención médica.

Los documentos de constancia aceptables incluyen:

- Licencia de conducir u otra identificación de California actual.
- Formulario de registro del vehículo en California, actual y válido a nombre del solicitante.
- Evidencia de que el solicitante tiene un empleo en California.
- Evidencia de que el solicitante se ha registrado en una agencia de empleo pública o privada de California.
- Evidencia de que el solicitante ha inscrito a los hijos del solicitante en una escuela de California.
- Evidencia de que el solicitante está recibiendo asistencia pública en California.
- Formulario de recibo del registro de votantes, tarjeta de notificación de votante o un resumen de un registro de votantes.
- Factura de un servicio actual de California a nombre del solicitante.
- Recibo actual de pago del alquiler o de la hipoteca de California a nombre del solicitante. No se aceptarán los recibos de alquiler proporcionados por un pariente.
- Escritura de hipoteca que indique residencia principal.
- Contrato de arrendamiento a nombre del solicitante.
- 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.).
- Factura del teléfono celular.
- Resumen de la tarjeta de crédito.
- Estado de cuenta bancario o cheque cancelado con su nombre y dirección impresos.
- Carta de confirmación de cambio de domicilio del Servicio Postal de los EE. UU.
- Contrato o recibo de la compañía de mudanza en el que aparezca su dirección.
- 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.
- 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.
- 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.

Si la solicitud corresponde a una póliza de hijos únicamente, se requiere una constancia de residencia del lugar donde reside el/la hijo/a, de parte del padre/la madre o del tutor legal.



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

Instrucciones para la Parte VI: El siguiente proceso se utilizará cuando el solicitante no pueda completar la solicitud porque el solicitante 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: _____

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 VII. 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 enviar la correspondencia al agente/agente de seguro médico.

Número Nacional del Productor (NPN) de la agencia o del agente de seguro médico contratado por Health Net:		Identificación del agente de ventas directas de Health Net:	
Nombre (en letra de imprenta):	Número de teléfono:	Número de fax:	
Dirección:			
Dirección de correo electrónico:			
Firma/número del agente/agente de seguro médico del solicitante (obligatorios):		Fecha de la firma (obligatoria):	

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
 (____) 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? (nombre completo en letra de molde)**

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



Parte VIII. 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;
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; e
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.

UTILIZACIÓN Y DIVULGACIÓN DE LA INFORMACIÓN PROTEGIDA DE LA SALUD: 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.myhealthnetca.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, el solicitante acepta, por medio del presente documento, ser legalmente responsable 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 PUEDE LEER EN EL IDIOMA DE ESTA SOLICITUD: Si un solicitante no lee en el idioma de esta solicitud y un intérprete le ayudó a completarla, el solicitante debe firmar y enviar la Declaración de Responsabilidad (consulte la Parte VI de esta solicitud, “Excepción a la Inscripción Estándar en los Planes Individuales y Familiares: Declaración de Responsabilidad sobre la asistencia de idiomas”).



Parte IX. 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, lei 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. Por medio del presente documento, también renuncio a todos los derechos de participar en cualquier demanda colectiva o arbitraje colectivo. 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.

<p>Solicitante, o padre/madre o tutor legal si el solicitante es menor de 18 años:</p> <p>Nombre en letra de imprenta: _____</p> <p>Firma: _____</p>	<p>Fecha de la firma:</p>	<p>Firma del dependiente del solicitante (18 años o más):</p>	<p>Fecha de la firma:</p>
<p>Firma del cónyuge/pareja doméstica o dependiente del solicitante (18 años o más):</p>	<p>Fecha de la firma:</p>	<p>Firma del dependiente del solicitante (18 años o más):</p>	<p>Fecha de la firma:</p>
<p>Firma del dependiente del solicitante (18 años o más):</p>	<p>Fecha de la firma:</p>	<p>Firma del dependiente del solicitante (18 años o más):</p>	<p>Fecha de la firma:</p>

(continúa)



Últimos 4 dígitos del N.º de Seguro Social o TIN del solicitante principal: _ _ _ _

El/Los solicitante/s debe/n firmar la solicitud y esta Cláusula de Arbitraje. El/Los solicitante/s debe/n firmar personalmente con el nombre del/de los solicitante/s 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 748705, Los Angeles, CA 90074-8705.

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.



Aviso de No Discriminación

Además de los requisitos de no discriminación del Estado de California (según lo descrito en los documentos de cobertura de beneficios), Health Net of California, Inc. (Health Net) cumple con las leyes federales aplicables sobre derechos civiles y no discrimina, no excluye a las personas ni las trata de manera diferente por motivos de raza, color, nacionalidad, ascendencia, religión, estado civil, género, identidad sexual, orientación sexual, edad, discapacidad o sexo.

HEALTH NET:

- Proporciona aparatos y servicios gratuitos a las personas con discapacidades para que se comuniquen eficazmente con nosotros, como intérpretes calificados de lenguaje de señas e información escrita en otros formatos (letra grande, formatos electrónicos accesibles, otros formatos).
- Proporciona servicios de idiomas gratuitos a las personas cuyo idioma principal no es el inglés, como intérpretes calificados e información escrita en otros idiomas.

Si necesita estos servicios, llame al Centro de Comunicación con el Cliente de Health Net al:

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

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

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

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

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

Health Net of California, Inc. Appeals & Grievances

PO Box 10348

Van Nuys, CA 91410-0348

Fax: 1-877-831-6019

Correo electrónico: Member.Discrimination.Complaints@healthnet.com (Afiliados) o

Non-Member.Discrimination.Complaints@healthnet.com (Solicitantes)

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

Si considera que se le ha discriminado por cuestiones de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo, también puede presentar una queja sobre derechos civiles ante el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos, Oficina de Derechos Civiles (por sus siglas en inglés, OCR), de manera electrónica a través del Portal de Quejas de la OCR, disponible en <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, o bien, por correo postal o teléfono: U.S. Department of Health and Human Services, 200 Independence Avenue SW, Room 509F, HHH Building, Washington, DC 20201, 1-800-368-1019 (TDD: 1-800-537-7697).

Hay formularios de quejas disponibles en <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.



English

No Cost Language Services. You can get an interpreter. You can get documents read to you and some sent to you in your language. For help, if you have an ID card, please call the Customer Contact Center number. Employer group applicants please call Health Net's Commercial Contact Center at 1-800-522-0088 (TTY: 711). Individual & Family Plan (IFP) applicants please call 1-877-609-8711 (TTY: 711).

Arabic

خدمات لغوية مجانية. يمكننا أن نوفر لك مترجم فوري. ويمكننا أن نقرأ لك الوثائق بلغتك. للحصول على المساعدة، يرجى الاتصال برقم مركز خدمة العملاء المبين على بطاقتك. فيما يتعلق بمقدمي طلبات مجموعة صاحب العمل، يرجى التواصل مع مركز الاتصال التجاري في Health Net عبر الرقم: 1-800-522-0088 (TTY: 711). فيما يتعلق بمقدمي طلبات خطة الأفراد والعائلة، يرجى الاتصال بالرقم 1-877-609-8711 (TTY: 711).

Armenian

Անվճար լեզվական ծառայություններ: Դուք կարող եք բանավոր թարգմանիչ ստանալ: Փաստաթղթերը կարող են կարդալ ձեր լեզվով: Եթե ID քարտ ունեք, օգնության համար խնդրում ենք զանգահարել Հաճախորդների սպասարկման կենտրոնի հեռախոսահամարով: Գործատուի խմբի դիմորդներին խնդրում ենք զանգահարել Health Net-ի Կոմերցիոն սպասարկման կենտրոն՝ 1-800-522-0088 հեռախոսահամարով (TTY՝ 711): Individual & Family Plan (IFP) դիմորդներին խնդրում ենք զանգահարել 1-877-609-8711 հեռախոսահամարով (TTY՝ 711):

Chinese

免費語言服務。您可使用口譯員服務。您可請人將文件唸給您聽並請我們將某些文件翻譯成您的語言寄給您。如需協助且如果您有會員卡，請撥打客戶聯絡中心電話號碼。雇主團保計畫的申請人請撥打 1-800-522-0088（聽障專線：711）與 Health Net 私人保險聯絡中心聯絡。Individual & Family Plan (IFP) 的申請人請撥打 1-877-609-8711（聽障專線：711）。

Hindi

बिना शुल्क भाषा सेवारं। आप एक दुभाषिया प्राप्त कर सकते हैं। आप दस्तावेजों को अपनी भाषा में पढ़वा सकते हैं। मदद के लिए, यदि आपके पास आईडी कार्ड है तो कृपया ग्राहक संपर्क केंद्र के नंबर पर कॉल करें। नियोक्ता सामूहिक आवेदक कृपया हेल्थ नेट के कमर्शियल संपर्क केंद्र को 1-800-522-0088 (TTY: 711) पर कॉल करें। व्यक्तिगत और फैमिली प्लान (आईएफपी) आवेदक कृपया 1-877-609-8711 (TTY: 711) पर कॉल करें।

Hmong

Tsis Muaj Tus Nqi Pab Txhais Lus. Koj tuaj yeem tau txais ib tus kws pab txhais lus. Koj tuaj yeem muaj ib tus neeg nyeem cov ntaub ntauv rau koj ua koj hom lus hais. Txhawm rau pab cuam, yog tias koj muaj daim npav ID, thov hu rau Neeg Qhua Lub Chaw Tiv Toj tus npawb. Tus tswv ntiav neeg ua haujlwm pab pawg sau ntauv thov ua haujlwm thov hu rau Health Net Qhov Chaw Tiv Toj Kev Lag Luam ntawm 1-800-522-0088 (TTY: 711). Tus Neeg thiab Tsev Neeg Qhov Kev Npaj (IFP) cov neeg thov ua haujlwm thov hu rau 1-877-609-8711 (TTY: 711).

Japanese

無料の言語サービスを提供しております。通訳者もご利用いただけます。日本語で文書をお読みすることも可能です。ヘルプについては、IDカードをお持ちの場合は顧客連絡センターまでお電話ください。雇用主を通じた団体保険の申込者の方は、Health Netの顧客連絡センター（1-800-522-0088、TTY: 711）までお電話ください。個人・家族向けプラン（IFP）の申込者の方は、1-877-609-8711（TTY: 711）までお電話ください。



Khmer

សេវាភាសាដោយឥតគិតថ្លៃ។ លោកអ្នកអាចទទួលបានអ្នកបកប្រែផ្ទាល់មាត់។ លោកអ្នកអាចស្តាប់គេអានឯកសារឱ្យ
លោកអ្នកជាភាសារបស់លោកអ្នក។ សម្រាប់ជំនួយ ប្រសិនបើលោកអ្នកមានប័ណ្ណសម្គាល់ខ្លួន សូមហៅទូរស័ព្ទទៅកាន់
លេខរបស់មជ្ឈមណ្ឌលទំនាក់ទំនងអតិថិជន។ អ្នកដាក់ពាក្យសុំគម្រោងជាក្រុមដែលជាបុគ្គលិក សូមហៅទូរស័ព្ទទៅ
កាន់មជ្ឈមណ្ឌលទំនាក់ទំនងរបស់ Health Net តាមរយៈលេខ 1-800-522-0088 (TTY: 711)។ អ្នកដាក់ពាក្យសុំ
គម្រោងជាលក្ខណៈបុគ្គល និងក្រុមគ្រួសារ (IFP) សូមហៅទូរស័ព្ទទៅកាន់លេខ 1-877-609-8711 (TTY: 711)។

Korean

무료 언어 서비스입니다. 통역 서비스를 받으실 수 있습니다. 문서 낭독 서비스를 받으실 수 있으며
일부 서비스는 귀하가 구사하는 언어로 제공됩니다. 도움이 필요하시면 ID 카드에 수록된 번호로
고객서비스 센터에 연락하십시오. 고용주 그룹 신청인의 경우 Health Net의 상업 고객서비스 센터에
1-800-522-0088(TTY: 711)번으로 전화해 주십시오. 개인 및 가족 플랜(IFP) 신청인의 경우
1-877-609-8711(TTY: 711)번으로 전화해 주십시오.

Navajo

Doo bą́ą́h ílínígóó saad bee háká ada'iiyeed. Ata' halne'ígíí da ła' ná hádííót'ííł. Naaltsoos da t'áá
shí shizaad k'éhjí shichí' yídooltaah nínízingo t'áá ná ákódoonííł. Ákót'ééego shíká a'doowoł nínízingo
Customer Contact Center hoolyéhíjí' hodíílnih ninaaltsoos nanítingo bee néého'dolzinígíí hodoonihjí'
bikáá'. Naaltsoos nehiltsóosgo naanish bá dahikahígíí éí kojí' hodíílnih Health Net's Commercial
Contact Center 1-800-522-0088 (TTY: 711). T'áá hó dóó ha'áłchíní (IFP) báhígíí éí kojí' hojilnih
1-877-609-8711 (TTY: 711).

Persian (Farsi)

خدمات زبان بدون هزینه. می توانید یک مترجم شفاهی بگیرید. می توانید درخواست کنید اسناد به زبان شما برایتان خوانده شوند. برای
دریافت کمک، اگر کارت شناسایی دارید، لطفاً با شماره مرکز تماس مشتریان تماس بگیرید. متقاضیان گروه کارفرما لطفاً با مرکز تماس
تجاری Health Net به شماره 1-800-522-0088 (TTY:711) تماس بگیرید. متقاضیان طرح فردی و خانوادگی (IFP) * لطفاً با
شماره 1-877-609-8711 (TTY:711) تماس بگیرید.

Panjabi (Punjabi)

ਬਿਨਾਂ ਕਿਸੇ ਲਾਗਤ ਵਾਲੀਆਂ ਭਾਸ਼ਾ ਸੇਵਾਵਾਂ। ਤੁਸੀਂ ਇੱਕ ਦੁਭਾਸ਼ੀਏ ਦੀ ਸੇਵਾ ਹਾਸਲ ਕਰ ਸਕਦੇ ਹੋ। ਤੁਹਾਨੂੰ ਦਸਤਾਵੇਜ਼ ਤੁਹਾਡੀ ਭਾਸ਼ਾ
ਵਿੱਚ ਪੜ੍ਹ ਕੇ ਸੁਣਾਏ ਜਾ ਸਕਦੇ ਹਨ। ਮਦਦ ਲਈ, ਜੇ ਤੁਹਾਡੇ ਕੋਲ ਇੱਕ ਆਈਡੀ ਕਾਰਡ ਹੈ, ਤਾਂ ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ ਗਾਹਕ ਸੰਪਰਕ
ਕੇਂਦਰ ਨੰਬਰ ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ। ਮਾਲਕ ਦਾ ਗਰੁੱਪ ਬਿਨੈਕਾਰ, ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ ਹੈਲਥ ਨੈੱਟ ਦੇ ਵਪਾਰਕ ਸੰਪਰਕ ਕੇਂਦਰ ਨੂੰ
1-800-522-0088 (TTY: 711) 'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ। ਵਿਅਕਤੀਗਤ ਅਤੇ ਪਰਿਵਾਰਕ ਯੋਜਨਾ (IFP) ਬਿਨੈਕਾਰਾਂ ਨੂੰ ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ
1-877-609-8711 (TTY: 711) 'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ।

Russian

Бесплатная помощь переводчиков. Вы можете получить помощь переводчика. Вам могут прочитать
документы на Вашем родном языке. Если Вам нужна помощь и у Вас при себе есть карточка
участника плана, звоните по телефону Центра помощи клиентам. Участники коллективных планов,
предоставляемых работодателем: звоните в коммерческий центр помощи Health Net по телефону
1-800-522-0088 (TTY: 711). Участники планов для частных лиц и семей (IFP): звоните по телефону
1-877-609-8711 (TTY: 711).



Spanish

Servicios de idiomas sin costo. Puede solicitar un intérprete, obtener el servicio de lectura de documentos y recibir algunos en su idioma. Para obtener ayuda, si tiene una tarjeta de identificación, llame al número del Centro de Comunicación con el Cliente. Los solicitantes del grupo del empleador deben llamar al Centro de Comunicación Comercial de Health Net, al 1-800-522-0088 (TTY: 711). Los solicitantes de planes individuales y familiares deben llamar al 1-877-609-8711 (TTY: 711).

Tagalog

Walang Bayad na Mga Serbisyo sa Wika. Makakakuha kayo ng interpreter. Makakakuha kayo ng mga dokumento na babasahin sa inyo sa inyong wika. Para sa tulong, kung mayroon kayong ID card, mangyaring tumawag sa numero ng Customer Contact Center. Para sa mga grupo ng mga aplikante ng tagapag-empLOYo, mangyaring tumawag sa Commercial Contact Center ng Health Net sa 1-800-522-0088 (TTY: 711). Para sa mga aplikante ng Planong Pang-individuwal at Pampamilya (Individual & Family Plan, IFP), mangyaring tumawag sa 1-877-609-8711 (TTY: 711).

Thai

ไม่มีค่าบริการด้านภาษา คุณสามารถใช้ล่ามได้ คุณสามารถให้อ่านเอกสารให้ฟังเป็นภาษาของคุณได้ หากต้องการความช่วยเหลือ และคุณมีบัตรประจำตัว โปรดโทรหมายเลขศูนย์ลูกค้าสัมพันธ์ ผู้สมัครกลุ่มนายจ้าง โปรดโทรหาศูนย์ลูกค้าสัมพันธ์เชิงพาณิชย์ของ Health Net ที่หมายเลข 1-800-522-0088 (โหมด TTY: 711) ผู้สมัครแผนบุคคลและครอบครัว (Individual & Family Plan: IFP) โปรดโทร 1-877-609-8711 (โหมด TTY: 711)

Vietnamese

Các Dịch Vụ Ngôn Ngữ Miễn Phí. Quý vị có thể có một phiên dịch viên. Quý vị có thể yêu cầu được đọc cho nghe tài liệu bằng ngôn ngữ của quý vị. Để được giúp đỡ, nếu quý vị có thẻ ID, vui lòng gọi đến số điện thoại của Trung Tâm Liên Lạc Khách Hàng. Những người nộp đơn xin bảo hiểm nhóm qua hãng sở vui lòng gọi Trung Tâm Liên Lạc Thương Mại của Health Net theo số 1-800-522-0088 (TTY: 711). Người nộp đơn thuộc Chương Trình Cá Nhân & Gia Đình (IFP), vui lòng gọi số 1-877-609-8711 (TTY: 711).

CA Commercial On and Off-Exchange Member Notice of Language Assistance

FLY017550EH00 (12/17)

