Aproveche al Máximo Su Plan

OBTENGA SU RESUMEN DE BENEFICIOS Y COBERTURA

Gracias por solicitar un plan PureCare One EPO. 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 2021:

1. Vaya a **www.myhealthnetca.com/sbc**.
2. Seleccione *Resumen de Beneficios y Cobertura para 2021 (Directamente a través de Health Net)*.
3. En Planes PureCare One EPO, 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.

Los planes de seguro Health Net EPO, Formulario de la Póliza N.º P34401, están asegurados por Health Net Life Insurance Company. Health Net Life Insurance Company es una subsidiaria de Health Net, LLC. Health Net es una marca de servicio registrada de Health Net, LLC. Todos los derechos reservados.

FLY047402SH00 (1/21)

Health Net Life Insurance Company (Health Net)

Planes Individuales y Familiares PureCare One EPO

Formulario de Inscripción

Health Net®

Fecha de vigencia solicitada

☐☐ / ☐☐ / ☐☐☐☐

LA SOLICITUD DEBE COMPLETARSE A MÁQUINA O CON TINTA AZUL O NEGRA.

Fecha de vigencia de la cobertura: La cobertura sólo está disponible para la inscripción durante el período de inscripción abierta anual, que se extiende desde el 1 de noviembre de 2020 hasta el 31 de enero de 2021, 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 el seguro de 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 PureCare One EPO 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 familiar a continuación.)**
☐ Solicitante ☐ Solicitante y cónyuge ☐ Solicitante y pareja doméstica ☐ Solicitante e hijo/a ☐ Solicitante e hijos
☐ Solicitante, cónyuge e hijo/s ☐ Solicitante, pareja doméstica e hijo/s ☐ Hijo/a únicamente[1] ☐ **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:	☐ Hombre ☐ Mujer
Dirección de residencia permanente (Debe presentar una constancia de residencia[2] para que su solicitud esté completa.):			
Ciudad:	Estado:	Código postal:	Condado en el que vive el solicitante:
Dirección postal/de facturación:			
Número de teléfono celular: ( )	Número de teléfono adicional: ☐ Particular ☐ Del trabajo ( )	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? ☐ Sí ☐ No Si la respuesta es "Sí", proporcione la identificación de afiliado del suscriptor principal:			
Identificación del médico de atención primaria:	Paciente actual: ☐ Sí ☐ No		
Seleccione el idioma de su preferencia (opcional): ☐ Inglés ☐ Español ☐ Chino ☐ Coreano ☐ Vietnamita			

[1]Los 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.

[2]Consulte la página 8, Parte V. "Requisito de constancia de residencia permanente".

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

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

A. INFORMACIÓN SOBRE EL PAGO

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

Envío de la solicitud por correo	**Envío de la solicitud por fax**	**Envío de su cheque por correo**
Envíe la solicitud completada y el documento de constancia de residencia permanente por correo a: Health Net Individual & Family Enrollment PO Box 1150 Rancho Cordova, CA 95741-1150	Envíe la solicitud completada y el documento de constancia de residencia permanente por fax al 1-800-977-4161.	Complete el formulario en la página 12 y envíelo junto con su cheque 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 las primas

El titular de la póliza es responsable del pago de las primas a Health Net. Excepto en el caso de los familiares del titular de la póliza o según lo requerido por las leyes, Health Net no acepta pagos de primas en nombre del titular de la póliza directa o indirectamente de un hospital, una agencia de cuidado de la salud en el hogar, un centro de cuidado de enfermos terminales, un centro quirúrgico ambulatorio, un médico, un proveedor de servicios para el autismo calificado, un centro de tratamiento residencial, un centro de enfermería especializada u otras entidades o personas que proporcionan servicios y suministros cubiertos. Un agente de seguro o agente de seguro médico puede remitir el pago de las primas a Health Net en nombre de la persona asegurada usando sólo los fondos recibidos de parte de la persona asegurada o los familiares de la persona asegurada. Health Net no aceptará el pago de las primas remitido por un agente o agente de seguro médico que use fondos de terceros interesados desde el punto de vista financiero que no estén autorizados por las leyes para pagar las primas en nombre de la persona asegurada. Si se descubre algún pago no aceptable descrito en esta sección, Health Net lo devolverá e informará al titular de la póliza que el pago fue rechazado y que la prima sigue estando impaga. Se otorgará un Período de Gracia de 30 días para el pago de la prima adeudada, que comenzará en la fecha que Health Net notifique al titular de la póliza que el pago fue rechazado. Si Health Net no recibe el pago a más tardar el último día del Período de Gracia, Health Net cancelará la cobertura después de que finalice el Período de Gracia. Consulte la disposición "Períodos de Gracia" en la sección "Plazo de la Póliza y Primas" de la póliza para obtener más información.

B. ELECCIÓN DE LA COBERTURA

Los planes EPO de Health Net Life Insurance Company utilizan la red de proveedores PureCare One EPO de Health Net.

- ☐ **Platinum 90 PureCare One EPO**
- ☐ **Gold 80 PureCare One EPO**
- ☐ **Silver 70 Off Exchange PureCare One EPO**
- ☐ **Bronze 60 PureCare One EPO**
- ☐ **Minimum Coverage PureCare One EPO:** Disponible para las personas que tienen menos de 30 años. Usted también puede ser elegible para este plan si tiene 30 años o más y está exento del requisito federal de mantener una cobertura esencial mínima. Se debe presentar una constancia de exención junto con esta solicitud.

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

- ☐ **Dental[3] 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.

[3]El plan Dental es un plan de indemnización/reembolso programado.

Nota: 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. Los planes PureCare One EPO no incluyen cobertura dental y de la vista pediátrica fuera de la red.

REQUISITO DE ELEGIBILIDAD DEL ÁREA DE SERVICIO

Los solicitantes deben residir en uno de los siguientes condados del estado de California: Contra Costa, Marin, Merced, Napa, Orange, San Diego, San Francisco, San Joaquin, San Mateo, Santa Clara, Santa Cruz, Solano, Sonoma, Stanislaus y Tulare.

Además, el área de servicio comprende los siguientes condados con cobertura parcial:

Kern: Para los códigos postales 93203, 93205, 93206, 93215, 93216, 93220, 93222, 93224, 93225, 93226, 93238, 93240, 93241, 93243, 93249, 93250, 93251, 93252, 93255, 93263, 93268, 93276, 93280, 93283, 93285, 93287, 93301, 93302, 93303, 93304, 93305, 93306, 93307, 93308, 93309, 93311, 93312, 93313, 93314, 93380, 93383, 93384, 93385, 93386, 93387, 93388, 93389, 93390, 93501, 93502, 93504, 93505, 93516, 93518, 93519, 93523, 93524, 93531, 93560, 93561, 93581, 93596

Los Angeles: Para los códigos postales que comienzan con 906 a 912 inclusive, 915, 917, 918 y 935

Riverside: Para los códigos postales 91752, 92201, 92202, 92203, 92210, 92211, 92220, 92223, 92230, 92234, 92235, 92236, 92240, 92241, 92247, 92248, 92253, 92254, 92255, 92258, 92260, 92261, 92262, 92263, 92264, 92270, 92274, 92276, 92282, 92320, 92501, 92502, 92503, 92504, 92505, 92506, 92507, 92508, 92509, 92513, 92514, 92516, 92517, 92518, 92519, 92521, 92522, 92530, 92531, 92532, 92536, 92539, 92543, 92544, 92545, 92546, 92548, 92549, 92551, 92552, 92553, 92554, 92555, 92556, 92557, 92561, 92562, 92563, 92564, 92567, 92570, 92571, 92572, 92581, 92582, 92583, 92584, 92585, 92586, 92587, 92589, 92590, 92591, 92592, 92593, 92595, 92596, 92599, 92860, 92877, 92878, 92879, 92880, 92881, 92882, 92883

San Bernardino: Para los códigos postales 91701, 91708, 91709, 91710, 91729, 91730, 91737, 91739, 91743, 91758, 91759, 91761, 91762, 91763, 91764, 91784, 91785, 91786, 92252, 92256, 92268, 92277, 92278, 92284, 92285, 92286, 92301, 92305, 92307, 92308, 92309, 92310, 92311, 92312, 92313, 92314, 92315, 92316, 92317, 92318, 92321, 92322, 92324, 92325, 92327, 92329, 92331, 92333, 92334, 92335, 92336, 92337, 92339, 92340, 92341, 92342, 92344, 92345, 92346, 92347, 92350, 92352, 92354, 92356, 92357, 92358, 92359, 92365, 92368, 92369, 92371, 92372, 92373, 92374, 92375, 92376, 92377, 92378, 92382, 92385, 92386, 92391, 92392, 92393, 92394, 92395, 92397, 92398, 92399, 92401, 92402, 92403, 92404, 92405, 92406, 92407, 92408, 92410, 92411, 92413, 92415, 92418, 92423, 92427

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

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.

Nota: Si un familiar solicita un plan de seguro 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 una póliza 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.

Debe seleccionar un médico de atención primaria. Puede elegir el mismo 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.

PARENTESCO		APELLIDO	NOMBRE	INICIAL DEL 2.º NOMBRE
☐ Cónyuge ☐ Pareja doméstica	☐ Hombre ☐ Mujer			
NÚMERO DE SEGURO SOCIAL		**FECHA DE NACIMIENTO**	**IDENTIFICACIÓN DEL MÉDICO DE ATENCIÓN PRIMARIA DE PURECARE ONE EPO**	
– –		/ /		
PARENTESCO: HIJO/A 1		**APELLIDO**	**NOMBRE**	**INICIAL DEL 2.º NOMBRE**
☐ Hijo ☐ Hija				
NÚMERO DE SEGURO SOCIAL		**FECHA DE NACIMIENTO**	**IDENTIFICACIÓN DEL MÉDICO DE ATENCIÓN PRIMARIA DE PURECARE ONE EPO**	
– –		/ /		
PARENTESCO: HIJO/A 2		**APELLIDO**	**NOMBRE**	**INICIAL DEL 2.º NOMBRE**
☐ Hijo ☐ Hija				
NÚMERO DE SEGURO SOCIAL		**FECHA DE NACIMIENTO**	**IDENTIFICACIÓN DEL MÉDICO DE ATENCIÓN PRIMARIA DE PURECARE ONE EPO**	
– –		/ /		
PARENTESCO: HIJO/A 3		**APELLIDO**	**NOMBRE**	**INICIAL DEL 2.º NOMBRE**
☐ Hijo ☐ Hija				
NÚMERO DE SEGURO SOCIAL		**FECHA DE NACIMIENTO**	**IDENTIFICACIÓN DEL MÉDICO DE ATENCIÓN PRIMARIA DE PURECARE ONE EPO**	
– –		/ /		

(continúa)

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

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

INCORPORACIÓN DE UN DEPENDIENTE A UNA PÓLIZA EXISTENTE (recién nacido, adoptivo/ubicado para adopción, hijastro o asunción de una relación padre-hijo, matrimonio o inicio de una relación de pareja doméstica y cobertura según orden judicial)

Apellido del dependiente:	Nombre:	Inicial del 2.º nombre:

Fecha de nacimiento del dependiente (mm/dd/aa): / /	Fecha de adopción/ubicación para adopción u otro evento que califica aplicable (mm/dd/aa):	☐ Hombre ☐ Mujer

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

Si agrega un hijo recién nacido/adoptivo elegible a un plan PureCare One EPO, debe seleccionar un médico de atención primaria de la Red PureCare One EPO. Si no selecciona un médico de atención primaria, se le seleccionará uno en su área regional.

Identificación del médico de atención primaria:	Paciente actual: ☐ Sí ☐ No

CONDICIONES GENERALES: Health Net se reserva el derecho a rechazar cualquier solicitud de inscripción no recibida dentro de los 60 días de la fecha de nacimiento, la fecha de adopción u otro evento que califica aplicable. Ningún otro departamento, funcionario, agente o empleado de Health Net está autorizado a otorgar la inscripción. El agente de seguro médico o agente de la persona asegurada principal no puede otorgar la aprobación, cambiar los términos ni eximir de los requisitos de esta solicitud. Esta solicitud formará parte de la Póliza de Seguro.

Remita la prima del primer mes para el hijo dependiente. **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.

La persona asegurada principal debe firmar la solicitud y la Cláusula de Arbitraje. La persona asegurada principal debe firmar personalmente con tinta y debe aceptar cumplir con la Cláusula de Arbitraje y los términos, las condiciones y las disposiciones de la solicitud y de la Póliza de Seguro 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.

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 (consulte las páginas 5 a 7). 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 una orden de manutención para un menor u otra orden judicial, cuya cobertura entrará en vigencia en la fecha del evento que califica o de la orden judicial. La cobertura como consecuencia de matrimonio, inicio de una relación de pareja doméstica o pérdida de la cobertura entrará en vigencia el primer día del mes siguiente a la recepción de la solicitud.** Para las solicitudes presentadas antes de la pérdida de la cobertura, la fecha de vigencia será el primer día del mes siguiente a la pérdida de la cobertura.

Las solicitudes deben recibirse dentro de los 60 días del evento que califica. Se requiere documentación 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

(continúa)

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

Parte IV. Período de inscripción especial (continúa)

EVENTO QUE CALIFICA		EJEMPLOS DE DOCUMENTACIÓN DE CALIFORNIA
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):	Copia de uno de los siguientes: • 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).
	A. La muerte del empleado cubierto.	
	B. La terminación del empleo o reducción de las horas de trabajo del empleado cubierto.	
	C. El divorcio o la separación legal del empleado cubierto del cónyuge del empleado.	
	D. El empleado cubierto adquiere derecho a los beneficios conforme a Medicare.	
	E. Un hijo dependiente que deje de ser dependiente conforme a los requisitos generalmente aplicables del plan.	
	F. Un procedimiento en un caso de declaración de bancarrota, conforme al Título 11, que haya comenzado el 1 de julio de 1986 o después de esa fecha, respecto del empleador de cuya compañía se haya jubilado el empleado cubierto en algún momento. En este caso, una pérdida de la cobertura incluye una eliminación sustancial de la cobertura respecto de un beneficiario calificado (cónyuge/pareja doméstica, hijo dependiente o cónyuge/pareja doméstica sobreviviente) dentro del plazo de un año antes o después de la fecha de comienzo del procedimiento.	
	G. Está 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.	
	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.	• Carta del solicitante que respalde el evento que califica. • Carta de la compañía de seguros anterior que documente la pérdida de la cobertura.
	I. Terminación de las contribuciones del empleador.	Aviso por parte del empleador de la terminación de las contribuciones.
	J. Fin de la continuidad de cobertura COBRA.	Documentación de COBRA que refleje el fin de la cobertura.
	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).	Documentación de Medi-Cal o Medicaid.
	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).	Documentación de Medi-Cal o Medicaid.
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.	• 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.
	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.	

(continúa)

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

Parte IV. Período de inscripción especial (continúa)

	EVENTO QUE CALIFICA	EJEMPLOS DE DOCUMENTACIÓN DE CALIFORNIA
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.	• 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.
4)	El plan de salud de la persona inscrita, o del dependiente de la persona inscrita, violó sustancialmente una disposición fundamental de su contrato.	Documento de resolución del Intercambio u otro plan.
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. Tenga en cuenta que una mudanza realizada con el objetivo de obtener atención médica (como una mudanza a un hospital para pacientes internados o centro médico similar para recibir tratamiento médico) no constituye una "mudanza permanente" a los fines de este Período de Inscripción Especial.	Copia de una constancia aceptable de los documentos de residencia: • 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.
6)	Se ha establecido que la persona que califica debe estar cubierta como dependiente conforme a una orden judicial estatal o federal válida.	Documentación del tribunal.
7)	La persona que califica ha sido liberada de encarcelación.	Documentación de libertad bajo palabra o libertad condicional que muestre la fecha del evento.

(continúa)

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

Parte IV. Período de inscripción especial (continúa)

EVENTO QUE CALIFICA		EJEMPLOS DE DOCUMENTACIÓN DE CALIFORNIA
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 una persona asegurada que había adquirido la cobertura recientemente, y ese proveedor ya no participa en el plan de salud.	• Carta del plan de salud que documente la terminación del contrato del proveedor en la red. Y • Carta del proveedor que documente la afección de la persona inscrita.
9)	La persona que califica demuestra al Intercambio, con respecto a los planes de beneficios de salud ofrecidos a través del Intercambio, o al Departamento de Seguros de California, con respecto a los planes de beneficios de salud ofrecidos fuera del 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.	• Carta del solicitante que respalde el evento que califica. • Confirmación del evento que califica por parte de Covered California o del Departamento de Seguros de California.
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.	Documentación de licencia del servicio activo.
11)	La persona se ha convertido en elegible o no elegible recientemente para recibir pagos por adelantado del crédito tributario de las primas o tiene un cambio en la elegibilidad para reducciones en los costos compartidos.	Documentación del Pago por Adelantado del Crédito Tributario de las Primas (APTC) que demuestre la asistencia con la prima para la que es elegible.
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.	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.
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.	Carta de denegación de la elegibilidad de parte de Covered California o Medi-Cal.

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

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.

Proporcione un (1) documento de constancia de residencia permanente aceptable, que demuestre que la dirección particular coincide con la que usted señaló en la página 1 de esta solicitud. **Si no recibimos su documento de constancia de residencia permanente cuando presenta su solicitud, dicha solicitud se denegará.** Health Net se reserva el derecho a investigar la información relacionada con cualquier constancia de residencia presentada por el solicitante o en su nombre y 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.

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

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

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 requiere que si usted necesita ayuda para completar esta solicitud, debe obtener la asistencia 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: _____

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:
( )

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: ( )
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.

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. Expliqué al solicitante, en idioma fácil de entender, el riesgo para el solicitante de brindar información inexacta y éste entendió la explicación.

Si declaro como verdadero, de manera intencional, cualquier hecho sustancial que sé que es falso, estaré sujeto, además de a cualquier sanción o recurso aplicable disponible conforme a la ley actual, a una sanción civil de hasta diez mil dólares ($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

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

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 de la Póliza de Seguro.

CUALQUIER DECLARACIÓN FALSA FRAUDULENTA O INTENCIONAL DE HECHOS SUSTANCIALES en los documentos de la solicitud es causa de cancelación de la afiliación y rescisión de la Póliza de Seguro durante el período de 24 meses después de que se emite la Póliza de Seguro. Health Net puede recuperar del titular de la póliza (o de usted o del solicitante) cualquier cantidad pagada por los servicios cubiertos obtenidos como resultado de dicha declaración falsa fraudulenta o intencional de un hecho sustancial.

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 o una declaración jurada ante escribano público de la asunción de una relación padre-hijo.

SI EL SOLICITANTE NO LEE EN EL IDIOMA DE ESTA SOLICITUD: Si un solicitante no lee en el idioma de esta solicitud y un intérprete 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").

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 de la Póliza de Seguro. Para obtener una copia de la Póliza de Seguro, llame a Health Net al 1-877-609-8711. Yo, el solicitante, declaro que leí y entiendo los términos de esta solicitud y mi firma a continuación indica que, a mi leal saber y entender, 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 acepto que toda disputa entre mi persona (incluyendo cualquiera de mis familiares inscritos, herederos o representantes personales) y Health Net, excepto las disputas sobre determinaciones adversas de beneficios, según lo definido en 45 CFR 147.136, surgidas de la Póliza de Seguro o mi cobertura de Health Net, o relacionadas con ellas, deberá someterse a un arbitraje individual inapelable y vinculante en vez de a un juicio o ante un jurado, y que renuncio a todos los derechos de participar en un arbitraje colectivo. Este acuerdo de arbitraje 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, excepto las disputas sobre determinaciones adversas de beneficios, 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 Póliza de Seguro se incluye una disposición de arbitraje más detallada. Es posible que el Arbitraje Obligatorio no se aplique a determinadas disputas si la Póliza de Seguro está sujeta 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, excepto las disputas sobre determinaciones adversas de beneficios, a un arbitraje vinculante en lugar de que sean resueltas por un tribunal de justicia.

(continúa)

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

Parte IX. Disposiciones importantes (continuación)

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

El/Los solicitante/s debe/n firmar la solicitud y esta Cláusula de Arbitraje. El/Los solicitante/s debe/n firmar personalmente con 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 la Póliza de Seguro 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.

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. "Póliza de Seguro" se refiere a la Póliza de Planes Individuales y Familiares PureCare One EPO de Health Net Life Insurance Company.

Health Net Life Insurance Company es una subsidiaria de Health Net, LLC. Health Net es una marca de servicio registrada de Health Net, LLC. Todos los derechos reservados.

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

Parte X. Instrucciones para enviar su formulario de inscripción, documento de constancia de residencia permanente y cheque a Health Net

- **Envíe su solicitud completada y el documento de constancia de residencia permanente por correo a:**
  Health Net Individual and Family Enrollment
  PO BOX 1150
  Rancho Cordova, CA 95754
- **O bien, ENVÍE su solicitud completada y el documento de constancia de residencia permanente POR FAX al 1-800-977-4161.**
- **Y envíe su cheque y el formulario completado a continuación por correo a:**
  Health Net CA Individual
  PO BOX 748705
  Los Angeles, CA 90074-8705

✂ *Corte aquí*

Para ayudar a asegurar que su pago se aplique a su solicitud, envíe su cheque junto con este formulario completado por correo a:

Health Net CA Individual
PO BOX 748705

Información sobre el solicitante

Nombre del solicitante:	
Dirección del solicitante:	
Fecha de nacimiento del solicitante (mm/dd/aa): / /	Número de Seguro Social del solicitante: – –

✂ *Corte aquí*

Aviso de No Discriminación

Health Net Life Insurance Company (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:
Personas Cubiertas de Planes Individuales y Familiares (IFP) Del Intercambio/Covered California 1-888-926-4988 (TTY: 711)
Personas Cubiertas de 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)

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 Life Insurance Company Appeals & Grievances
PO Box 10348
Van Nuys, CA 91410-0348

Fax: 1-877-831-6019
Correo electrónico: Member.Discrimination.Complaints@healthnet.com (Personas Cubiertas) o
Non-Member.Discrimination.Complaints@healthnet.com (Solicitantes)

Para presentar una queja, puede llamar al Departamento de Seguros de California al 1-800-927-4357 o visitar https://www.insurance.ca.gov/01-consumers/101-help/index.cfm.

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 सेवाएं। 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 ntawv 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 ntawv 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។ លោកអ្នកអាចស្តាប់គេអានឯកសារឱ្យលោកអ្នកជាភាសារបស់លោកអ្នក។ សម្រាប់ជំនួយ ប្រសិនបើលោកអ្នកមានប័ណ្ណសម្គាល់ខ្លួន សូមហៅទូរស័ព្ទទៅកាន់លេខរបស់មជ្ឈមណ្ឌលទំនាក់ទំនងអតិថិជន។ អ្នកដាក់ពាក្យសុំគម្រោងជាក្រុមដែលជាបុគ្គលិក សូមហៅទូរស័ព្ទទៅកាន់មជ្ឈមណ្ឌលទំនាក់ទំនងរបស់ Health Net តាមរយៈលេខ 1-800-522-0088 (TTY: 711)។ អ្នកដាក់ពាក្យសុំគម្រោងជាលក្ខណៈបុគ្គល 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 hádídóot'įįł. Naaltsoos da t'áá shí shizaad k'ehjí shichį' yídooltah nínízingo t'áá ná ákódoolníłł. Ákót'éego shíká a'doowoł nínízingo Customer Contact Center hoolyéhíjį' hodíílnih ninaaltsoos nanitingo bee néého'dolzinígíí hodoonihjį' bikáá'. Naaltsoos nehiltsóosgo naanish bá dahikahígíí éí kojį' hodíílnih Health Net's Commercial Contact Center 1-800-522-0088 (TTY: 711). T'áá hó dóó ha'áłchíní (IFP) báhígíí éí kojį' 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 بگیرند. 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-empleyo, mangyaring tumawag sa Commercial Contact Center ng Health Net sa 1-800-522-0088 (TTY: 711). Para sa mga aplikante ng Planong Pang-indibiduwal 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)