



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 1 de noviembre de 2015 hasta el 31 de enero de 2016, o durante un período de inscripción especial. Las solicitudes deben recibirse dentro de los 60 días de un evento que califica. Por lo general, para las solicitudes recibidas entre los días 1 y 15, la cobertura entrará en vigencia el primer día del mes siguiente a la presentación de la solicitud. Para las solicitudes recibidas entre el día 16 y el último día del mes, la cobertura entrará en vigencia el primer día del segundo mes siguiente a la presentación de la solicitud.

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

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

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

IMPORTANTE: Consulte la Parte V si el solicitante no lee/escribe en inglés. El Formulario de Inscripción en Planes CommunityCare HMO Individuales y Familiares se encuentra disponible en las versiones de idioma chino y español. 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 VI).

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

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

Parte I. Información sobre el solicitante

Apellido del solicitante principal:		Nombre:		Inicial del 2.º nombre:		<input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer	
Dirección de facturación:							
Dirección postal:							
Dirección particular:							
Ciudad:			Estado:	Código postal:	Condado en el que vive el solicitante:		
Número de teléfono particular: ()		Número de teléfono del trabajo: ()		Número de teléfono celular: ()		Dirección de correo electrónico:	
Fecha de nacimiento del solicitante principal (mm/dd/aa): / /		Número de Seguro Social del solicitante principal (obligatorio para todos los solicitantes): - -			Identificación de Health Net del suscriptor principal (se aplica a incorporación de dependientes y solicitudes de cambio únicamente):		
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							

Parte II. Díganos a quién está inscribiendo y seleccione el producto

A. Motivo de la solicitud	B. Información sobre el pago
<input type="checkbox"/> Nueva solicitud (Marque el tipo de familiar a continuación) <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Solicitante <input type="checkbox"/> Solicitante y cónyuge <input type="checkbox"/> Solicitante y pareja doméstica <input type="checkbox"/> Solicitante e hijo/a <input type="checkbox"/> Solicitante e hijos <input type="checkbox"/> Solicitante, cónyuge e hijo/s <input type="checkbox"/> Solicitante, pareja doméstica e hijo/s <input type="checkbox"/> Hijos únicamente <input type="checkbox"/> Agregar dependiente <input type="checkbox"/> Solicitud de cambio (disponible sólo durante el período de inscripción abierta o especial)	Pago de la primera prima <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Pago con cheque (La cantidad debe coincidir con la prima mensual.) Envío de la solicitud por correo <p>Incluya el cheque completado junto con la solicitud completada y envíelos por correo a:</p> <p>Health Net Individual & Family Enrollment PO Box 1150 Rancho Cordova, CA 95741-1150</p> Envío de la solicitud por fax <p>Envíe la solicitud completada por fax al: 1-800-977-4161, y envíe el cheque completado por correo a:</p> <p>Health Net Individual & Family Enrollment PO Box 894702 Los Angeles, CA 90189-4072</p> <p>Los afiliados actuales pueden ir a www.healthnet.com y hacer clic en el botón <i>Make A Payment Now</i> (Realizar Un Pago Ahora) para conocer opciones de pago adicionales.</p>
C. Elección de la cobertura	
Los planes HMO de Health Net of California, Inc. utilizan la red de proveedores CommunityCare. <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Health Net Platinum 90 HMO <input type="checkbox"/> Health Net Gold 80 HMO <input type="checkbox"/> Health Net Silver 70 HMO 	Cobertura opcional: Plan Dental/de la Vista para Adultos (mayores de 18 años) – <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Dental and Vision Plus – <i>Si se adquiere Dental and Vision Plus para el solicitante principal, todos los familiares mayores de 18 años también se inscribirán en el plan Dental and Vision Plus. Dental and Vision Plus sólo puede adquirirse junto con la cobertura médica, o agregarse a ésta, durante los periodos de inscripción abierta o inscripción especial.</i> Nota: Todos los planes médicos incluyen cobertura dental pediátrica.

Parte III. Familiar/es que desea inscribir

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

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

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

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

Cómo tomar decisiones respecto de las diferentes opciones del plan:

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

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

Parentesco	Apellido	Nombre	Inicial del 2.º nombre	Número de Seguro Social	Fecha de nacimiento
<input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Pareja doméstica				- -	/ /
Obligatorio para planes CommunityCare: Identificación del médico de atención primaria de CommunityCare HMO		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					
Opción de plan médico para cada familiar si es diferente					
Parentesco Hijo/a 1	Apellido	Nombre	Inicial del 2.º nombre	Número de Seguro Social	Fecha de nacimiento
<input type="checkbox"/> Hijo <input type="checkbox"/> Hija				- -	/ /
Obligatorio para planes CommunityCare: Identificación del médico de atención primaria de CommunityCare HMO		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 2	Apellido	Nombre	Inicial del 2.º nombre	Número de Seguro Social	Fecha de nacimiento
<input type="checkbox"/> Hijo <input type="checkbox"/> Hija				- -	/ /
Obligatorio para planes CommunityCare: Identificación del médico de atención primaria de CommunityCare HMO		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	Número de Seguro Social	Fecha de nacimiento
<input type="checkbox"/> Hijo <input type="checkbox"/> Hija				- -	/ /
Obligatorio para planes CommunityCare: Identificación del médico de atención primaria de CommunityCare HMO		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					

Parte III. Familiar/es que desea inscribir (continúa)**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 ¹ :	Fecha de nacimiento del hijo Recién Nacido/Adoptivo (mm/dd/aa):	Fecha de la adopción/ubicación para adopción (mm/dd/aa):		
<input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer	Número de Seguro Social:	Identificación de Health Net del suscriptor principal:		

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

Identificación del médico de atención primaria: Paciente actual: Sí 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. El cobrar su cheque no significa que su solicitud esté aprobada. Si dicha solicitud es rechazada, se le devolverá el dinero. 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. Deberá pagar las primas adicionales correspondientes al mes del nacimiento o de la adopción de su hijo 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.

¹La 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 días² 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 ²	Solicitante principal	Cónyuge/Pareja doméstica	Dependiente 1	Dependiente 2	Dependiente 3

(continúa)

²Si 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.

Eventos que califican para períodos de inscripción especial para Planes Individuales y Familiares

Evento que califica	Presentar la constancia requerida del evento que califica
1) La persona que califica, o su dependiente, pierde la cobertura esencial mínima, lo cual podría deberse a una de las siguientes razones (sin incluir la terminación voluntaria de su cobertura anterior o la terminación por falta de pago de la prima):	
A. La muerte del empleado cubierto.	Copia de uno de los siguientes:
B. La terminación del empleo o reducción de las horas de trabajo del empleado cubierto.	<ul style="list-style-type: none"> • Aviso de pérdida de la cobertura de parte de la compañía de seguros anterior.
C. El divorcio o la separación legal del empleado cubierto del cónyuge del empleado.	<ul style="list-style-type: none"> • Aviso de pérdida de la cobertura de parte del empleador.
D. El empleado cubierto adquiere derecho a los beneficios conforme a Medicare.	<ul style="list-style-type: none"> • Anverso y reverso de la tarjeta de identificación de la compañía de seguros anterior.
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 cobertura incluye una eliminación sustancial de la cobertura respecto de un beneficiario calificado (cónyuge/pareja doméstica, hijo dependiente o cónyuge/pareja doméstica sobreviviente) dentro del plazo de un año antes o después de la fecha de comienzo del procedimiento.	
G. Está inscrita en cualquier plan de salud de grupo o cobertura de seguro de salud individual que no pertenece al año calendario, aunque la persona que califica, o su dependiente, tenga la opción de renovar dicha cobertura. La fecha de la pérdida de la cobertura es el último día del año del plan o de la póliza.	
H. Pérdida de la cobertura esencial mínima por cualquier motivo que no sea la falta de pago de las primas ni situaciones que permitan una rescisión por fraude o declaración falsa intencional de un hecho sustancial.	La documentación dependerá de la circunstancia.
I. Terminación de las contribuciones del empleador.	Aviso por parte del empleador de la terminación de las contribuciones.
J. Fin de la continuidad de cobertura COBRA.	Documentación de COBRA que refleje el fin de la cobertura.
2) A. La persona que califica tiene un nuevo dependiente o se convierte en dependiente a través de matrimonio, inicio de una relación de pareja doméstica, nacimiento, adopción o ubicación para adopción.	Documentación de un tribunal o registros de alta.
B. La persona inscrita pierde a un dependiente o ya no se considera un dependiente a través de divorcio o separación legal según lo definido por la ley Estatal del Estado en el que se produce el divorcio o la separación legal, o si la persona inscrita, o su dependiente, muere.	
3) La inscripción o la no inscripción de la persona que califica o su dependiente en un plan de salud es no intencional, involuntaria o errónea, y es el resultado de un error, una declaración falsa, la conducta inadecuada o la inacción de un funcionario, empleado o agente del Intercambio o del Departamento de Salud y Servicios Humanos, o sus intermediarios, en la medida en que el Intercambio así lo evalúe y determine.	La documentación dependerá de la circunstancia.
4) El plan de salud en el que la persona, o su dependiente, está inscrita violó sustancialmente una disposición fundamental de su contrato.	La documentación dependerá de la circunstancia.
5) La persona que califica o la persona inscrita, o su dependiente, obtiene acceso a un nuevo plan de salud como consecuencia de una mudanza permanente.	Copia de uno de los siguientes: <ul style="list-style-type: none"> • Contrato de arrendamiento. • Constancia de hipoteca. • Primera factura de teléfono u otro servicio.
6) Se ha establecido que la persona debe estar cubierta como dependiente conforme a una orden judicial estatal o federal válida.	Documentación del tribunal.
7) La persona ha sido liberada de encarcelación.	Documentación de libertad bajo palabra o libertad condicional.

(continúa)

Eventos que califican para períodos de inscripción especial para Planes Individuales y Familiares (continúa)

Evento que califica	Presentar la constancia requerida del evento que califica
8) La persona estaba recibiendo servicios conforme a otro plan de beneficios de salud de parte de un proveedor contratado que ya no participa en ese plan de salud por alguna de las siguientes condiciones: (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 fechada de parte del médico de atención primaria (PCP).
9) La persona demuestra al Intercambio, con respecto a los planes de beneficios de salud ofrecidos a través del Intercambio, o al Departamento de Cuidado Médico de California, con respecto a los planes de beneficios de salud ofrecidos fuera del Intercambio, que no se inscribió en un plan de beneficios de salud durante el período de inscripción inmediatamente anterior disponible para la persona porque le informaron de manera incorrecta que estaba cubierta conforme a la cobertura esencial mínima.	La documentación dependerá de la circunstancia.
10) La persona es un miembro de las fuerzas de reserva del servicio militar de los Estados Unidos que regresa de prestar servicios o un miembro de la Guardia Nacional de California que regresa de prestar servicios conforme al Título 32 del Código de los Estados Unidos.	Documentación del estado de 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) La persona pierde la cobertura para necesidades médicas conforme a Medicaid (sin incluir la terminación voluntaria de su cobertura anterior o la terminación por falta de pago de la prima).	Documentación de Medicaid.
13) La persona pierde la cobertura relacionada con el embarazo conforme a Medicaid (sin incluir la terminación voluntaria de su cobertura anterior o la terminación por falta de pago de la prima).	Documentación de Medicaid.

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

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

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

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

No leo en el idioma de esta solicitud.

No hablo en el idioma de esta solicitud.

No escribo en el idioma de esta solicitud.

Otro (explique): _____

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

Otro (explique): _____

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

(continúa)

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

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

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

Identificación del agente de seguro médico de Health Net:		Identificación del agente de ventas directas de Health Net:	
Nombre (en letra de molde):	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 BIEN

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

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

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

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

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

Parte VII. Condiciones de inscripción

CONDICIONES GENERALES: Health Net se reserva el derecho de rechazar cualquier solicitud de inscripción si el solicitante no es elegible para la cobertura por no reunir las condiciones de elegibilidad. No existe cobertura a menos que esta solicitud sea aceptada por el Departamento de Membresía de Health Net y que se emita un Aviso de Aceptación para el solicitante, a pesar de que usted le haya pagado a Health Net la prima del primer mes. El cobrar su cheque no significa que su solicitud esté aprobada. Si dicha solicitud es rechazada, se le devolverá el dinero. 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 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 y sus derechos de apelación;
2. 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;
3. explicará que se modificará su prima mensual para reflejar la cantidad de afiliados que permanecen conforme al Contrato del Plan; y
4. explicará su derecho a apelar la decisión de Health Net de rescindir la cobertura.

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 Atención Médica Administrada de California.

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

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

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

□	□	□	-	□	□	-	□	□	□	□
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

Parte VIII. Disposiciones importantes

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

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

RECONOCIMIENTO Y ACUERDO: Yo, el solicitante, entiendo y estoy de acuerdo en que, al inscribirme en Health Net o al aceptar servicios de ésta, mi persona y cualquier dependiente inscrito debemos cumplir con los términos, las condiciones y las disposiciones del Contrato del Plan. Para obtener una copia del Contrato del Plan, llame a Health Net al 1-877-609-8711. **Yo, el solicitante, leí y entendí los términos de esta solicitud y mi firma a continuación indica que la información provista en esta solicitud está completa, es verdadera y correcta, y que acepto estos términos.**

ACUERDO DE ARBITRAJE VINCULANTE: Yo, el solicitante, entiendo y estoy de acuerdo en que toda disputa entre mi persona (incluyendo cualquiera de mis familiares inscritos, herederos o representantes personales) y Health Net deberá someterse a un arbitraje inapelable y vinculante en vez de a un juicio o ante un jurado. Este Acuerdo de arbitraje incluye cualquier disputa que surja del Contrato del Plan o de mi cobertura de Health Net, o se relacione con ellos, y que esté determinada conforme a cualquier teoría legal. Este acuerdo de arbitraje de cualquier disputa se aplica incluso si otras partes, como los proveedores de cuidado de la salud o sus agentes o empleados, están involucradas en la disputa. Entiendo que, al aceptar someter todas las disputas a un arbitraje inapelable y vinculante, todas las partes, incluyendo a Health Net, renuncian a su derecho constitucional de que sus disputas sean resueltas en un tribunal de justicia por un jurado. También entiendo que las disputas que yo pueda tener con Health Net y que involucren reclamos por negligencia médica (es decir, que los servicios médicos prestados fueran innecesarios o no autorizados, o que fueran prestados de manera indebida, negligente o incompetente) también están sujetas a un arbitraje inapelable y vinculante. Entiendo que en el Contrato del Plan se incluye una disposición de arbitraje más detallada. Es posible que el Arbitraje Obligatorio no se aplique a determinadas disputas si el Contrato del Plan está sujeto a ERISA, 29 U.S.C. §§ 1001-1461. Mi firma a continuación indica que entiendo y acepto los términos de este Acuerdo de Arbitraje Vinculante, y acepto someter todas las disputas a un arbitraje vinculante en lugar de que sean resueltas por un tribunal de justicia.

Firma del solicitante o del padre/de la madre o del tutor legal si el solicitante es menor de 18 años:	Fecha de la firma:	Firma del dependiente del solicitante (18 años o más):	Fecha de la firma:
Firma del cónyuge/de la pareja doméstica o del dependiente del solicitante (18 años o más):	Fecha de la firma:	Firma del dependiente del solicitante (18 años o más):	Fecha de la firma:
Firma del dependiente del solicitante (18 años o más):	Fecha de la firma:	Firma del dependiente del solicitante (18 años o más):	Fecha de la firma:

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

Extienda un cheque personal pagadero a "Health Net". Si devuelve la solicitud completada por correo, envíela a: Health Net Individual & Family Enrollment, PO Box 1150, Rancho Cordova, CA 95741-1150. Si desea enviar su solicitud por fax, hágalo al 1-800-977-4161 y envíe su cheque por correo a: Health Net Individual & Family Enrollment, PO Box 894702, Los Angeles, CA 90189-4072.

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.

No Cost Language Services. You can get an interpreter. You can get documents read to you and some sent to you in your language. For help, call us at the number listed on your ID card, or employer group applicants please call Health Net's Commercial Contact Center at 1-800-522-0088. Individual & Family Plan (IFP) applicants please call 1-877-609-8711. For more help: If you are enrolled in a PPO or EPO insurance policy underwritten by Health Net Life Insurance Company, call the CA Dept. of Insurance at 1-800-927-4357. If you are enrolled in a HMO or HSP plan provided by Health Net of California, Inc., call the DMHC Helpline at 1-888-HMO-2219. Your ID card indicates whether your plan was issued by Health Net Life Insurance Company or Health Net of California, Inc.

English

Servicios de Idiomas Sin Costo. Usted puede solicitar un intérprete. Puede solicitar que se le lean los documentos y que algunos de ellos se le envíen en su idioma. Para obtener ayuda, llámenos al número que aparece en su tarjeta de identificación; los solicitantes de grupo de empleadores deben llamar al Centro de Comunicación Comercial de Health Net al 1-800-522-0088. Los solicitantes del Plan Individual y Familiar (por sus siglas en inglés, IFP) deben llamar al 1-877-609-8711. Para obtener más ayuda: Si está inscrito en una póliza de seguro PPO o EPO asegurada por Health Net Life Insurance Company, llame al Departamento de Seguros de CA al 1-800-927-4357. Si está inscrito en un plan HMO o HSP proporcionado por Health Net of California, Inc., llame a la Línea de Ayuda del Departamento de Cuidado Médico (por sus siglas en inglés, DMHC) de California al 1-888-HMO-2219. Su tarjeta de identificación indica si su plan fue emitido por Health Net Life Insurance Company o Health Net of California, Inc.

Spanish

免費語言服務。您可以取得口譯員服務。我們可以把文件朗讀給您聽，也可以把部分翻譯成您語言的文件寄送給您。如需協助，請撥您會員卡上所列的電話號碼與我們聯絡，雇主團體申請人請撥 Health Net 的商業聯絡中心，電話 1-800-522-0088。Individual and Family Plan (IFP) 申請人請撥 1-877-609-8711。如需其他協助：如果您投保的是 Health Net Life Insurance Company 核保的 PPO 或 EPO 保險保單，請撥 California Department of Insurance 電話 1-800-927-4357。如果您投保的是 Health Net of California, Inc. 提供的 HMO 或 HSP 計畫，請撥 DMHC 協助專線 1-888-HMO-2219。您的會員卡會註明您的計畫是由 Health Net Life Insurance Company 或 Health Net of California, Inc. 核發。

Chinese

Dịch vụ ngôn ngữ miễn phí. Quý vị có thể được cấp thông dịch viên và người đọc giúp các tài liệu bằng ngôn ngữ của quý vị cho quý vị. Để được trợ giúp, vui lòng gọi cho chúng tôi theo số điện thoại ghi trên thẻ hội viên của quý vị; người ghi danh theo nhóm của hãng sở xin gọi Trung tâm Liên lạc Thương mại của Health Net theo số 1-800-522-0088. Người ghi danh theo Chương trình bảo hiểm dành cho cá nhân và gia đình (Individual and Family Plan, IFP) xin gọi số 1-877-609-8711. Để được trợ giúp bổ túc: Nếu quý vị ghi danh trong các hợp đồng bảo hiểm PPO hoặc EPO do Health Net Life Insurance Company cam kết tài trợ, vui lòng gọi Bộ Bảo hiểm của California theo số 1-800-927-4357. Nếu quý vị ghi danh trong chương trình bảo hiểm HMO hoặc HSP do Health Net of California, Inc. cung cấp, xin gọi Đường dây trợ giúp của DMHC theo số 1-888-HMO-2219. Trên thẻ hội viên của quý vị có ghi rõ chương trình bảo hiểm của quý vị là do Health Net Life Insurance Company hay Health Net of California, Inc. cung cấp.

Vietnamese

무료 언어 지원 서비스. 무료 통역사 서비스 및 여러분에게 편한 언어로 서류 낭독 서비스를 받을 수 있습니다. 도움이 필요하신 분은 본인의 ID 카드상에 있는 안내번호로 전화해 주십시오. 고용주 그룹 가입 신청자님의 경우 Health Net의 상업 (Commercial) 고객 서비스 센터, 안내번호 1-800-522-0088번으로 전화해 주십시오. 개인 및 가족 플랜 (IFP) 가입 신청자님은 안내번호 1-877-609-8711번으로 전화해 주십시오. 더 많은 도움이 필요하시면: 만일 귀하가 Health Net Life Insurance Company가 인수한 PPO 또는 EPO 보험 폴리시에 가입하신 경우, 캘리포니아 보험국 (CA Dept. of Insurance), 안내번호 1-800-927-4357번으로 문의하십시오. 만일 귀하가 Health Net of California, Inc.에서 제공하는 HMO 또는 HSP 플랜에 가입하신 경우, 보건관리부 (DMHC) 헬프라인, 안내번호 1-888-HMO-2219번으로 문의하십시오. 귀하의 ID 카드상에 귀하의 플랜이 Health Net Life Insurance Company에서 제공되는지 또는 Health Net of California, Inc.에서 제공되는지 명시되어 있습니다.

Korean

Անվճար Լեզվական Մատուցումներ: Դուք կարող եք բանավոր թարգման ձեռք բերել և փաստաթղթերը ընթերցել տալ Ձեր լեզվով: Օգնության համար մեզ զանգահարեք Ձեր ինքնության (ID) տոմսի վրա նշված համարով, կամ եթե գործատիրոջ խմբի դիմորդ եք, խնդրում ենք 1-800-522-0088 համարով զանգահարել Health Net-ի Հանձնարարի Կապի Կենտրոն: Անհատական և Ընտանեկան Մրագրի (Individual and Family Plan/IFP) դիմորդներից խնդրում է զանգահարել 1-877-609-8711 համարով: Լրացուցիչ օգնության համար՝ 1-800-927-4357 համարով զանգահարեք Կալիֆորնիայի Ապահովագրության Բաժանմունք (CA Dept. of Insurance), եթե գրանցվել եք PPO կամ EPO ապահովագրական ապահովագրի, որի կողմն է Health Net Life Insurance Company-ն: Եթե գրանցվել եք HMO կամ HSP ծրագրում, որի մատակարարն է Health Net of California, Inc.-ը, 1-888-HMO-2219 համարով զանգահարեք DMHC-ի Օգնության Գծին: Ձեր ինքնության տոմսը նշում է, թե ով է թողարկել Ձեր ծրագիրը՝ Health Net Life Insurance Company-ն, թե՞ Health Net of California, Inc.-ը:

Armenian

無料の言語サービス。日本語の通訳が書類をお読みします。サービスをご希望の方は、IDカード記載の番号までお問い合わせください。雇用者団体プランへの加入をお申込みの方は、Health Netの民間コンタクト・センター、1-800-522-0088までお電話ください。個人・家族プラン (IFP) への加入をお申込みの方は、1-877-609-8711までお電話ください。さらに援助が必要な場合、Health Net Life Insurance Companyが保険引受会社となるPPOまたはEPO保険ポリシーにご加入の方は、カリフォルニア州保険庁、1-800-927-4357までご連絡ください。Health Net of California, Inc.が提供するHMOまたはHSPプランにご加入の方は、カリフォルニア州管理医療庁 (DMHC) のヘルプライン、1-888-HMO-2219までご連絡ください。お客様のプランの発行者がHealth Net Life Insurance CompanyまたはHealth Net of California, Inc.のどちらであるかは、IDカードに記載されています。

Japanese

الخدمات اللغوية المجانية: يمكنك الحصول على مترجم فوري للمساعدة في قراءة مستنداتك باللغة التي تتحدث بها. للحصول على المساعدة يُرجى الاتصال بنا على الرقم الموضح على بطاقة التعريف الخاصة بك، أو إذا كنت من مقدمي الطلبات من الموظفين يُرجى الاتصال بمركز التواصل مع العملاء لدى Health Net على الرقم 1-800-522-0088. بالنسبة لمقدمي طلبات خطة الفرد والأسرة (IFP)، يُرجى الاتصال على الرقم 1-877-609-8711. للحصول على المزيد من المساعدة: إذا كنت مسجلاً في سياسة التأمين بخطة PPO أو EPO التي تكتتبها شركة التأمين على الحياة Health Net Life Insurance Company، يُرجى الاتصال بـ CA Dept. of Insurance (وزارة التأمين بولاية كاليفورنيا) على الرقم 1-800-927-4357. إذا كنت مسجلاً في خطة HMO أو HSP التي توفرها شركة Health Net of California, Inc.، يُرجى الاتصال بخطة المساعدة لدى DMHC على الرقم 1-888-HMO-2219. توضح بطاقة التعريف الخاصة بك ما إذا كان تم إصدار خطتك عبر شركة التأمين على الحياة Health Net Life Insurance Company أو شركة Health Net of California, Inc.

Arabic

خدمات بی هزینه مربوط به زبان. می توانید از خدمات یک مترجم شفاهی برخوردار شده و بگویند تا نوشته ها به زبان خودتان برایتان خوانده شوند. برای دریافت کردن کمک، با ما از طریق شماره تلفنی که روی کارت شناسایی شما قید شده است تماس بگیرید، و یا متقاضیان گروه کارفرمایان لطفاً با مرکز تجاری تماس Health Net به شماره 1-800-522-0088 تماس بگیرید. متقاضیان "طرح افراد و خانواده ها" (IFP) لطفاً به شماره 1-877-609-8711 تلفن کنند. برای دریافت کمک بیشتر: اگر برای یک بیمه نامه PPO یا EPO که توسط Health Net Life Insurance Company تضمین شده است ثبت نام کرده اید، به اداره بیمه کالیفرنیا به شماره 1-800-927-4357 تلفن کنید. اگر در یک طرح HMO یا HSP که توسط Health Net of California, Inc. فراهم شده است ثبت نام میکنید، به خط کمکی DMHC به شماره 1-888-HMO-2219 تلفن کنید. کارت شناسایی تان نشان میدهد که آیا طرح شما توسط Health Net Life Insurance Company صادر شده است یا Health Net of California, Inc.

Farsi

Walang Gastusin na Mga Serbisyo sa Wika. Maaari kang kumuha ng interpreter at basahin sa iyong wika ang mga dokumento. Para sa tulong, tawagan kami sa numerong nakalista sa iyong ID card, o para sa mga aplikante ng pangkat ng employer, mangyaring tawagan ang Commercial Contact Center ng Health Net sa 1-800-522-0088. Para sa mga aplikante ng Individual & Family Plan (IFP), mangyaring tumawag sa 1-877-609-8711. Para sa karagdagang tulong: Kung naka-enroll ka sa isang insurance policy ng PPO o EPO na napapailalim sa Health Net Life Insurance Company, tawagan ang CA Dept. of Insurance sa 1-800-927-4357. Kung naka-enroll ka sa isang plano ng HMO o HSP na ipinagkakaloob ng Health Net of California, Inc., tawagan ang DMHC Helpline sa 1-888-HMO-2219. Isinasaad ng iyong ID card kung ang iyong plano ay ibinigay ng Health Net Life Insurance Company o Health Net of California, Inc.

Tagalog

KeV Pab Lus Tsis Muaj Nqi Them. Koj txais tau tus neeg txhais lus thiab muab tau cov ntawv los nyeem rau koj ua koj hom lus. Kom tau kev pab, hu rau peb ntawm tus xovtooj sau rau koj daim npav ID, lossis cov tib neeg yuav thov kev pab tom chaw haujlwm thov hu rau Health Net Lub Chaw Pab Cov Tib Neeg Siv Cov Kev Pab (Customer Contact Center) ntawm 1-800-522-0088. Cov neeg thov kev pab hauv pawg Tus Kheej & Tsev Neeg (Individual and Family Plan; IFP) thov hu rau 1-877-609-8711. Yog xav tau kev pab ntxiv: Yog koj muaj npe nkag nrog PPO lossis EPO cov kev tuav pov hwm los ntawm Health Net Life Insurance Company, hu rau CA Qhov Chaw Saib Xyuas Txog Kev Tuav Pov Hwm (Dept. of Insurance) ntawm 1-800-927-4357. Yog koj muaj npe nkag nrog ib qho kev npaj pab HMO lossis HSP uas los ntawm Health Net of California, Inc., hu rau DMHC Tus Xovtooj Muab Kev Pab ntawm 1-888-HMO-2219. Koj daim npav ID yuav qhia tau tias koj qhov kev npaj pab yog los ntawm Health Net Life Insurance Company lossis Health Net of California, Inc.

Hmong

Doo Bqah 'Alinígóó Saad Bee 'áka'anída'awo'ígíí. 'Ata' halne'í dóo naaltsoos bee 'éedahozinígíí t'áa ni nizaad bee hadadilyaago nich'í' yídóoltah. 'Áka'a'eyeed biniiyégo, ninaaltsoos nitl'izi bee néehozinígíí bine'déé' béésh bee haneí biká'ígíí bee nich'í' hodíilnih, doodago ninaalishí bíl hada'dil'ínígíí t'áa shóqdí Health Net Commercial Hane' 'Íil'ih Bíl Haz'ánijí' 1-800-522-0088 hodíilnih. Ła' Jizih dóo Hooghan Haz'áagi Naaltsoos Hadadít'éhígíí (IFP) hada'dile'ígíí t'áa shóqdí kohjí' 1-877-609-8711 hodíilnih. T'áa náásgóó 'áka'a'eyeed biniiyégo: PPO doodago EPO béeso 'ách'áqh naa'nil bibee haz'áanii Health Net Life Insurance Company, bich'í' haídíilaaígíí bíl ha'dít'éhígíí bíl ha'diléehgo, CA Dept. béeso 'ách'áqh naa'nil bíl haz'ánígíí bich'í' kohjí' 1-800-927-4357 hodíilnih. Health Net of California, Inc. biyaadóo HMO doodago HSP bíl ha'dít'éhígíí bíl ha'diléehgo, DMHC 'Áka'aná'awo' Bíl Haz'ánígíí kohjí' 1-888-HMO-2219 hodíilnih. Health Net Life Insurance Company doodago Health Net of California, Inc. bíl naaltsoos bíl náha'dít'éhígíí ninaaltsoos nitl'izi bine'déé' bikáá'.

Navajo

ਭਾਸ਼ਾ ਦੀਆਂ ਮੁਫਤ ਸੇਵਾਵਾਂ। ਤੁਹਾਨੂੰ ਦੁਭਾਸ਼ੀਆਂ ਮਿਲ ਸਕਦਾ ਹੈ ਅਤੇ ਦਸਤਾਵੇਜ਼ ਤੁਹਾਨੂੰ ਤੁਹਾਡੀ ਆਪਣੀ ਭਾਸ਼ਾ ਵਿਚ ਪੜ੍ਹ ਕੇ ਸੁਣਾਏ ਜਾ ਸਕਦੇ ਹਨ। ਮਦਦ ਲਈ, ਤੁਹਾਡੇ ਆਈ ਡੀ ਕਾਰਡ 'ਤੇ ਦਿੱਤੇ ਨੰਬਰ ਤੇ ਸਾਨੂੰ ਫੋਨ ਕਰੋ, ਜਾਂ ਇੰਪਲਾਇਰ ਗਰੁੱਪ ਦੇ ਅਰਜ਼ੀਦਾਤਾ ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ Health Net ਦੇ ਗਾਹਕ ਸੰਪਰਕ ਕੇਂਦਰ ਨੂੰ 1-800-522-0088 ਨੰਬਰ ਤੇ ਫੋਨ ਕਰੋ। ਵਿਅਕਤੀਗਤ ਅਤੇ ਪਰਿਵਾਰਕ ਯੋਜਨਾ (IFP) ਵਾਲੇ ਅਰਜ਼ੀਦਾਤਾ ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ 1-877-609-8711 ਨੰਬਰ ਤੇ ਸੰਪਰਕ ਕਰੋ। ਹੋਰ ਮਦਦ ਲਈ: ਜੇ ਤੁਸੀਂ Health Net Life Insurance Company ਵਲੋਂ ਜਾਰੀ ਕਿਸੇ PPO ਜਾਂ EPO ਬੀਮਾ ਪਾਲਿਸੀ ਲਈ ਨਾਂ ਲਿਖਵਾਇਆ ਹੈ ਤਾਂ ਕੈਲੀਫੋਰਨੀਆ ਬੀਮਾ ਵਿਭਾਗ ਨੂੰ 1-800-927-4357 ਨੰਬਰ ਤੇ ਫੋਨ ਕਰੋ। ਜੇ ਤੁਸੀਂ Health Net of California, Inc. ਵਲੋਂ ਮੁਹੱਈਆ ਕੀਤੀ ਗਈ ਕਿਸੇ HMO ਜਾਂ HSP ਯੋਜਨਾ ਲਈ ਨਾਂ ਲਿਖਵਾਇਆ ਹੈ ਤਾਂ DMHC ਦੀ ਹੈਲਪਲਾਈਨ ਨੂੰ 1-888-HMO-2219 ਨੰਬਰ ਤੇ ਫੋਨ ਕਰੋ। ਤੁਹਾਡੇ ਆਈ ਡੀ ਕਾਰਡ ਤੇ ਦਿਖਾਇਆ ਗਿਆ ਹੈ ਕਿ ਤੁਹਾਡੀ ਯੋਜਨਾ Health Net Life Insurance Company ਵਲੋਂ ਜਾਰੀ ਕੀਤੀ ਗਈ ਸੀ ਜਾਂ Health Net of California, Inc. ਵਲੋਂ।

Punjabi

ਸੇਵਾਵਾਂ ਨੂੰ ਮੁਫਤ ਸੇਵਾਵਾਂ ਵਜੋਂ ਪ੍ਰਦਾਨ ਕੀਤਾ ਜਾਂਦਾ ਹੈ। ਤੁਹਾਨੂੰ ਦੁਭਾਸ਼ੀਆਂ ਮਿਲ ਸਕਦਾ ਹੈ ਅਤੇ ਦਸਤਾਵੇਜ਼ ਤੁਹਾਨੂੰ ਤੁਹਾਡੀ ਆਪਣੀ ਭਾਸ਼ਾ ਵਿਚ ਪੜ੍ਹ ਕੇ ਸੁਣਾਏ ਜਾ ਸਕਦੇ ਹਨ। ਮਦਦ ਲਈ, ਤੁਹਾਡੇ ਆਈ ਡੀ ਕਾਰਡ 'ਤੇ ਦਿੱਤੇ ਨੰਬਰ ਤੇ ਸਾਨੂੰ ਫੋਨ ਕਰੋ, ਜਾਂ ਇੰਪਲਾਇਰ ਗਰੁੱਪ ਦੇ ਅਰਜ਼ੀਦਾਤਾ ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ Health Net ਦੇ ਗਾਹਕ ਸੰਪਰਕ ਕੇਂਦਰ ਨੂੰ 1-800-522-0088 ਨੰਬਰ ਤੇ ਫੋਨ ਕਰੋ। ਵਿਅਕਤੀਗਤ ਅਤੇ ਪਰਿਵਾਰਕ ਯੋਜਨਾ (IFP) ਵਾਲੇ ਅਰਜ਼ੀਦਾਤਾ ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ 1-877-609-8711 ਨੰਬਰ ਤੇ ਸੰਪਰਕ ਕਰੋ। ਹੋਰ ਮਦਦ ਲਈ: ਜੇ ਤੁਸੀਂ Health Net Life Insurance Company ਵਲੋਂ ਜਾਰੀ ਕਿਸੇ PPO ਜਾਂ EPO ਬੀਮਾ ਪਾਲਿਸੀ ਲਈ ਨਾਂ ਲਿਖਵਾਇਆ ਹੈ ਤਾਂ ਕੈਲੀਫੋਰਨੀਆ ਬੀਮਾ ਵਿਭਾਗ ਨੂੰ 1-800-927-4357 ਨੰਬਰ ਤੇ ਫੋਨ ਕਰੋ। ਜੇ ਤੁਸੀਂ Health Net of California, Inc. ਵਲੋਂ ਮੁਹੱਈਆ ਕੀਤੀ ਗਈ ਕਿਸੇ HMO ਜਾਂ HSP ਯੋਜਨਾ ਲਈ ਨਾਂ ਲਿਖਵਾਇਆ ਹੈ ਤਾਂ DMHC ਦੀ ਹੈਲਪਲਾਈਨ ਨੂੰ 1-888-HMO-2219 ਨੰਬਰ ਤੇ ਫੋਨ ਕਰੋ। ਤੁਹਾਡੇ ਆਈ ਡੀ ਕਾਰਡ ਤੇ ਦਿਖਾਇਆ ਗਿਆ ਹੈ ਕਿ ਤੁਹਾਡੀ ਯੋਜਨਾ Health Net Life Insurance Company ਵਲੋਂ ਜਾਰੀ ਕੀਤੀ ਗਈ ਸੀ ਜਾਂ Health Net of California, Inc. ਵਲੋਂ।

Khmer

Бесплатные услуги перевода. Вы можете воспользоваться услугами переводчика, и вам могут прочесть документы на вашем языке. Если вам требуется помощь, звоните нам по номеру телефона, указанному на вашей идентификационной карте. Участники плана группового страхования по месту работы могут обратиться в Коммерческий контактный центр компании Health Net (Commercial Contact Center) по телефону 1-800-522-0088. Участники планов индивидуального и семейного страхования (Individual and Family Plan, IFP), пожалуйста, звоните по номеру 1-877-609-8711. Для получения дополнительной помощи: если у вас страховой полис Организации с предпочтительными поставщиками услуг (Preferred Provider Organization, PPO) или Организации с обязательными поставщиками услуг (Exclusive Provider Organization, EPO), который предоставляется компанией Health Net Life Insurance Company, обращайтесь в Департамент страхования штата Калифорния (CA Dept. of Insurance) по телефону 1-800-927-4357. Если вы зарегистрированы в плане НМО или HSP, который предоставлен компанией Health Net of California, Inc., звоните на телефон Горячей линии Департамента организованного медицинского обслуживания (DMHC Helpline) по номеру 1-888-HMO-2219. На вашей идентификационной карте указано, был ли ваш план оформлен компанией Health Net Life Insurance Company или компанией Health Net of California, Inc.

Russian