



## Grandes Empresas

# Solicitud de Inscripción y Cambio

Los planes de seguro médico son proporcionados por Health Net Health Plan of Oregon, Inc. (Health Net). Los planes de seguro de vida y de muerte o pérdida de miembros por accidente están asegurados por Health Net Life Insurance Company. Los planes de seguro dental de PPO están asegurados por Health Net Health Plan of Oregon, Inc., y son administrados por Dental Benefit Providers, Inc. (DBP). Los planes de la vista están asegurados por Health Net Health Plan of Oregon, Inc., y cuentan con los servicios de Envolve Vision, Inc. Envolve Vision, Inc., y Health Net Health Plan of Oregon, Inc., son subsidiarias de Centene Corporation.

### BIENVENIDO A HEALTH NET

Pasos simples para completar el formulario:

1. Revise los materiales adjuntos en su paquete de inscripción. Asegúrese de comprender las opciones de cobertura que están disponibles para usted a través de su empleador.
- 2a. **Si rechaza la cobertura** para usted o sus dependientes, debe completar la sección 6. No complete ninguna otra sección.
- 2b. **Si acepta la cobertura** para usted o sus dependientes, debe completar las secciones 1, 2, 3, 5 y 7.

La Ley de Cuidado de Salud Asequible requiere que Health Net le proporcione al Servicio de Impuestos Internos (por sus siglas en inglés, IRS) una confirmación de la cobertura de atención de salud para usted, como suscriptor, y sus dependientes cubiertos. El IRS utiliza esta información para confirmar que cada afiliado tenga una cobertura esencial mínima. Asegúrese de que su número de Seguro Social y el de cada dependiente que esté inscribiendo sean los correctos. Para obtener más información acerca de la disposición de pago de responsabilidad compartida individual, ingrese en [<http://www.irs.gov/uac/Questions-and-Answers-on-the-Individual-Shared-Responsibility-Provision>].

3. Si elige inscribirse en los planes de EPO, POS o CommunityCare, **debe seleccionar un médico de atención primaria (por sus siglas en inglés, PCP)**. Asegúrese de completar los nombres y los números de identificación de inscripción de 10 dígitos tal como aparecen en la herramienta en línea ProviderSearch de Health Net.  
**Nota:** Si no elige un PCP, se le asignará uno.
4. Si elige inscribirse en un plan de seguro de PPO, no es necesario que seleccione un PCP.
5. Haga una copia de la solicitud completa como constancia. **Si debe corregir algún dato, táchelo y coloque sus iniciales en cada corrección. No utilice un producto para borrar.**

### Solo para uso administrativo:

**Empresa o grupo actual**  
PO Box 9103  
Van Nuys, CA 91409-9103  
[www.healthnetoregon.com](http://www.healthnetoregon.com)

**Nueva empresa o grupo**  
Envíe toda la documentación completa a su agente de seguro o ejecutivo de cuentas designado.



PARA SER COMPLETADO POR EL EMPLEADOR	
Nombre del empleador: _____	
Fecha de entrada en vigor solicitada: _____	N.º de grupo del empleador (médico): _____
Fecha en la que el empleado reúne los requisitos (solo para nuevas contrataciones): <input type="checkbox"/> Igual que la fecha de contratación <input type="checkbox"/> Otra: _____	

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

**1. Información del plan de salud (Elija su cobertura y escriba en letra de imprenta el nombre del plan en el espacio proporcionado).**

**EPO**

CommunityCare 1T<sup>1</sup>: \_\_\_\_\_     CommunityCare 3T<sup>1</sup>: \_\_\_\_\_  
 CommunityCare 1T HDHP<sup>1</sup>: \_\_\_\_\_     CommunityCare 3T HDHP<sup>1</sup>: \_\_\_\_\_  
 Otro: \_\_\_\_\_

**PPO**

PPO: \_\_\_\_\_     PPO HDHP: \_\_\_\_\_  
 PPO Integrated HSA: \_\_\_\_\_     PPO Integrated HRA: \_\_\_\_\_  
 Otro: \_\_\_\_\_

**Complete esta sección únicamente si elige un plan médico con una Cuenta de Ahorros para la Salud (por sus siglas en inglés, HSA) integrada:**  
 (Participar) HSA patrocinada por el empleador     (No participar) HSA patrocinada por el empleador

PLAN DENTAL	PLAN DE LA VISTA
<input type="checkbox"/> Plus: _____ <input type="checkbox"/> Value: _____ <input type="checkbox"/> Preferred Value: _____ <input type="checkbox"/> Preferred Plus: _____ <input type="checkbox"/> Essentials	<input type="checkbox"/> Elite 1010-1 <input type="checkbox"/> Supreme 010-2 <input type="checkbox"/> Preferred 1025-2 <input type="checkbox"/> Preferred 1025-3 <input type="checkbox"/> Plus 20-1 <input type="checkbox"/> Preferred Value 10-3 <input type="checkbox"/> Exam Only

**2. Motivo de la solicitud**

<input type="checkbox"/> Cambiar de plan <input type="checkbox"/> Cambiar dirección/nombre <input type="checkbox"/> Quitar dependiente <i>(enumerar los nombres a continuación)</i> <input type="checkbox"/> Otro: _____	<input type="checkbox"/> Nueva contratación <input type="checkbox"/> Recontratación <input type="checkbox"/> Inscripción abierta <b>Período de inscripción especial</b> Fecha del hecho habilitante: _____ Agregar dependiente: <input type="checkbox"/> Matrimonio <input type="checkbox"/> Recién nacido/adopción/tutela legal/orden judicial/asunción de la relación padre-hijo <input type="checkbox"/> Pérdida de la cobertura anterior <input type="checkbox"/> Otro (especifique): _____	<input type="checkbox"/> <b>COBRA</b> Fecha de entrada en vigor: _____ Hecho habilitante: _____ Fecha del hecho habilitante: _____
--	---	---

**3. Información personal del empleado**

Apellido: _____	Nombre: _____	Inicial del segundo nombre: _____	<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino
Dirección de residencia: _____	Ciudad: _____	Estado: _____	Código postal: _____
Fecha de nacimiento (dd/mm/aaaa): _____	N.º de Seguro Social/n.º de ID fiscal (requerido para todos los solicitantes): _____	Estado civil: <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Pareja doméstica	
N.º de teléfono: _____	N.º de teléfono laboral: _____	Dirección de correo electrónico: _____	
Fecha de contratación: _____	N.º de Dpto.: _____	Cargo: _____	<input type="checkbox"/> Salario <input type="checkbox"/> Por hora <input type="checkbox"/> Jubilado
¿Le corresponde una clase que reúne los requisitos? <input type="checkbox"/> Tiempo parcial a tiempo completo <input type="checkbox"/> Temporal a permanente <input type="checkbox"/> Por hora a asalariado			
Si es posible, preferiría recibir información sobre el plan y las comunicaciones en español: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
Médico de atención primaria (para planes de EPO, POS y CommunityCare únicamente): _____			
N.º de ID de inscripción del PCP (n.º de PCP de 10 dígitos): _____		¿Este es su PCP actual? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	

Nombre del empleado: \_\_\_\_\_

Últimos 4 dígitos del Seguro Social del solicitante principal: \_\_\_\_\_

#### 4. Información de la familia: enumere todos los miembros de la familia que reúnen los requisitos para inscribirse (Adjunte hojas adicionales si es necesario).

Cónyuge/pareja doméstica <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F		Apellido:	Nombre:	Inicial del segundo nombre:
Dirección de residencia: <input type="checkbox"/> Marque esta casilla si es la misma que la del suscriptor		Ciudad:	Estado:	Código postal:
Fecha de nacimiento (dd/mm/aaaa):		N.º de Seguro Social/n.º de ID fiscal (requerido para todos los solicitantes):		
Médico de atención primaria (para planes de EPO, POS y CommunityCare únicamente):		N.º de ID de inscripción del PCP (n.º de PCP de 10 dígitos):		
¿Este es su PCP actual? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No				

<input type="checkbox"/> Hijo <input type="checkbox"/> Hija		Apellido:	Nombre:	Inicial del segundo nombre:
Dirección de residencia: <input type="checkbox"/> Marque esta casilla si es la misma que la del suscriptor		Ciudad:	Estado:	Código postal:
Fecha de nacimiento (dd/mm/aaaa):		N.º de Seguro Social/n.º de ID fiscal (requerido para todos los solicitantes):		
Médico de atención primaria (para planes de EPO, POS y CommunityCare únicamente):		N.º de ID de inscripción del PCP (n.º de PCP de 10 dígitos):		
¿Este es su PCP actual? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No				

<input type="checkbox"/> Hijo <input type="checkbox"/> Hija		Apellido:	Nombre:	Inicial del segundo nombre:
Dirección de residencia: <input type="checkbox"/> Marque esta casilla si es la misma que la del suscriptor		Ciudad:	Estado:	Código postal:
Fecha de nacimiento (dd/mm/aaaa):		N.º de Seguro Social/n.º de ID fiscal (requerido para todos los solicitantes):		
Médico de atención primaria (para planes de EPO, POS y CommunityCare únicamente):		N.º de ID de inscripción del PCP (n.º de PCP de 10 dígitos):		
¿Este es su PCP actual? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No				

<input type="checkbox"/> Hijo <input type="checkbox"/> Hija		Apellido:	Nombre:	Inicial del segundo nombre:
Dirección de residencia: <input type="checkbox"/> Marque esta casilla si es la misma que la del suscriptor		Ciudad:	Estado:	Código postal:
Fecha de nacimiento (dd/mm/aaaa):		N.º de Seguro Social/n.º de ID fiscal (requerido para todos los solicitantes):		
Médico de atención primaria (para planes de EPO, POS y CommunityCare únicamente):		N.º de ID de inscripción del PCP (n.º de PCP de 10 dígitos):		
¿Este es su PCP actual? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No				

Nombre del empleado: \_\_\_\_\_

Últimos 4 dígitos del Seguro Social del solicitante principal: \_\_\_\_\_

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

<input type="checkbox"/> Titular	Nombre:	Nombre de la otra aseguradora:		Fecha de inicio de la cobertura anterior(dd/mm/aa):	
Fecha de finalización de la cobertura anterior (dd/mm/aa):	Motivo para finalizar la cobertura:	N.º de grupo/n.º de ID de la póliza:	¿Cubre lo siguiente? Atención médica: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Atención dental: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Atención de la vista: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Medicare: <input type="checkbox"/> Parte A <input type="checkbox"/> Parte B	Reclamo de Medicare/ n.º de HICN:

<input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Pareja doméstica	Nombre:	Nombre de la otra aseguradora:		Fecha de inicio de la cobertura anterior(dd/mm/aa):		
Fecha de finalización de la cobertura anterior (dd/mm/aa):	Motivo para finalizar la cobertura:	N.º de grupo/n.º de ID de la póliza:	¿Esta es la cobertura principal de su dependiente? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Cubre lo siguiente? Atención médica: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Atención dental: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Atención de la vista: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Medicare: <input type="checkbox"/> Parte A <input type="checkbox"/> Parte B	Reclamo de Medicare/ n.º de HICN:

<input type="checkbox"/> Hijo <input type="checkbox"/> Hija	Nombre:	Nombre de la otra aseguradora:		Fecha de inicio de la cobertura anterior(dd/mm/aa):		
Fecha de finalización de la cobertura anterior (dd/mm/aa):	Motivo para finalizar la cobertura:	N.º de grupo/n.º de ID de la póliza:	¿Esta es la cobertura principal de su dependiente? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Cubre lo siguiente? Atención médica: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Atención dental: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Atención de la vista: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Medicare: <input type="checkbox"/> Parte A <input type="checkbox"/> Parte B	Reclamo de Medicare/ n.º de HICN:

<input type="checkbox"/> Hijo <input type="checkbox"/> Hija	Nombre:	Nombre de la otra aseguradora:		Fecha de inicio de la cobertura anterior(dd/mm/aa):		
Fecha de finalización de la cobertura anterior (dd/mm/aa):	Motivo para finalizar la cobertura:	N.º de grupo/n.º de ID de la póliza:	¿Esta es la cobertura principal de su dependiente? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Cubre lo siguiente? Atención médica: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Atención dental: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Atención de la vista: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Medicare: <input type="checkbox"/> Parte A <input type="checkbox"/> Parte B	Reclamo de Medicare/ n.º de HICN:

<input type="checkbox"/> Hijo <input type="checkbox"/> Hija	Nombre:	Nombre de la otra aseguradora:		Fecha de inicio de la cobertura anterior(dd/mm/aa):		
Fecha de finalización de la cobertura anterior (dd/mm/aa):	Motivo para finalizar la cobertura:	N.º de grupo/n.º de ID de la póliza:	¿Esta es la cobertura principal de su dependiente? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Cubre lo siguiente? Atención médica: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Atención dental: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Atención de la vista: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Medicare: <input type="checkbox"/> Parte A <input type="checkbox"/> Parte B	Reclamo de Medicare/ n.º de HICN:

Nombre del empleado: \_\_\_\_\_

Últimos 4 dígitos del Seguro Social del solicitante principal: \_\_\_\_\_

## 6. Rechazo de cobertura (Complete esta sección si usted o uno de sus dependientes rechazan alguna cobertura).

### INFORMACIÓN PERSONAL DEL EMPLEADO

Apellido:	Nombre:	Inicial del segundo nombre:	N.º de Seguro Social/n.º de ID fiscal:
Rechazo de la cobertura médica para: <input type="checkbox"/> Titular <input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Pareja doméstica <input type="checkbox"/> Dependiente(s) Nombre(s): _____		Motivo: <input type="checkbox"/> Otra cobertura grupal a través de este empleador <input type="checkbox"/> Cobertura individual <input type="checkbox"/> Otra cobertura grupal a través de otro grupo (por ejemplo, el empleador del cónyuge) <input type="checkbox"/> Otro: _____	
Rechazo de la cobertura dental para: <input type="checkbox"/> Titular <input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Pareja doméstica <input type="checkbox"/> Dependiente(s) Nombre(s): _____		Motivo: <input type="checkbox"/> Otra cobertura grupal a través de este empleador <input type="checkbox"/> Cobertura individual <input type="checkbox"/> Otra cobertura grupal a través de otro grupo (por ejemplo, el empleador del cónyuge) <input type="checkbox"/> Otro: _____	
Rechazo de la cobertura de la vista para: <input type="checkbox"/> Titular <input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Pareja doméstica <input type="checkbox"/> Dependiente(s) Nombre(s): _____		Motivo: <input type="checkbox"/> Otra cobertura grupal a través de este empleador <input type="checkbox"/> Cobertura individual <input type="checkbox"/> Otra cobertura grupal a través de otro grupo (por ejemplo, el empleador del cónyuge) <input type="checkbox"/> Otro: _____	

### SI RECHAZA LA COBERTURA, DETÉNGASE Y LEA CON ATENCIÓN

**He decidido rechazar la cobertura para mí o mi(s) dependiente(s).** Reconozco que es posible que mi(s) dependiente(s) y yo tengamos que esperar para inscribirnos hasta el siguiente período de inscripción abierta anual o el período de inscripción especial debido a un hecho habilitante. Mi empleador me ha explicado las coberturas disponibles, y he tenido la oportunidad de solicitarlas. Además, al firmar a continuación, certifico, según mi leal saber y entender, que el motivo por el que rechazo la cobertura es adecuado como se indicó en las marcas de verificación anteriores.

Firma del empleado: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

**(Firme únicamente si rechaza la cobertura. Si firma por error, tache y coloque sus iniciales).**

## 7. Aceptación de cobertura (firma requerida).

**Al solicitar la inscripción como se indica en este formulario de inscripción, declaro que, a mi leal saber y entender, toda la información contenida en este formulario es verdadera y completa, y que todas las personas para las que solicito la inscripción reúnen los requisitos para recibir cobertura. Yo, el solicitante (empleado), en mi nombre y en nombre de todos los dependientes cubiertos enumerados en este formulario o agregados en el futuro, acepto que, en caso de que los beneficios de atención de salud que se me brinden a mí o a cualquier dependiente cubierto por Health Net sean responsabilidad principal de Medicare o de cualquier cobertura por lesiones, enfermedades o afecciones relacionadas con el trabajo, o de cualquier tercero debido a cualquier lesión, enfermedad, afección o daño, informaré de manera completa a Health Net y ejecutaré dichas asignaciones, gravámenes u otros documentos que puedan ser necesarios para que Health Net recupere el valor de los servicios prestados. Además, acepto que en caso de que yo, cualquier dependiente o cualquier miembro de mi familia cobre beneficios, daños o reembolsos de Medicare, o cualquier otro tercero con respecto a dicha lesión, enfermedad, afección o daño, reembolsaré inmediatamente a Health Net la suma total de los servicios prestados por Health Net de acuerdo con el contrato de plan grupal.**

**También acepto estar sujeto a todas y cada una de las disposiciones del contrato de plan grupal (incluidos todos los programas y anexos que son parte del contrato de plan grupal) tal como están ahora en vigencia y según se puedan enmendar en el futuro, y acepto que todos mis derechos se establezcan específicamente en el contrato de plan grupal. Autorizo a mi empleador a deducir de mis ingresos cualquier monto requerido para cubrir mi parte de las primas o tarifas prepagas, si las hubiera, pagaderas según el contrato grupal. Reconozco que he elegido un médico/proveedor de atención primaria de la red actual de proveedores participantes de Health Net (para los planes de la organización de proveedores exclusivos (por sus siglas en inglés, EPO), Triple Option/POS y CommunityCare); que esta lista identifica a los proveedores participantes a la fecha de publicación; que puede haber cambios en el estado de un proveedor y adiciones o eliminaciones en esta lista; y que Health Net o sus representantes no garantizan ni aseguran la disponibilidad de ningún proveedor participante específico. Reconozco que los beneficios de Health Net solo están disponibles si se obtienen de conformidad con todas las disposiciones del contrato de plan grupal. Reconozco que todos los proveedores participantes son contratistas independientes y no son agentes, servidores públicos, funcionarios, empleados, socios ni empresas conjuntas, y no están controlados por Health Net; que los proveedores participantes, incluidos los médicos de atención primaria, son responsables de la prestación o la coordinación de todos los servicios médicos para mí y mis dependientes; y que Health Net no es ni será responsable de las omisiones o actos deliberados o negligentes de cualquier proveedor participante o no participante.**

Firma del empleado: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

**(Firme únicamente si acepta la cobertura. Si firma por error, tache y coloque sus iniciales).**

Comuníquese con el Centro de Contacto con el Cliente de Health Net al número gratuito que aparece a continuación si necesita ayuda para completar este formulario o si tiene preguntas sobre su cobertura:

Atención médica: 1-888-802-7001

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

Atención dental: 1-877-410-0176

Atención de la vista: 1-866-392-6058

Seguro de vida: 1-800-865-6288

Puede imprimir una tarjeta de identificación temporal para utilizarla hasta que reciba su tarjeta de identificación permanente. Para imprimir una tarjeta de identificación temporal, cree una cuenta en el portal para afiliados en [www.healthnetoregon.com](http://www.healthnetoregon.com), luego seleccione “Members” (Afiliados) y “Register” (Registrarse).

### **Atención de emergencia y urgencia:**

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

### **Autorización previa:**

Usted, como afiliado, es responsable de obtener la autorización previa para ciertos servicios. Consulte el certificado de su plan para obtener una lista de los servicios que requieren autorización previa.

**Para obtener autorización previa, llame al 1-800-977-7282.**

### **Productos/entidades:**

Health Net Health Plan of Oregon, Inc., ofrece los siguientes productos: CommunityCare, EPO y PPO.

Health Net Life Insurance Company asegura lo siguiente: seguro de vida y de muerte o pérdida de miembros por accidente.

Health Net Health Plan of Oregon, Inc., ofrece los siguientes productos administrados por Dental Benefit Providers, Inc.: Dental PPO (DPPO).

Health Net Health Plan of Oregon, Inc., ofrece los siguientes productos administrados por Envolve Vision, Inc.: PPO Vision.

### **Rechazo de cobertura:**

Si rechaza la inscripción para usted o sus dependientes (incluido su cónyuge o pareja doméstica registrada) debido a otro seguro de salud o cobertura de plan de salud grupal, es posible que usted y sus dependientes puedan inscribirse en este plan si ya no cumplen con los requisitos para esa otra cobertura (o si su empleador deja de contribuir a su otra cobertura o la de sus dependientes). Sin embargo, debe solicitar la inscripción dentro de los 30 días posteriores a la finalización de su otra cobertura o la de sus dependientes (o después de que el empleador deje de contribuir a la otra cobertura). Además, si tiene un nuevo dependiente como resultado de matrimonio, nacimiento, adopción o colocación para adopción, es posible que puedan inscribirse usted y sus dependientes. Sin embargo, debe solicitar la inscripción dentro de los 30 días posteriores al matrimonio, nacimiento, adopción o colocación para adopción. Si anteriormente rechazó la inscripción en este plan para usted o sus dependientes debido a la cobertura de un plan de Medicaid o un plan de Programa de Seguro de Salud para Niños (por sus siglas en inglés, CHIP), puede inscribirse dentro de los 60 días posteriores a la pérdida de dicha cobertura. Si reúne los requisitos para recibir asistencia para la prima conforme a un plan de Medicaid o un plan CHIP, usted o sus dependientes pueden inscribirse en este plan dentro de los 60 días posteriores al momento en el que cumplen con los requisitos para esta asistencia.

## Aviso de No Discriminación

Health Net Health Plan of Oregon, Inc. (Health Net), cumple con las leyes federales vigentes sobre derechos civiles y no discrimina, excluye ni trata a las personas de forma diferente por motivos de raza, color, nacionalidad, ascendencia, religión, estado civil, género, identidad de género, orientación sexual, edad, discapacidad o sexo.

### HEALTH NET

- **Brinda ayuda y servicios gratuitos a personas con discapacidades para comunicarse eficazmente con nosotros, como intérpretes calificados del lenguaje de señas e información por escrito en otros formatos (letra grande, formatos electrónicos accesibles y otros).**
- **Ofrece servicios de idioma gratuitos a personas cuyo idioma principal no es el inglés, como intérpretes calificados e información escrita en otros idiomas.**

Si necesita estos servicios, comuníquese con el Centro de Contacto con el Cliente de Health Net al 1-888-802-7001 (TTY: 711).

Si cree que Health Net no le ha brindado estos servicios o que lo ha discriminado de alguna otra manera por raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo, puede presentar una queja formal. Llame al número que aparece más arriba para informar que necesita ayuda para presentar esta queja formal. El Centro de Comunicación con el Cliente de Health Net está disponible para ayudarlo.

También puede presentar una queja sobre los derechos civiles a la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU. Puede hacerlo de manera electrónica a través del portal que dicha oficina tiene para este tipo de quejas, <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>. Además, puede presentar la queja por correo o por 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).

Los formularios de quejas están disponibles en <https://www.hhs.gov/ocr/complaints/index.html>.

**English**

No Cost Language Services. You can get an interpreter. You can get documents read to you and some sent to you in your language. For help, call the Customer Contact Center at the number on your ID card or call 1-888-802-7001 (TTY: 711).

**Amharic**

ለቋንቋ አገልግሎት ምንም ክፍያ የለውም። አስተርጓሚ ማግኘት ይቻላል። የተነበበልዎትን እና የተወሰኑ በቋንቋዎ የተላኩልዎትን ሰነዶች መግኘት ይቻላል። ለአርዳታ፣ ለደንበኞች ግንኙነት ማዕከል በመታወቂያ ካርድዎ ላይ የለውን ቁጥር ይደውሉ ወይም በ 1-888-802-7001 (TTY: 711) ይደውሉ።

**Arabic**

الخدمات اللغوية المجانية. يمكنك الاستعانة بمتحدث فوري، كما يمكنك لطلب قراءة المستندا تحلياً لإرسال بعض منها إليك بلغتك. للحصول على المساعدة، يمكنك الاتصال بمركز اتصالنا للعملاء على الرقم الموجود على بطاقة معرف العضوية الخاصة بك أو الاتصال على 1-888-802-7001 (TTY: 711).

**Chinese**

免費語言服務。您可以取得口譯服務。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，請撥打會員卡上的電話號碼聯絡客戶聯絡中心，或撥打電話 1-888-802-7001 (聽障專線 (TTY) : 711)。

**Cushite (Oromo)**

Tajaajila afaaniif kaffaltii hin qabu. Turjubaana argachuu ni dandeessu. Sanadii isiniif dubbifamee fi afaan keessaniin muraasaan isniif ergame argachuu ni dandeessu. Gargaarsaaf, Wiirtuu Qunnamtii Maamilaa tiif lakkoofsicha kaardii enyummaa keessan irra jirutti bilbilaa ykn 1-888-802-7001 (TTY: 711) itti bilbilaa.

**German**

Es stehen Ihnen kostenlose Sprachdienstleistungen zur Verfügung. Sie können einen Dolmetscher hinzuziehen. Die Dokumente können Ihnen vorgelesen werden und einige sind in Ihrer Muttersprache erhältlich. Für Unterstützung rufen Sie bitte unser Kundendienstzentrum unter der auf Ihrer Versicherungskarte angegebenen Nummer oder unter der Rufnummer 1-888-802-7001 (TTY: 711) an.

**Japanese**

無料の言語支援サービス。通訳をご利用いただけます。日本語で文書を読み上げたり、文書によっては日本語版をお届けすることも可能です。支援をご希望の方は、IDカードに記載の番号にてカスタマーコンタクトセンターまでお電話いただくか、1-888-802-7001 (TTY: 711)までお電話ください。

**Korean**

무료 언어 서비스. 귀하는 통역사를 이용하실 수 있습니다. 귀하에게 편한 언어로 서류 낭독 서비스 및 번역 서비스를 받으실 수 있습니다. 도움이 받으시려면 본인의 ID 카드에 기재된 고객센터 안내번호 또는 1-888-802-7001 (TTY: 711)번으로 전화해 주십시오.

**Cambodian (Khmer)**

សេវាភាសាភីឡឺត្លី ឥតគិតថ្លៃ អ្នកអាចទទួលបានអ្នកបកប្រែបាន អ្នកអាចឲ្យគេអានឯកសារជូនអ្នក និងផ្ញើឯកសារខ្លះជូនអ្នក ជាភាសាស្រដៀងគ្នា។ សំរាប់ជំនួយ ទូរស័ព្ទទៅមជ្ឈមណ្ឌលទំនាក់ទំនងអភិវឌ្ឍន៍ តាមលេខនៅលើប័ណ្ណ ID របស់អ្នក ឬហៅលេខ 1-888-802-7001 (TTY: 711)។

**Laotian**

ການບໍລິການດ້ານພາສາທີ່ບໍ່ເສຍຄ່າ. ທ່ານສາມາດຂໍມາຍແປພາສາ. ທ່ານສາມາດອ່ານເອກະສານ ແລະ ຈໍານວນໜຶ່ງໄດ້ສົ່ງໃຫ້ທ່ານເປັນພາສາຂອງທ່ານແລ້ວ. ເພື່ອຂໍຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອ, ໂທຫາສູນບໍລິການລູກຄ້າໄດ້ທີ່ເລກໝາຍຢູ່ເທິງບັດ ID ຂອງທ່ານ ຫຼື ໂທ 1-888-802-7001 (TTY: 711).

**Punjabi**

ਭਾਸ਼ਾ ਸੇਵਾਵਾਂ ਲਈ ਕੋਈ ਲਾਗਤ ਨਹੀਂ। ਤੁਸੀਂ ਦੁਆਰੀਆ ਪ੍ਰਾਪਤ ਕਰ ਸਕਦੇ ਹੋ। ਤੁਸੀਂ ਤੁਹਾਨੂੰ ਪੜ੍ਹ ਕੇ ਸੁਣਾਏ ਦਸਤਾਵੇਜ਼ ਪ੍ਰਾਪਤ ਕਰ ਸਕਦੇ ਹੋ ਅਤੇ ਕੁਝ ਤੁਹਾਡੀ ਭਾਸ਼ਾ ਵਿੱਚ ਤੁਹਾਨੂੰ ਭੇਜੇ ਗਏ ਹਨ। ਮਦਦ ਲਈ, ਆਪਣੇ ID ਕਾਰਡ 'ਤੇ ਗਾਹਕ ਸੰਪਰਕ ਕੇਂਦਰ ਨੂੰ ਕਾਲ ਕਰੋ ਜਾਂ 1-888-802-7001 (TTY: 711)।

**Russian**

Бесплатные услуги перевода. Вы можете воспользоваться услугами переводчика. Вам могут прочесть документы на русском языке и выслать переводы некоторых из них. Если вам требуется помощь, звоните в Центр обслуживания клиентов по номеру, указанному на вашей идентификационной карте, или по номеру 1-888-802-7001 (линия TTY: 711).

**Spanish**

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, llame al Centro de Comunicación con el Cliente al número que se encuentra en su tarjeta de identificación o llame al 1-888-802-7001 (TTY: 711).

**Tagalog**

Mga Walang Bayad na Serbisyo sa Wika. Maaari kayong kumuha ng tagasaling-wika (interpreter). Maaaring basahin sa inyo ang mga dokumento at ipadala sa inyo ang ilan nang nakasalin sa inyong wika. Para sa tulong, tumawag sa Customer Contact Center sa numero sa inyong ID card o tumawag sa 1-888-802-7001 (TTY: 711).

**Ukrainian**

Безкоштовні послуги перекладу. Ви можете скористатися послугами перекладача. Вам можуть прочитати документи на українській мові та надіслати переклади деяких із них. Якщо вам потрібна допомога, телефонуйте у Центр обслуговування клієнтів за номером, вказаним на вашій ідентифікаційній карті, або за номером 1-888-802-7001 (лінія TTY: 711).

**Vietnamese**

Dịch vụ ngôn ngữ miễn phí. Quý vị có thể yêu cầu phiên dịch viên. Quý vị có thể yêu cầu đọc các tài liệu và gửi một số tài liệu cho quý vị bằng ngôn ngữ của quý vị. Để được trợ giúp, hãy gọi đến Trung tâm Liên lạc Hội viên theo số điện thoại trên thẻ nhận dạng của quý vị hoặc gọi đến số 1-888-802-7001 (TTY: 711).