



Pequeña empresa

Solicitud de Contrato de Plan Grupal

Los planes de seguro médico son ofrecidos por Health Net Health Plan of Oregon, Inc. (Health Net). Los planes de seguro de vida o 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. Health Net Health Plan of Oregon, Inc., Health Net Life Insurance Company y Envolve Vision, Inc. son subsidiarias de Centene Corporation.

Este documento constituye la solicitud de un Contrato de Plan Grupal ofrecido por Health Net, cuyas disposiciones se informarán a todos los empleados elegibles, según lo definido, y sus dependientes elegibles que deseen o soliciten obtener cobertura en virtud del presente.

La siguiente información sobre el empleado o los dependientes que pretenden inscribirse se presenta con el fin de que Health Net determine su elegibilidad.

BIENVENIDO A HEALTH NET

Pasos simples para completar el formulario:

1. Revise detenidamente el documento y elija las opciones de planes más convenientes para su empresa.
2. 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.
3. **Nota:** Health Net inscribe automáticamente al empleado y a sus dependientes elegibles que optan por obtener la cobertura médica en el plan dental o de la vista, en caso de que el grupo del empleador los ofrezca. Si un empleado desea rechazar la cobertura dental o de la vista de un dependiente elegible, debe completar la sección **Rechazo de Cobertura** de la **Solicitud de Inscripción y Cambio**.

Health Net Medical: 1-888-802-7001

Health Net Life: 1-800-865-6288

Health Net Dental: 1-877-410-0176

Health Net Vision: 1-866-392-6058

SOLO PARA USO ADMINISTRATIVO:

Nueva empresa o grupo

Envíe toda la documentación completa a su agente de seguro o ejecutivo de cuenta designado.

Importante: Imprima todas las secciones en tinta negra. Si desea agregar un plan dental o de la vista a su cobertura actual, complete las secciones 2, 3, 4, 5, 6, 8 y 10. Si desea hacer otro cambio en su cobertura actual, complete solo las secciones 2, 3, 4 y 8.

1. Información del plan de salud

COMMUNITYCARE 1T ¹		PPO			
Platinum	CC1T15-500-1-3000DX CC1T20-750-2-3000DX	Platinum	P10-250-1-4000LX	P10-500-2-4000LX	P10-750-2-4000LX
Gold	CC1T25-1000-2-7900DX CC1T25-2000-2-7900DX CC1T25-3500-2-7900DX	Gold	P50-0-5-5000 P0-1500-4-7900DX P0-3500-4-7900DX	P20-500-3-7900DX P20-1000-2-7900DX P20-2000-2-7900DX	P20-2500-3-7900DX P30-1500-2-7900DX P30-3500-3-7900DX
		Silver	P20-5000-5-8150DX P40-3000-3-8150ES	P40-4000-3-8150ES P45-3500-5-8150ES	P45-5000-5-8150ES
Silver	CC1T40-3000-3-8150ES CC1T40-4500-3-8150ES	Bronze	P8250-0-8250ES		
		PLAN DE PPO DE DEDUCIBLE ALTO			
COMMUNITYCARE 3T		Silver	HD2800-2-5500ES HD3000-3-6750ES	HD4000-3-6750ES	Bronze HD6900-0-6900ES
Platinum		HEALTH NET OREGON STANDARD PPO			
Gold	CC3T15-500-1-3000DX CC3T20-750-2-3000DX CC3T25-1000-2-7900DX CC3T25-2000-2-7900DX CC3T25-3500-2-7900DX	Health Net Oregon Standard Gold Plan		Health Net Oregon Standard Bronze Plan	
		Health Net Oregon Standard Silver Plan			
		OTRO PLAN			
Silver	CC3T40-3000-3-8150ES CC3T40-4500-3-8150ES				

PLAN DENTAL		PLAN DE LA VISTA		PLAN DE ATENCIÓN ALTERNATIVA CON OPCIÓN DE COMPRA
Plus D50-1855-1500 Preferred Plus DP50-1855-1500	Value D50-185-1500V Essentials D50-16-500	Elite 1010-1 Preferred 1025-2 Preferred 1025-3		CAM 15-1000 CAM 15-1500 CAM 15-1000 Plus

¿Desea contratar la cobertura dental pediátrica de Health Net? Sí No (Confirmando que deseo adquirir la cobertura dental pediátrica de otra aseguradora, según lo exigido por la ACA).

OPCIONES DE SEGURO DE VIDA Y MUERTE O PÉRDIDA DE MIEMBROS POR ACCIDENTE (SI SE ELIGE HEALTH NET LIFE, TODOS LOS EMPLEADOS DE TIEMPO COMPLETO SON ELEGIBLES).

\$15,000 (todos los empleados) \$25,000 (15-50 empleados) \$50,000 (25-50 empleados)

2. Información del grupo del empleador

Nombre de la compañía (incluido nombre comercial):		N.º de grupo:		Código SIC:	
Número de identificación fiscal (TIN):			Tipo de empresa:		
Tipo de entidad (sociedad anónima, empresa unipersonal, sociedad de responsabilidad limitada, sociedad colectiva):		Antigüedad:		Fecha de entrada en vigencia:	
Contacto en la compañía (contacto administrativo):		Teléfono:		Fax:	
Correo electrónico administrativo:					
Dirección física:		Ciudad:	Estado:	Código postal:	
Nombre del contacto de facturación (ingrese "Ídem" si es la misma persona que el contacto administrativo):				Teléfono:	
Dirección de facturación (si es distinta de la dirección física):		Ciudad:		Estado:	Código postal:
Correo electrónico del contacto de facturación (si es distinto del correo electrónico administrativo):					
Contacto en la compañía para la coordinación de beneficios (si es distinto del anterior):		Teléfono:		Correo electrónico:	
Dirección para coordinación de beneficios (si es distinta de la dirección física):		Ciudad:		Estado:	Código postal:

3. Contribución del empleador (Nota: La contribución del empleador equivale, como mínimo, al 50% del plan con costo más bajo para el seguro de salud y al 100% [2-9 personas inscritas] o al 50% [10-50 personas inscritas] para el seguro de vida).

Seguro de salud para el empleado: _____ % o \$ _____	Seguro dental para el empleado: _____ % o \$ _____	Seguro de la vista para el empleado: _____ % o \$ _____	Seguro de vida para el empleado: _____ % o \$ _____
Seguro de salud para el dependiente: _____ % o \$ _____	Seguro dental para el dependiente: _____ % o \$ _____	Seguro de la vista para el dependiente: _____ % o \$ _____	

Nota: Si elige el seguro dental o de la vista sin contribución, indique "0".

4. Tarifas mensuales (incluidas cláusulas adicionales)

Las tarifas para grupos de pequeños empleadores de Oregon están garantizadas por 12 meses desde la fecha de entrada en vigencia, a excepción de los cambios fiscales o de beneficios exigidos por el gobierno. Las tarifas también se basan en la inscripción definitiva del grupo y pueden diferir del presupuesto si se modifica la composición del grupo.

Empleado: _____	Empleado + cónyuge o pareja doméstica registrada: _____	Empleado + hijo(s): _____	Empleado + familia: _____
Empleado: _____	Empleado + cónyuge o pareja doméstica registrada: _____	Empleado + hijo(s): _____	Empleado + familia: _____
Empleado: _____	Empleado + cónyuge o pareja doméstica registrada: _____	Empleado + hijo(s): _____	Empleado + familia: _____
Empleado: _____	Empleado + cónyuge o pareja doméstica registrada: _____	Empleado + hijo(s): _____	Empleado + familia: _____

Adjunte la hoja de presupuesto de otros planes que elija.

5. Información de elegibilidad

1. ¿Se aplicará alguna condición de elegibilidad antes del período de prueba (p. ej., pertenecer a una categoría de puesto elegible, cumplir requisitos de acreditación laboral o haber finalizado un "período de orientación en el empleo razonable y legal")? Sí No

2. ¿Cuál es el período de prueba del empleador para nuevos empleados o personal recontratado? El primer día del mes posterior a lo siguiente: Fecha de contratación 1 mes 30 días 60 días*
* Health Net ajustará la fecha de entrada en vigencia de las nuevas personas inscritas, en caso de que sea necesario, para garantizar que el período de espera no supere los 90 días.

3. ¿Desea anular el período de prueba para todos cuando se inscriban por primera vez? Sí No

4. En promedio, ¿cuántas horas de trabajo por semana se requieren a fin de ser elegible para la cobertura de seguro médico? _____

5. ¿Cuántos empleados hay a la fecha de entrada en vigencia de la cobertura? _____

6. En promedio, ¿a cuántos empleados contrató durante todo el año calendario anterior, independientemente de si eran o no elegibles para la cobertura? _____
Un empleado se define como una persona a quien la compañía le extiende un Formulario W-2, incluidos trabajadores de tiempo parcial, de tiempo completo y estacionales, independientemente de la elegibilidad para el seguro².
Para calcular la cantidad promedio de empleados, determine el número de empleados de cada mes, súmelos para obtener el total anual y, luego, divida esa cifra por 12. Redondee hacia arriba o hacia abajo, al número entero más cercano. Ejemplo: 24.6 = 25. No escriba el número en letras (es decir, ingrese "3", no "tres").

7. ¿Cuál es la cantidad total de empleados en todo el mundo? _____

	SEGURO MÉDICO	SEGURO DE VIDA	SEGURO DENTAL	SEGURO DE LA VISTA
8. ¿Cuál es la cantidad de empleados elegibles (incluidos propietarios elegibles)?	_____	_____	_____	_____
9. ¿Cuál es la cantidad total de personas inscritas en Health Net (sin incluir las personas inscritas en la cobertura conforme a la COBRA)?	_____	_____	_____	_____
10. ¿Cuál es la cantidad de personas inscritas en la cobertura de Health Net conforme a la COBRA (que soliciten cobertura de salud)?	_____	N/C	_____	_____
11. ¿Cuántas personas rechazaron la cobertura? (Incluya el formulario de inscripción con la sección 7, "Rechazo de Cobertura", indicada).	_____	_____	_____	_____

6. Información de elegibilidad (continuación)

12. ¿A qué tipo de continuación está sujeto? COBRA federal³ Continuación estatal
13. En los últimos 12 meses, ¿el empleador tuvo algún contrato de Health Net? Sí No
14. ¿Las personas inscritas elegibles tienen una exclusión por ubicación o afiliación sindical? Sí No
15. ¿El grupo presenta el Formulario 132? Sí No
16. ¿El grupo está sujeto a la Ley ERISA? Sí, mes: _____ No, plan público o gubernamental, o plan ofrecido a través de una iglesia
 No (especifique el motivo): _____
17. ¿Forma parte de un grupo de entidades subordinadas? Sí No
18. Si forma parte de un grupo de entidades subordinadas, ¿quién es el empleador para fines de declaración de impuestos? _____
19. ¿Cuántos empleados de tiempo completo hubo en el grupo durante el año calendario anterior? _____
20. ¿Cuántos empleados equivalentes a tiempo completo hubo en el grupo durante el año calendario anterior? _____
(Para los fines de determinar la elegibilidad, los empleadores deben tener un empleado en relación de dependencia en el momento de la inscripción).

7. Aseguradora actual (Indique la aseguradora actual, si corresponde).

- ¿La compañía actualmente cuenta con otro seguro de salud? Sí No
- En caso afirmativo, ¿cancelará el otro seguro de salud si obtiene la aprobación de Health Net? Sí No
- Aseguradora de salud actual: _____ Número de póliza de la aseguradora actual: _____
- ¿Será Health Net la única aseguradora? Sí No Si la respuesta es "No," indique la otra aseguradora: _____
- Planes ofrecidos: _____
- Aseguradora de indemnización por accidentes y enfermedades laborales:** _____
- Cantidad de personas inscritas no cubiertas en virtud de la indemnización por accidentes y enfermedades laborales: _____
- Nombre de las personas inscritas no cubiertas en virtud de la indemnización por accidentes y enfermedades laborales: _____
- (A fin de ser elegibles para obtener la cobertura de Health Net, los empleadores a quienes se exija ofrecer indemnización por accidentes y enfermedades laborales deben tener vigente una póliza).

8. Criterios de contratación

Condiciones generales

El grupo de suscripción debe tener contratado a, al menos, un empleado elegible para la inscripción y ser un pequeño empleador de Oregon, según lo definido por las regulaciones estatales y federales. Las normas de elegibilidad para la inscripción en el seguro médico y en el seguro dental deben ser las mismas. Todos los empleados inscritos deben tener una relación legal de asociado, contratista independiente o empleador-empleado con el grupo de suscripción. Si el grupo de suscripción incluye en el plan de salud a empleados subcontratados o contratistas independientes, todos ellos deben obtener la cobertura. No es un requisito que Health Net sea la única aseguradora, siempre y cuando se cumplan las pautas de participación. Los empleados elegibles que rechacen la cobertura porque otro empleador les ofrece cobertura grupal (p. ej., la cobertura de su cónyuge) no se tendrán en cuenta para el recuento de participación.

La extensión de la cobertura y del Contrato de Plan Grupal está sujeta a que Health Net revise y apruebe la contratación, así como a que reciba la prima del primer mes. Las tarifas presupuestadas inicialmente están sujetas a que Health Net las revise en función de la inscripción definitiva y otras variaciones en el grupo respecto de las condiciones descritas en los supuestos de contratación.

La cobertura entrará en vigencia en la fecha indicada si Health Net acepta y aprueba la solicitud según corresponda, en los plazos específicos requeridos. La cobertura del afiliado finalizará el último día del mes en el que deje de ser elegible conforme a las disposiciones de elegibilidad del grupo. Habrá un período de inscripción abierta por cada año del contrato. El período abarcará los 30 días anteriores a la fecha de entrada en vigencia de la renovación.

9. Declaración del grupo de suscripción y otros términos importantes

Complete toda la información requerida antes de firmar esta solicitud. Coloque sus iniciales en cada cambio. Este documento es exclusivamente una solicitud. La cobertura y la extensión del Contrato de Plan Grupal están sujetas a que Health Net las revise y apruebe, así como a que reciba la prima del primer mes.

Por medio del presente, la persona que suscribe reconoce que la información antecedente que se declara a Health Net es veraz y está completa. En caso de que, en el momento de la inscripción o durante el período de 24 meses después de que se extienda el Contrato de Plan Grupal, se determine que se ha hecho intencionalmente una declaración falsa de datos importantes, lo que está prohibido en virtud de los términos del contrato, es posible que este se rescinda mediante un aviso con 30 días de anticipación.

Tras el aniversario de la póliza, el pago de la prima de renovación constituirá la aceptación de la renovación y el año de la prima siguiente.

El solicitante, en caso de que esta solicitud se acepte, acuerda efectuar las deducciones de nómina autorizadas correspondientes a los empleados elegibles que se inscriban en virtud del Contrato de Plan Grupal y pagarle dichos montos a Health Net antes de la fecha de vencimiento, además de presentar las constancias necesarias para mantener un registro de membresía preciso y completo. Además, el solicitante acuerda cumplir las regulaciones vigentes con respecto a los requisitos de membresía, las incorporaciones al grupo y las bajas. Envíe esta solicitud a su agente o ejecutivo de cuenta de Health Net según lo especificado.

El solicitante, en caso de que esta solicitud se acepte, acuerda cooperar con Health Net para cumplir plenamente los requisitos del artículo 2715 de la Ley de Servicios de Salud Pública para divulgarles información resumida sobre el plan y los beneficios a los participantes y los beneficiarios que sean elegibles y renueven la cobertura. El solicitante reconoce que ha recibido la información del Resumen de Beneficios y Cobertura para Personas Elegibles y Personas Cubiertas: Instrucciones de Reproducción y Distribución de Health Net y acuerda asumir las responsabilidades que le competen al “grupo” allí detalladas. Por medio del presente, la persona que suscribe reconoce que tiene la responsabilidad de obtener y enviar una copia impresa o electrónica del documento *Resumen de Beneficios y Cobertura* (por sus siglas en inglés, SBC) a los participantes y los beneficiarios del plan. Para conseguir los SBC de su grupo, visite www.healthnetoregon.com/sbc.

Se aplican los siguientes requisitos estándares de participación y contribución mínimas, a menos que se modifiquen en el presupuesto o en los supuestos de contratación correspondientes a la renovación.

La contribución mínima es la siguiente: el empleador contribuye, al menos, el 50% a la prima de Health Net.

La participación mínima es la siguiente: en el caso de los grupos de entre 1 y 5 empleados elegibles, se requiere una participación mínima del 66%. En el caso de los grupos de entre 6 y 50 empleados elegibles, se requiere una participación mínima del 50%.

Si no se cumplen estos requisitos de contribución y participación mínimas, puede terminarse la cobertura o rechazarse su renovación.

La presente solicitud de Contrato de Plan Grupal y el Anexo adjunto, junto con el Contrato de Plan o la Póliza de Seguro de Health Net (indicados en este documento), y los formularios de inscripción de los empleados constituyen el acuerdo completo entre las partes para brindarles a los empleados y los dependientes elegibles que se inscriban los beneficios de atención de salud especificados en el Contrato de Plan o la Póliza de Seguro. El acuerdo puede modificarse en cualquier momento mediante el consentimiento escrito mutuo del grupo de suscripción y Health Net, sujeto a las regulaciones estatales y federales.

Firma del representante de la compañía:

Cargo del representante:

Fecha:

La firma del solicitante que antecede confirma, a su leal saber y entender, lo siguiente: 1) que acepta todos los términos y condiciones estipulados en la presente solicitud, incluidas las condiciones de inscripción y los supuestos de contratación; y 2) que la información que ha incluido en esta solicitud es exacta y está completa.

10. Información y certificación del agente

AGENTE 1

Nombre del agente:		N.º de identificación del agente de Health Net:		
N.º de licencia del Departamento de Seguro:		N.º de identificación fiscal:	NPN del agente:	
Nombre de la agencia:	N.º de teléfono:		N.º de fax:	
Dirección:		Ciudad:	Estado:	Código postal:
Correo electrónico:				
Porcentaje de la comisión del agente:				

AGENTE 2 (SOLO SE REQUIERE SI SE REPARTIRÁ LA COMISIÓN)

Nombre del agente:		N.º de identificación del agente de Health Net:		
N.º de licencia del Departamento de Seguro:		N.º de identificación fiscal:	NPN del agente:	
Nombre de la agencia:	N.º de teléfono:		N.º de fax:	
Dirección:		Ciudad:	Estado:	Código postal:
Correo electrónico:				
Porcentaje de la comisión del agente:				

Certifico que toda la información incluida en esta solicitud es correcta a mi leal saber y entender. También certifico que esta empresa es un establecimiento comercial legal o es elegible de otro modo para la contratación de cobertura de seguro en el estado de Oregon. Todos los requisitos de participación se han explicado, y se cumplen todos los requisitos de participación mínima. Se explicó plenamente la información referida a cobertura, disposiciones de inscripción, requisitos de elegibilidad, beneficios, limitaciones y exclusiones al solicitante o empleador, quien la comprendió de forma cabal. Se explicó plenamente la información referida a deducibles, copagos y coseguro (*si corresponde*) al empleador, quien la comprendió de forma cabal. No tengo conocimiento de ningún motivo por el cual no debería brindarse la cobertura del plan y recomiendo que se ofrezca.

Nota: Si actualmente no cuenta con una designación de Health Net, no se le pagarán comisiones. Debe tener la confirmación de una licencia activa y la designación formal de Health Net antes de la fecha de entrada en vigencia del plan grupal para poder recibir el pago de las comisiones.

Firma del agente 1: _____ Fecha: _____

Firma del agente 2 (*si corresponde*): _____ Fecha: _____

11. Para uso exclusivo de Health Net

Firma del ejecutivo de cuenta:	Fecha:	Nombre:	
--------------------------------	--------	---------	--

PLAZO DE PRESENTACIÓN PARA PEQUEÑAS EMPRESAS

Día 15 del mes anterior a la fecha de entrada en vigencia de la cobertura del grupo:

Si nuestro personal recibe las solicitudes de nuevos grupos debidamente completas antes del día 15 del mes anterior a la fecha de entrada en vigencia de la cobertura del grupo, podemos ofrecer servicios importantes antes de que comience efectivamente la cobertura. Estos servicios incluyen enviarles las tarjetas de identificación a los nuevos afiliados antes de la fecha de entrada en vigencia de la cobertura. Tenga en cuenta que las solicitudes de casos nuevos que no se reciban antes del día 15 del mes anterior y las solicitudes de casos incompletas no se podrán procesar a tiempo suficiente para enviarles las tarjetas de identificación a los nuevos afiliados antes de la fecha de entrada en vigencia.

Día 20 del mes anterior a la fecha de entrada en vigencia de la cobertura del grupo:

Nuestro personal debe recibir las solicitudes de nuevos grupos debidamente completas antes de esta fecha a fin de disponer la cobertura del grupo para que esté vigente el primer día del mes siguiente. Las solicitudes de casos nuevos que se reciban antes de esta fecha y las solicitudes de casos incompletas no se procesarán a tiempo suficiente para enviarles las tarjetas de identificación a los nuevos afiliados antes de la fecha de entrada en vigencia.

GRUPOS DE ENTIDADES SUBORDINADAS O AFILIADAS

Hacen referencia a grupos de entidades conjuntamente subordinadas o afiliadas, según lo descrito en los incisos (b), (c), (m) u (o) del artículo 414 del Código de Rentas Internas de 1986. En el caso de un grupo de empleadores de entidades subordinadas o afiliadas, la aseguradora debe considerarlo como un único grupo que deberá completar un formulario de perfil de grupo. Los grupos de entidades subordinadas incluyen compañías formadas por matriz y subsidiaria, por empresas asociadas o una combinación de ambas opciones.

EMPLEADOS DE TIEMPO COMPLETO

Es la cantidad total de empleados de tiempo parcial y de tiempo completo que trabajan un promedio de 30 horas o más por semana.

A la hora de determinar el tamaño del grupo, se excluyen del recuento los empleados temporales, estacionales, subcontratados y por contrato.

Al responder las preguntas sobre los empleados, el propietario, por lo general, no se considera un empleado aunque obtenga una remuneración por prestar servicios a la empresa. Sin embargo, puede participar en el plan del grupo, siempre y cuando haya, al menos, un empleado en relación de dependencia. Un propietario puede ser lo siguiente:

- un propietario único y su cónyuge;
- un miembro de una sociedad de responsabilidad limitada unipersonal y su cónyuge;
- el propietario de una sociedad anónima de propiedad absoluta y su cónyuge.

Instrucciones para contar a los empleados de tiempo completo:

- A. Cuente a cada empleado que trabaje 30 horas o más como 1 empleado de tiempo completo.
- B. Sume la cantidad de horas de trabajo por semana de todos los empleados que trabajen menos de 30 horas y divida esa cifra por 30.
- C. Sume los resultados obtenidos en los puntos A y B. De esa forma, obtendrá el recuento de empleados de tiempo completo.

También puede usar la calculadora de empleados de tiempo completo disponible en [healthcare.gov](https://www.healthcare.gov/shop-calculators-fte/):

<https://www.healthcare.gov/shop-calculators-fte/>.

EMPLEADOS ELEGIBLES PARA LOS BENEFICIOS

Es la cantidad total de empleados elegibles para la cobertura, según lo determinado por el empleador.

Dependientes: Son el cónyuge legal, la pareja doméstica registrada y los hijos (de hasta 26 años) del empleado, su cónyuge o pareja doméstica registrada.

Empleado jubilado del gobierno local: Por “gobierno local”, se entiende una ciudad, un condado, un distrito escolar u otro distrito especial de este estado. Por “empleado jubilado”, se entiende un exfuncionario o exempleado de un gobierno local que se haya jubilado por años de servicio o discapacidad y que haya recibido o reciba beneficios por jubilación en virtud del Sistema de Jubilación de Empleados Públicos o cualquier otro sistema de jubilación o plan vigente para los funcionarios y los empleados del gobierno local.

Empleados recién elegibles (el primer día del mes posterior a la fecha de elegibilidad)

Los “empleados recién elegibles” se definen de la siguiente manera:

- empleados de tiempo parcial que se han contratado durante todo el período de prueba y se convertirán en empleados regulares de tiempo completo;
- empleados transferidos que se han contratado durante todo el período de prueba;
- empleados despedidos que se han recontratado en el plazo de 9 meses;
- otros (deben estar previamente aprobados por el Departamento de Contratación).

Definición de “dependientes recién elegibles”: En el caso de los hijos, son elegibles desde la fecha de nacimiento o entrega en adopción. En el caso del cónyuge, la pareja doméstica registrada y los hijastros, son elegibles desde el primer día del mes de matrimonio o certificación de la pareja doméstica registrada, o bien del mes posterior.

¹ Disponible para grupos de empleadores ubicados en los condados de Multnomah, Clackamas, Washington, Clatsop, Columbia y Tillamook. Disponible para los empleados de los condados de Multnomah, Clackamas, Washington, Clatsop, Columbia y Tillamook, y el condado de Clark, WA.

² Esta información es para fines de clasificación, no de determinación del tamaño del grupo. La especificación de cómo contar a los empleados de entidades corporativas relacionadas al calcular el tamaño del grupo para fines del índice de pérdidas médicas (por sus siglas en inglés, MLR) se basa en si las entidades se consideran un empleador unipersonal en virtud del artículo 414 del Código de Rentas Internas (incisos [b], [c], [m] u [o]), no en los diversos estados de identificación fiscal de las entidades relacionadas.

³ Nota: En general, los empleadores que hayan contratado de forma regular a 20 empleados o más durante el año calendario anterior están sujetos a la continuación conforme a la Ley de Reconciliación del Presupuesto Colectivo Consolidado (por sus siglas en inglés, COBRA) federal. Los empleadores que hayan contratado a entre 2 y 19 empleados al menos el 50% de sus días hábiles durante el año calendario anterior están sujetos a la continuación estatal. Consulte a su asesor legal si necesita ayuda para determinar qué ley se aplica en su caso.

Asegúrese de que sus Empleados Comprendan su Cobertura de Atención de Salud

RESUMEN DE BENEFICIOS Y COBERTURA PARA PERSONAS ELEGIBLES Y PERSONAS CUBIERTAS

Requisito en virtud de la ACA para los empleadores que patrocinan planes de salud grupales

Según lo exigido por la Ley de Cuidado de Salud Asequible (por sus siglas en inglés, ACA), los planes de salud y los grupos de empleadores deben ofrecer el *Resumen de Beneficios y Cobertura* (por sus siglas en inglés, SBC)¹ a los empleados y los familiares elegibles que cumplan con alguna de estas condiciones:

- estén actualmente inscritos en el plan de salud grupal;
- sean elegibles para inscribirse en el plan, pero aún no lo hayan hecho;
- tengan continuación de la cobertura conforme a la COBRA.

Health Net se compromete a garantizar el cumplimiento de todos los plazos y los requisitos de contenido con respecto a la distribución del SBC. Para tal fin, debe ofrecerlo en la **versión original y sin modificar**, tanto en formato como en contenido, que Health Net puso a su disposición.

Siga las instrucciones a continuación para saber cómo distribuir el SBC.

Versión y modalidad del SBC

Puede ofrecerles el SBC a las personas elegibles o cubiertas en versión **impresa o electrónica** (es decir, por correo electrónico o publicación en Internet).

SBC IMPRESO

- **Si ofrece una copia impresa**, el SBC debe tener el mismo formato y fuente que el que Health Net puso a su disposición y, según lo exigido en virtud de la ACA, debe imprimirse en cuatro hojas a doble faz.
- **Si envía una copia impresa por correo postal**, puede remitir un único SBC a la última dirección conocida del empleado, a menos que sepa que un familiar reside en otro domicilio. En ese caso, debe enviarle al familiar otro SBC a la última dirección conocida.

SBC ELECTRÓNICO

Puede enviarles a las personas cubiertas un SBC por medios electrónicos si se cumplen ciertos requisitos del Departamento de Trabajo de los EE. UU.².

- **Si envía el SBC por correo electrónico**, debe hacerlo en el mismo formato electrónico en PDF que el que Health Net puso a su disposición.
- **Si publica el SBC en Internet**, debe informarles a sus empleados por correo electrónico o por escrito que el SBC está disponible en Internet y detallar la dirección web. También debe informarles a sus empleados que el SBC está disponible sin costo en formato impreso a pedido. Puede usar el texto de ejemplo a continuación para redactar una nota o tarjeta virtual en la que informe sobre la publicación del SBC en un sitio web:

(continuación)

¹ Código de Regulaciones Federales (por sus siglas en inglés, CFR), Título 26, artículo 54.9815-2715; Título 29, artículo 2590.715-2715; y Título 45, artículo 147.200.

² Estos requisitos pueden consultarse en el CFR, Título 29, artículo 2520.104b-1(c).

Este documento se ofrece como atención para el cliente y no constituye asesoramiento legal. Consulte a su propio asesor legal para determinar sus responsabilidades en virtud de las regulaciones sobre SBC de la Ley de Cuidado de Salud Asequible.

Disponibilidad de la Información Resumida de Salud

Como empleado, los beneficios de salud que tiene a su disposición representan una parte significativa de su paquete de remuneración. También le ofrecen una gran protección para usted y su familia ante una enfermedad o lesión.

Su plan brinda una serie de opciones de cobertura de salud. Elegir una constituye una decisión importante. Para que pueda tomar una decisión informada, su plan pone a disposición un **Resumen de Beneficios y Cobertura (SBC)**, que sintetiza información importante sobre todas las opciones de cobertura de salud en un formato estándar para que pueda compararlas.

El SBC está disponible en línea, en www.healthnetoregon.com/sbc. También se encuentra a su disposición una copia impresa sin costo. Para conseguirla, llame al número gratuito que figura en su tarjeta de identificación.

Plazos de distribución del SBC

- **En el momento de la solicitud.** Si distribuye material escrito de solicitud para la inscripción, también debe incluir el SBC. Si no distribuye material escrito, debe ofrecerle el SBC al empleado antes del primer día en que sea elegible para inscribirse en el plan.

- **Personas elegibles para la inscripción especial.** En el caso de las personas elegibles para la inscripción especial³, debe ofrecerles el SBC en el plazo de los 90 días posteriores a la inscripción.

- **En el momento de la renovación.** Si se requiere material de inscripción abierta para la renovación, debe ofrecer el SBC a más tardar en la fecha en la que estos se distribuyan. Si la renovación es automática, debe ofrecer el SBC a más tardar 30 días antes del primer día del nuevo año del plan.

Si el plan de salud grupal se renueva menos de 30 días antes de la fecha de entrada en vigencia, debe ofrecer el SBC lo antes posible, a más tardar siete días hábiles después de que se extienda la nueva póliza o de que se reciba una confirmación escrita de la intención de renovarlo.

En el momento de la renovación del plan, no está obligado a ofrecer el SBC de Health Net a los empleados que no estén inscritos en un plan de Health Net. Sin embargo, si un empleado solicita el SBC de Health Net, debe ofrecerlo lo antes posible, a más tardar siete días hábiles después de que reciba la solicitud.

Aviso de modificación del SBC

En ocasiones, se hacen cambios sustanciales en el SBC que no están relacionados con la renovación, como cambios de cobertura. Debe dar aviso a los empleados acerca de los cambios sustanciales a más tardar 60 días antes de la fecha en la que entrarán en vigencia. La frecuencia, la versión y la modalidad del aviso deben ser acordes a lo descrito anteriormente. Cuando sea Health Net quien implemente tales cambios, le ofrecerá versiones modificadas del SBC para que distribuya.

Glosario unificado

Para consultar un glosario con los términos en negrita que se usan en el SBC, los empleados y sus familiares pueden visitar www.cciio.cms.gov o llamar a Health Net al número que figura en la tarjeta de identificación y solicitar una copia. Health Net les enviará una copia escrita del glosario a quienes llamen a este número en un plazo de siete días hábiles después de que reciba la solicitud.

Si tiene alguna pregunta, comuníquese con su administrador de clientes de Health Net.

³ Las personas elegibles para la inscripción especial son quienes solicitan cobertura mediante un período de inscripción especial. Puede consultar las regulaciones sobre la inscripción especial en el CFR de los EE. UU., Título 45, artículo 146.117; Título 26, artículo 54.9801-6; y Título 29, artículo 2590.701-6.

Este documento se ofrece como atención para el cliente y no constituye asesoramiento legal. Consulte a su propio asesor legal para determinar sus responsabilidades en virtud de las regulaciones sobre SBC de la Ley de Cuidado de Salud Asequible.

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

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 LO SIGUIENTE:

- 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).
- 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 Comunicación 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 motivos de 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 para 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 ማግኘት ይቻላል። ለእርዳታ፣ ለደንበኞች ግንኙነት ማዕከል በምታወቁያ ካርድዎ ላይ ያለውን ቁጥር ይደውሉ ወይም በ 1-888-802-7001 (TTY: 711) ይደውሉ።

Arabic

الخدمات اللغوية المجانية. يمكنك الاستعانة بمترجم فوري، كما يمكنك طلب قراءة المستندات عليك وإرسال بعض منها إليك بلغتك. للحصول على المساعدة، يمكنك الاتصال بمركز اتصالات العملاء 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)

Tajajjila 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 고객 서비스 센터 안내번호 또는 1-888-802-7001 (TTY: 711)번으로 전화해 주십시오.

Cambodian (Khmer)

សេវាកម្មភាសាខ្មែរឥតគិតថ្លៃ។ អ្នកអាចទទួលបានអ្នកបកប្រែឯកសារ និងអ្នកអានឯកសារសម្រាប់អ្នក និងស្នើសុំឯកសារខ្លះៗសម្រាប់អ្នក ជាភាសាសំខាន់ៗរបស់អ្នក។ សំរាប់ជំនួយ ទូរស័ព្ទទៅមជ្ឈមណ្ឌលទំនាក់ទំនងអភិវឌ្ឍន៍ តាមលេខនៅលើ ID របស់អ្នក ឬហៅលេខ 1-888-802-7001 (TTY: 711)។

Laotian

ການບໍລິການດ້ານພາສາທີ່ບໍ່ເສຍຄ່າ. ທ່ານສາມາດຂໍນາຍແປພາສາ. ທ່ານສາມາດອ່ານເອກະສານ ແລະ ຈຳນວນໜຶ່ງໄດ້ຮັ່ງໃຫ້ທ່ານເປັນພາສາຂອງທ່ານແລ້ວ. ເພື່ອຂໍຄວາມ ຊ່ວຍເຫຼືອ, ໂທຫາສູນຕິດຕໍ່ລູກຄ້າໄດ້ທີ່ເລກໜາຍຢູ່ເທິງບັດ ID ຂອງທ່ານ ຫຼື ໂທ 1-888-802-7001 (TTY: 711).

Punjabi

ਭਾਸ਼ਾ ਸੇਵਾਵਾਂ ਲਈ ਕੋਈ ਲਾਗਤ ਨਹੀਂ। ਤੁਸੀਂ ਦੁਬਾਰੀਆ 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).