

Grandes Empresas

Solicitud de Inscripción y Cambio

La solicitud debe completarse de manera electrónica o con tinta azul o negra.

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 Envision Vision, Inc. Envision Vision, Inc. y Health Net Health Plan of Oregon, Inc. son subsidiarias de Centene Corporation.

LE DAMOS LA BIENVENIDA A HEALTH NET

Siga estos simples pasos 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 para poder hacerlo.
5. Haga una copia de la solicitud completa a modo de registro. **Si debe corregir algún dato, táchelo y coloque sus iniciales en cada corrección. No utilice un producto para borrar.**

Solo para uso del empleador:

Grupo actual

Enviar al Departamento de Contabilidad de Membresía:
Correo electrónico: HNOregon_Enrollment@healthnet.com
Fax: 1-855-607-0982

Nuevo grupo

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



DATOS QUE DEBE COMPLETAR EL EMPLEADOR

Nombre del empleador: _____	
Fecha de entrada en vigor solicitada: _____	N.º de grupo del empleador (médico): _____
Fecha en la que el empleado comienza a ser elegible: _____	
☐ Igual que la fecha de contratación ☐ 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).

MÉDICA

☐ PPO: _____	☐ EPO: _____
☐ CommunityCare 1T ¹ : _____	☐ POS/Triple Option: _____
☐ CommunityCare 3T ¹ : _____	
☐ Otra: _____	

Complete esta sección únicamente si elige un plan de PPO o CommunityCare 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

DENTAL

☐ Plus: _____	☐ Value: _____
☐ Preferred Value: _____	☐ Preferred Plus: _____
☐ Essentials	

DE LA VISTA

☐ Elite 1010-1	☐ Supreme 010-2
☐ Preferred 1025-2	☐ Preferred 1025-3
☐ Plus 20-1	☐ Preferred Value 10-3
☐ Exam Only	

2. Motivo de la solicitud

☐ Cambiar de plan ☐ Cambiar dirección/nombre ☐ Quitar dependiente (enumerar los nombres a continuación) ☐ Otro: _____	☐ Nueva contratación ☐ Recontratación ☐ Inscripción abierta Período de inscripción especial Fecha del hecho habilitante: _____ Agregar dependiente: ☐ Matrimonio ☐ Recién nacido/adopción/tutela legal/orden judicial/presunción de paternidad ☐ Pérdida de la cobertura anterior ☐ Otro (especifique): _____	☐ COBRA Fecha de entrada en vigor: _____ Hecho habilitante: _____ Fecha del hecho habilitante: _____
---	--	---

3. Información personal del empleado

Apellido: _____		Nombre: _____		Inicial del segundo nombre: _____ ☐ Masculino ☐ Femenino
Dirección de residencia: _____		Ciudad: _____	Estado: _____	Código postal: _____
Fecha de nacimiento (dd/mm/aaaa): _____	N.º de Seguro Social/n.º de ID fiscal: _____		Estado civil: ☐ Soltero ☐ Casado ☐ Pareja doméstica	
N.º de teléfono: _____	N.º de teléfono laboral: _____	Dirección de correo electrónico: _____		
Fecha de contratación: _____	N.º de dpto.: _____	Cargo: _____	☐ Salario ☐ Por hora ☐ Jubilado	
¿Le corresponde una categoría elegible? ☐ Tiempo parcial a tiempo completo ☐ Temporal a permanente ☐ Por hora a asalariado				
Si es posible, preferiría recibir información sobre el plan y las comunicaciones en español: ☐ Sí ☐ 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? ☐ Sí ☐ No	

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

Nombre del empleado: _____

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

Cónyuge/pareja doméstica: ☐ M ☐ F	Apellido:	Nombre:	Inicial del segundo nombre:
Dirección de residencia: ☐ 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:	
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? ☐ Sí ☐ No			

☐ Hijo ☐ Hija	Apellido:	Nombre:	Inicial del segundo nombre:
Dirección de residencia: ☐ 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:	
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? ☐ Sí ☐ No			

☐ Hijo ☐ Hija	Apellido:	Nombre:	Inicial del segundo nombre:
Dirección de residencia: ☐ 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:	
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? ☐ Sí ☐ No			

☐ Hijo ☐ Hija	Apellido:	Nombre:	Inicial del segundo nombre:
Dirección de residencia: ☐ 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:	
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? ☐ Sí ☐ No			

Nombre del empleado: _____

5. ¿Usted o sus dependientes tienen otra cobertura de atención de salud (incluido Medicare)?

☐ Sí. (Si la respuesta es “sí”, complete esta sección).

☐ No. (Si la respuesta es “no”, vaya a la sección 6).

☐ 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: ☐ Sí ☐ No Atención dental: ☐ Sí ☐ No Atención de la vista: ☐ Sí ☐ No	Medicare: ☐ Parte A ☐ Parte B	N.º de reclamo de Medicare o de HICN:

☐ Cónyuge ☐ 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? ☐ Sí ☐ No	¿Cubre lo siguiente? Atención médica: ☐ Sí ☐ No Atención dental: ☐ Sí ☐ No Atención de la vista: ☐ Sí ☐ No	Medicare: ☐ Parte A ☐ Parte B	N.º de reclamo de Medicare o de HICN:

☐ Hijo ☐ 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? ☐ Sí ☐ No	¿Cubre lo siguiente? Atención médica: ☐ Sí ☐ No Atención dental: ☐ Sí ☐ No Atención de la vista: ☐ Sí ☐ No	Medicare: ☐ Parte A ☐ Parte B	N.º de reclamo de Medicare o de HICN:

☐ Hijo ☐ 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? ☐ Sí ☐ No	¿Cubre lo siguiente? Atención médica: ☐ Sí ☐ No Atención dental: ☐ Sí ☐ No Atención de la vista: ☐ Sí ☐ No	Medicare: ☐ Parte A ☐ Parte B	N.º de reclamo de Medicare o de HICN:

☐ Hijo ☐ 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? ☐ Sí ☐ No	¿Cubre lo siguiente? Atención médica: ☐ Sí ☐ No Atención dental: ☐ Sí ☐ No Atención de la vista: ☐ Sí ☐ No	Medicare: ☐ Parte A ☐ Parte B	N.º de reclamo de Medicare o de HICN:

Nombre del empleado: _____

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

Anular cobertura de:	Personas que anulan la cobertura (nombre, inicial del segundo nombre y apellido):
☐ Atención médica ☐ Atención dental ☐ Atención de la vista	Empleado: Motivo de la anulación: ☐ Cobertura individual ☐ Cobertura grupal del empleador ☐ Medicare ☐ Otro: _____
☐ Atención médica ☐ Atención dental ☐ Atención de la vista	Cónyuge/pareja doméstica:
☐ Atención médica ☐ Atención dental ☐ Atención de la vista	Hijo/a dependiente:
☐ Atención médica ☐ Atención dental ☐ Atención de la vista	Hijo/a dependiente:
☐ Atención médica ☐ Atención dental ☐ Atención de la vista	Hijo/a dependiente:

SI RECHAZA LA COBERTURA, DETÉNGASE Y LEA CON ATENCIÓN

He decidido rechazar mi cobertura o la de mis dependientes. Entiendo que es posible que mis dependientes y yo tengamos que esperar para inscribirnos hasta el próximo período de inscripción abierta anual o el período de inscripción especial debido a un hecho calificador. Mi empleador me ha explicado las coberturas disponibles, y he tenido la oportunidad de solicitarlas. Además, al firmar a continuación, certifico, a 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 incluida en este formulario es verdadera y completa, y que todas las personas para las que solicito la inscripción son elegibles para recibir cobertura. Yo, el solicitante (empleado), acepto, en mi nombre y en nombre de todos los dependientes cubiertos enumerados en este formulario o agregados en el futuro, que los beneficios de atención de salud cubiertos por Health Net que mis dependientes cubiertos y yo recibamos sean responsabilidad principal de Medicare o de cualquier otra cobertura en caso de lesiones, enfermedades o afecciones relacionadas con el trabajo, o con cualquier tercero que nos provoque lesiones, enfermedades, afecciones o daños. También me comprometo a mantener completamente informado a Health Net y a ejecutar dichas asignaciones, gravámenes u otros documentos que puedan ser necesarios para que Health Net pueda recuperar 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 de cualquier otro tercero con respecto a dicha lesión, enfermedad, afección o daño, debo reembolsar inmediatamente a Health Net la suma total de los servicios prestados por Health Net de acuerdo con el contrato para el plan grupal.

También acepto estar sujeto a todas y cada una de las disposiciones del contrato para el plan grupal (incluidos todos los programas y anexos que son parte del contrato para el plan grupal) tal como rigen ahora y según se puedan enmendar en el futuro, y acepto que todos mis derechos se establezcan específicamente en el contrato para el 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). También entiendo que esta lista incluye 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. Entiendo que los beneficios de Health Net solo están disponibles si se obtienen de conformidad con todas las disposiciones del contrato para el 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).

Llame al Centro de Comunicación 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:

Cobertura médica: 1-888-802-7001

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

Cobertura dental: 1-877-410-0176

Cobertura de la vista: 1-866-392-6058

Cobertura de 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, luego seleccione “Members” (Afiliados) y “Register” (Registrarse).

Atención de emergencia y requerida de urgencia:

- **Si se encuentra en una emergencia o en una situación que pone en riesgo su vida:** Llame al 911 o vaya 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:** 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 determinados servicios. Consulte el *Certificado* de su plan para obtener una lista de los servicios que requieren autorización previa.

Para obtener una autorización previa, llame al 1-888-802-7001.

Rechazo de cobertura:

Si rechaza la inscripción para usted o sus dependientes (incluido su cónyuge o pareja doméstica) debido a la cobertura de otro seguro de salud o plan de salud grupal, es posible que usted y sus dependientes puedan inscribirse en este plan si dejan de ser elegibles para recibir la 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 debido a un matrimonio, nacimiento, adopción o colocación para adopción, es posible que usted y sus dependientes puedan inscribirse. Sin embargo, debe solicitar la inscripción dentro de los 30 días posteriores al hecho correspondiente. Si anteriormente rechazó su inscripción en este plan o la de 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 es elegible para recibir asistencia con el pago de las primas 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 comienzan a ser elegibles para recibirla.