



Pequeñas Empresas

Solicitud de Contrato Grupal del Plan

La solicitud debe completarse a máquina o con tinta azul o negra.

Los planes de seguro médico son ofrecidos por Health Net Health Plan of Oregon, Inc., "Health Net". Los planes de seguro de Vida/AD&D están asegurados por Health Net Life Insurance Company. Los planes de seguro Dental 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.

Por medio del presente documento, se realiza la solicitud de Contrato Grupal del Plan proporcionado por Health Net, cuyas disposiciones estarán disponibles para todos los empleados elegibles, según lo definido, y sus dependientes elegibles que deseen o requieran cobertura conforme a este documento.

Se presenta la siguiente información relativa a los datos de los empleados y/o dependientes para permitir que Health Net determine la elegibilidad de los empleados y/o dependientes que solicitan la inscripción.

BIENVENIDO A HEALTH NET

Pasos simples para completar el formulario:

1. Lea detenidamente y seleccione la/s opción/opciones de plan/es que sea/n mejor/es para su empresa.
2. Haga una copia de la solicitud completada para sus registros. Si es necesario hacer una corrección, tache y coloque sus iniciales en cada corrección. No utilice corrector líquido.
3. **Nota:** Health Net inscribe automáticamente al empleado y a sus dependientes elegibles que eligen cobertura médica en la cobertura dental y/o de la vista, si es ofrecida por su grupo del empleador. Si un empleado desea rechazar la cobertura dental y/o de la vista para un dependiente elegible, el empleado debe completar la sección **Rechazo de la Cobertura** de la **Solicitud de Inscripción y Cambio**.

Cobertura Médica de Health Net: 1-888-802-7001

Seguro de Vida de Health Net: 1-800-865-6288

Cobertura Dental de Health Net: 1-877-410-0176

Cobertura de la Vista de Health Net: 1-866-392-6058

PARA USO DEL EMPLEADOR ÚNICAMENTE:

Empresa/Grupo Nuevo

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

Importante: Si agrega cobertura Dental o de la Vista a su cobertura actual, complete las secciones 2, 3, 4, 5, 6, 8 y 10; para todos los demás cambios a la cobertura actual, complete solo las secciones 2, 3, 4 y 8.

1. Información sobre los planes de salud			
PPO			
Platinum <input type="checkbox"/> P10-250-1-4000LX <input type="checkbox"/> P10-500-1-4000LX <input type="checkbox"/> P10-750-2-3500LX			
Gold <input type="checkbox"/> P50-0-5-5000 <input type="checkbox"/> P0-1500-4-8000DX <input type="checkbox"/> P0-3500-4-8000DX <input type="checkbox"/> P20-500-3-7900DX <input type="checkbox"/> P20-1000-2-7950DX <input type="checkbox"/> P20-2000-2-7900DX <input type="checkbox"/> P20-2500-3-7900DX <input type="checkbox"/> P30-1500-2-7900DX <input type="checkbox"/> P30-3500-3-7900DX			
Silver <input type="checkbox"/> P35-5000-5-8500DX <input type="checkbox"/> P45-3500-5-8150ES <input type="checkbox"/> P45-4000-3-8150ES <input type="checkbox"/> P45-5000-5-8150ES <input type="checkbox"/> P45-6000-5-8500ES			
Bronze <input type="checkbox"/> P8250-0-8250ES			
PPO CON DEDUCIBLE ALTO		INTEGRACIÓN DE PLANES DE SALUD <i>(Solo disponible con planes de PPO con Deducible Alto)</i>	
Silver <input type="checkbox"/> HD3000-3-6750ES <input type="checkbox"/> HD4000-3-6750ES		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Bronze <input type="checkbox"/> HD6900-0-6900ES		<input type="checkbox"/> Plan Health Net Oregon Standard Gold <input type="checkbox"/> Plan Health Net Oregon Standard Silver <input type="checkbox"/> Plan Health Net Oregon Standard Bronze	
ATENCIÓN DENTAL		DE LA VISTA	
<input type="checkbox"/> Plus D50-1855-1500 <input type="checkbox"/> Value D50-185-1500V <input type="checkbox"/> Preferred Plus DP50-1855-1500 <input type="checkbox"/> Essentials D50-16-500		<input type="checkbox"/> Elite 1010-1 <input type="checkbox"/> Preferred 1025-2 <input type="checkbox"/> Preferred 1025-3	
CUIDADO ALTERNATIVO CON OPCIÓN DE COMPRA			
<input type="checkbox"/> Alt. con Opción de Compra 1 <input type="checkbox"/> Alt. con Opción de Compra 2 <input type="checkbox"/> Alt. con Opción de Compra 3 c/OON			
COBERTURA DENTAL PEDIÁTRICA			
¿Desea adquirir cobertura dental pediátrica con Health Net? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <i>(Confirmando que adquirirá cobertura dental pediátrica con otra compañía de seguros según lo requerido por la Ley de Cuidado de Salud Asequible [ACA]).</i>			
OPCIONES DEL SEGURO DE VIDA Y AD&D (SI SE SELECCIONA HEALTH NET LIFE, TODOS LOS EMPLEADOS DE TIEMPO COMPLETO SON ELEGIBLES.)			
<input type="checkbox"/> \$15,000 <i>(todos los empleados)</i>		<input type="checkbox"/> \$25,000 <i>(de 15 a 50 empleados)</i>	
<input type="checkbox"/> \$50,000 <i>(de 25 a 50 empleados)</i>			
2. Información sobre el grupo del empleador			
Nombre de la compañía:			
Nombre comercial o DBA:			
N.º del grupo <i>(debe ser completado por Health Net)</i> :			Código SIC:
Número de Id. fiscal <i>(TIN)</i> :			Tipo de negocio:
Tipo de entidad <i>(sociedad anónima, empresa unipersonal, sociedad de responsabilidad limitada, sociedad colectiva)</i> :			Tiempo de permanencia en la actividad:
Contacto de la compañía <i>(contacto administrativo)</i> :			Fecha de vigencia:
Teléfono:		Fax:	
Correo electrónico del contacto administrativo:			
Dirección física:		Ciudad:	Estado: Código postal:
Nombre del contacto de facturación <i>(escriba "igual" si es igual que el contacto administrativo)</i> :			Teléfono:
Dirección de facturación <i>(si es diferente de la dirección física)</i> :		Ciudad:	Estado: Código postal:
Correo electrónico del contacto de facturación <i>(si es diferente del contacto administrativo)</i> :			
Contacto de la compañía para la coordinación de beneficios (COB) <i>(si es diferente del anterior)</i> :		Teléfono:	Correo electrónico:
Dirección para la COB <i>(si es diferente de la dirección física)</i> :		Ciudad:	Estado: Código postal:

3. Contribución del empleador (Nota: La contribución del empleador para el Seguro de Salud es un mínimo del 50% del plan de menor costo y para el Seguro de Vida es del 100% [de 2 a 9 personas inscritas] y del 50% [de 10 a 50 personas inscritas].)

Seguro de Salud para el Empleado: _____ % o \$ _____	Cobertura Dental para el Empleado: _____ % o \$ _____	Cobertura de la Vista para el Empleado: _____ % o \$ _____	Seguro de Vida para el Empleado: _____ % o \$ _____
Seguro de Salud para un Dependiente: _____ % o \$ _____	Cobertura Dental para un Dependiente: _____ % o \$ _____	Cobertura de la Vista para un Dependiente: _____ % o \$ _____	

4. Tasas mensuales. Adjunte una copia de las tasas de venta.

Las tasas de Grupos de Empleadores de Pequeñas Empresas de Oregon se garantizan durante 12 meses a partir de la fecha de vigencia, excepto cualquier cambio en los impuestos o beneficio obligatorio del gobierno. Las tasas además se basan en la inscripción misma del grupo y pueden diferir de las tasas presupuestadas si hay un cambio en la composición del grupo.

5. Información sobre la elegibilidad

1. ¿Habrá condiciones de elegibilidad que se apliquen antes del período de prueba? (p. ej., estar en una clasificación de puesto elegible, alcanzar los requisitos de licencias relacionadas con el trabajo o satisfacer un "período de orientación basado en el empleo razonable y auténtico").	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No		
2. Período de prueba del empleador para empleados nuevos/ reincorporaciones – primer día del mes después de: *Health Net modificará la fecha de vigencia de las nuevas personas inscritas si es necesario para garantizar que el período de espera no exceda los 90 días.	<input type="checkbox"/> Fecha de contratación	<input type="checkbox"/> 1 mes <input type="checkbox"/> 30 días <input type="checkbox"/> 60 días*		
3. ¿Desea eximir del período de prueba a todas las personas inscritas en la inscripción inicial?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No		
4. Cantidad promedio de horas trabajadas por semana requeridas para ser elegible para la cobertura de seguro médico: _____				
5. ¿Cuántos empleados hay en la fecha de vigencia de la cobertura? _____ <i>Un empleado se define como cualquier persona para la cual la compañía emite un formulario W-2, incluyendo trabajadores de tiempo completo, de tiempo parcial y de temporada, e independientemente de la elegibilidad para el seguro.¹</i>				
6. Cantidad promedio de empleados que usted contrató para todo el año calendario anterior independientemente de si eran o no elegibles para la cobertura: _____ <i>Para calcular la cantidad promedio de empleados, determine la cantidad de empleados por cada mes, sume la cantidad de cada mes para obtener un total anual y luego divídalo por 12. Redondee hacia arriba o hacia abajo al número entero más cercano – ejemplo: 24.6 = 25. No escriba el número con letras – ejemplo: escriba 3 y no tres.</i>				
7. Cantidad total de empleados en todo el mundo: _____ <i>Cuente la totalidad de los empleados en todo los EE. UU., independientemente de si son elegibles para la cobertura, incluyendo empleados de tiempo completo, de tiempo parcial, subcontratados, etc. No incluya los empleados 1099 ni los trabajadores de temporada.</i>				
	COBERTURA MÉDICA	SEGURO DE VIDA	ATENCIÓN DENTAL	DE LA VISTA
8. Cantidad de empleados elegibles (incluyendo propietario/s elegible/s): (Nota: la pregunta 8 debe ser igual a las preguntas 9 + 10 + 11)	_____	_____	_____	_____
9. Cantidad de personas inscritas activas (sin incluir las personas inscritas en COBRA):	_____	_____	_____	_____
10. Cantidad de personas inscritas en COBRA (que solicitan cobertura de la salud):	_____	N/A	_____	_____
11. Cantidad de renunciaciones (Incluya un formulario de inscripción en el que aparezca la Sección 7 "Rechazo de la Cobertura".):	_____	_____	_____	_____

(continúa)

Información sobre la elegibilidad (continúa)

12. ¿A qué tipo de Continuidad está sujeto usted? COBRA Federal² Continuidad de Cobertura Estatal
13. Dentro de los últimos 12 meses, ¿el empleador celebró un contrato con Health Net? Sí No
14. ¿Las personas inscritas elegibles representan a un grupo con contrato separado, ya sea por la ubicación o por la afiliación a un sindicato? Sí No
15. ¿El grupo presenta un Formulario 132? Sí No
16. ¿El grupo está sujeto a ERISA? Sí, mes: _____ No
(Nota: Los planes gubernamentales federales, estatales y locales, así como los planes de la iglesia, no están sujetos a los requisitos de ERISA.)
17. ¿Forma parte de un grupo controlado?³ Sí No
18. Si forma parte de un grupo controlado, ¿quién es el empleador a los fines de la presentación de impuestos? _____
19. ¿Cuántos empleados equivalentes de tiempo completo había en el grupo durante el año calendario anterior? _____
(A efectos de determinar la elegibilidad, los empleadores deben tener un empleado de hecho en el momento de la inscripción.)

6. Compañía de seguros actual (Mencione la compañía de seguros actual si corresponde.)

- ¿Su compañía actualmente tiene un estado activo en otra compañía de seguros de salud? Sí No
De ser así, ¿usted cancelará su otro seguro de salud si se aprueba su cobertura de Health Net? Sí No
Compañía actual de seguros de salud: _____ Número de póliza de la compañía de seguros actual: _____
¿Health Net será la única compañía de seguros? Sí No
Si la respuesta es "No", indique el nombre de la otra compañía de seguros: _____
Plan/es ofrecido/s: _____
Nombre de la compañía de seguros de indemnización por accidentes y enfermedades laborales: _____
Cantidad de personas inscritas no cubiertas por la indemnización por accidentes y enfermedades laborales: _____
Indique los nombres de las personas inscritas no cubiertas por la indemnización por accidentes y enfermedades laborales: _____
(Los empleadores a los que se les exige tener indemnización por accidentes y enfermedades laborales deben tener una póliza vigente para ser elegibles para Health Net. La cobertura durante las 24 horas se proporciona para los propietarios de empresas unipersonales, los socios de sociedades colectivas y los directivos de sociedades anónimas del Grupo del Empleador que no estén sujetos a la cobertura obligatoria de indemnización por accidentes y enfermedades laborales.)

7. Criterios de contratación

Condiciones generales

El grupo del suscriptor debe tener contratado al menos a un empleado elegible para la inscripción y debe ser un pequeño empleador de Oregon según lo definido por las regulaciones federales y/o de Oregon. Las reglas de elegibilidad deben ser las mismas para la inscripción en la cobertura médica y dental. Todos los empleados inscritos deben tener una relación auténtica de sociedad, de contratistas independientes o de empleador-empleado con el grupo del suscriptor. Si el grupo del suscriptor incluye empleados subcontratados y contratistas independientes en el plan de salud, todos los empleados subcontratados y los contratistas independientes deben estar cubiertos.

Health Net no tiene la obligación de ser la única compañía de seguros siempre que se cumplan las pautas de participación. Los empleados elegibles que renuncian a la cobertura debido a una cobertura grupal a través de otro empleador (p. ej., cobertura del cónyuge) no contarán en contra de la participación.

La emisión de la cobertura y de un Contrato Grupal del Plan está sujeta a la revisión de contratación, y la aprobación de Health Net, así como a la recepción de la prima del primer mes. Las tasas presupuestadas inicialmente están sujetas a la revisión y al análisis de Health Net sobre la base de la inscripción misma y cualquier otra variación en el grupo respecto de las condiciones descritas en las Asunciones de Contratación.

La cobertura entrará en vigencia en la fecha de vigencia indicada si Health Net acepta y aprueba la solicitud según corresponda dentro de los requisitos de tiempo especificados. La cobertura de un afiliado termina el último día del mes en que ese afiliado deja de ser elegible conforme a las disposiciones de elegibilidad del grupo. Habrá un período de inscripción abierta por año de contrato.

El período comprenderá los 30 días anteriores a la fecha de vigencia de la renovación.

8. Declaración del grupo del suscriptor y otros términos importantes

Complete toda la información solicitada antes de firmar esta solicitud. Coloque sus iniciales en cualquier cambio.

La presente es solo una solicitud. La cobertura y emisión de un Contrato Grupal del Plan están sujetas a la revisión y la aprobación de Health Net, así como a la recepción de la prima del primer mes.

Por medio del presente documento, el abajo firmante reconoce que la información precedente constituye declaraciones verdaderas y completas ante Health Net. Si se determina en el momento de la inscripción o durante el período de 24 meses después de la emisión del Contrato Grupal del Plan que ha habido una declaración falsa intencional de un hecho sustancial, según se prohíbe en los términos de este Contrato Grupal del Plan, el Contrato Grupal del Plan puede ser cancelado mediante un aviso enviado con 30 días de anticipación de dicha cancelación.

En la fecha del aniversario de la póliza, la presentación de la nueva prima confirmará la aceptación de la renovación y el año posterior de la prima.

En caso de que esta solicitud sea aceptada, el Solicitante acuerda realizar deducciones autorizadas de las cuotas de la nómina para dichos empleados elegibles que se inscriban conforme al Contrato Grupal del Plan y enviar dichos montos antes de la fecha de vencimiento a Health Net, junto con los informes necesarios para mantener registros de membresía precisos y completos. Además, el solicitante acepta cumplir con las regulaciones aplicables correspondientes a los requisitos de membresía, incorporaciones al grupo y supresiones del grupo. Devuelva esta solicitud a su ejecutivo de cuentas o productor de Health Net según lo especificado.

En caso de que esta solicitud sea aceptada, el Solicitante acuerda cooperar con Health Net cumpliendo con todos los requisitos de la sección 2715 de la Ley del Servicio de Salud Pública para divulgar información sobre el resumen del plan y de los beneficios a los participantes y beneficiarios del plan elegibles y que renuevan contrato. El Solicitante reconoce que ha recibido la información para obtener el "Resumen de Beneficios y Cobertura correspondiente a las Personas Cubiertas y Elegibles – Instrucciones para la Reproducción y Distribución" de Health Net en www.healthnetoregon.com/sbc, y acepta asumir las responsabilidades asignadas allí al "Grupo". Por medio del presente documento, el abajo firmante reconoce la responsabilidad de enviar una copia electrónica o impresa del documento Resumen de Beneficios y Cobertura (SBC) a los participantes y beneficiarios del plan.

Se aplican los siguientes requisitos mínimos estándar de participación y contribución, a menos que se modifiquen en el presupuesto o la renovación de las Asunciones de Contratación.

La contribución mínima se define como: La contribución del empleador para la prima de Health Net debe ser igual o superior al 50%.

La participación mínima se define como: Para grupos de 1 a 5 empleados elegibles, se requiere una participación mínima del 66%. Para grupos de 6 a 50 empleados elegibles, se requiere una participación mínima del 50%.

El incumplimiento de estos requisitos de contribución mínima y participación mínima puede dar como resultado la terminación o la no renovación del contrato.

Esta Solicitud de Contrato Grupal del Plan y todo Anexo adjunto, conjuntamente con el Contrato del Plan o la Póliza de Seguro de Health Net (según se hace referencia aquí), así como los formularios de inscripción de los empleados, constituyen la totalidad del acuerdo entre las partes para brindar a los empleados inscritos elegibles y a los dependientes inscritos elegibles los beneficios de atención de salud que se especifican en el Contrato del Plan o la Póliza de Seguro. El Contrato puede enmendarse con el consentimiento mutuo escrito del Grupo del Suscriptor y Health Net en cualquier momento, sujeto a las regulaciones estatales y federales.

Firma del director de la compañía:	Nombre en letra de molde del director de la compañía:	Cargo de director:	Fecha:
------------------------------------	---	--------------------	--------

La firma del Solicitante que figura arriba confirma a su leal saber y entender:
1) que el Solicitante acepta todos los términos y condiciones establecidos en esta Solicitud, incluyendo las condiciones de inscripción y las Asunciones de Contratación; y 2) que la información que el Solicitante ha brindado en esta Solicitud es exacta y está completa.

9. Información y certificación del productor

PRODUCTOR 1

Nombre del productor:		N.º de Id. del Productor de Health Net:		
N.º de licencia del Departamento de Seguros:		N.º de Id. fiscal:	N.º de NPN del Agente:	
Nombre de la agencia:	N.º de teléfono:		N.º de fax:	
Dirección:	Ciudad:		Estado:	Código postal:
Correo electrónico:				
División de la comisión del productor:				

PRODUCTOR 2 (SOLO SE REQUIERE SI SE DIVIDE LA COMISIÓN)

Nombre del productor:		N.º de Id. del Productor de Health Net:		
N.º de licencia del Departamento de Seguros:		N.º de Id. fiscal:	N.º de NPN del Agente:	
Nombre de la agencia:	N.º de teléfono:		N.º de fax:	
Dirección:	Ciudad:		Estado:	Código postal:
Correo electrónico:				
División de la comisión del productor:				

Certifico que toda la información que contiene esta solicitud es correcta a mi leal saber y entender. También certifico que esta firma constituye el establecimiento de una empresa auténtica o es elegible de otro modo para celebrar contratos de cobertura de seguro en el Estado de Oregon. Se han explicado todos los requisitos de participación y se ha cumplido con los requisitos de participación mínima. Se han explicado en detalle las coberturas, las disposiciones sobre la inscripción, los requisitos de elegibilidad, los beneficios, y las limitaciones y exclusiones, y el solicitante o el empleador los han entendido en su totalidad. Se han explicado en detalle los deducibles, los copagos y el coseguro (*si corresponde*) y el empleador los ha entendido en su totalidad. No conozco ningún motivo por el que la cobertura del Plan no deba ofrecerse, y recomiendo que se ofrezca dicha cobertura.

Nota: Si usted actualmente no cuenta con la designación de Health Net, no se pagarán comisiones. Se requiere una confirmación de licencia activa y una designación formal de Health Net antes de la fecha de vigencia del plan de grupo para recibir el pago de comisiones.

Firma del productor 1: _____ Fecha: _____

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

10. Para uso exclusivo de Health Net

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

PLAZO DE PRESENTACIÓN PARA PEQUEÑAS EMPRESAS

Debemos recibir en nuestra compañía las solicitudes de nuevos grupos completadas en su totalidad a más tardar **el día 20 del mes** para configurar la cobertura del grupo de manera que entre en vigencia el primer día del mes siguiente.

EMPLEADOS DE TIEMPO COMPLETO (POR SUS SIGLAS EN INGLÉS, FTE)

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

Al momento de hacer el recuento de los empleados para determinar el tamaño del grupo, se debe excluir a los empleados temporales, de temporada, subcontratados y contratados.

Para responder las preguntas sobre los empleados, generalmente un propietario no se considera un empleado aunque el propietario realice servicios para la empresa por una compensación; sin embargo, un propietario puede participar en un plan de grupo siempre que el grupo contrate al menos un empleado de hecho. Un propietario incluye:

- Un propietario de empresa unipersonal y su cónyuge
- Un integrante de una compañía de responsabilidad limitada de un solo integrante y su cónyuge
- El propietario de una corporación de propiedad exclusiva y su cónyuge.

Instrucciones para hacer el recuento de los FTE:

- A. Cuente a cada empleado que trabaja 30 horas o más como 1 FTE.
- B. Calcule el total de horas trabajadas por semana por todos los empleados que trabajan menos de 30 horas y divida esa cantidad por 30.
- C. Sume las cantidades de A y B. Este es su recuento de FTE.

También puede usar la calculadora para FTE en [healthcare.gov](https://www.healthcare.gov/shop-calculators-fte/):
<https://www.healthcare.gov/shop-calculators-fte/>

EMPLEADOS ELEGIBLES PARA LOS BENEFICIOS

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

Dependientes: Cónyuge legal, pareja doméstica e hijo/s, desde el nacimiento hasta los 26 años, del cónyuge o de la pareja doméstica del empleado.

Empleados recientemente elegibles – primer día del mes después de la fecha de elegibilidad

Definición de “empleado recientemente elegible”:

- Empleado de tiempo parcial que ha sido contratado por la duración del período de prueba y pasará a ser empleado regular de tiempo completo
- Empleado transferido que ha sido contratado por la duración del período de prueba
- Empleado suspendido reincorporado dentro de los 9 meses
- Otro (debe ser aprobado previamente por Contratación)

Definición de “dependientes recientemente elegibles”:

Para el hijo: fecha de nacimiento, de la tutela o de la ubicación para adopción. Para el cónyuge, la pareja doméstica y el/los hijastro/s: primer día del mes posterior a la fecha de matrimonio o de la verificación de convivencia.

¹Esta información se brinda con fines de calificación y no para determinar el tamaño del grupo. La determinación de cómo contar los empleados de entidades corporativas relacionadas al calcular el tamaño del grupo con fines de proporción de pérdidas médicas (por sus siglas en inglés, MLR) se basa en si las entidades se consideran un único empleador conforme a la Sección 414 del Código de Rentas Internas (subsección (b), (c), (m) u (o)) y no se basa en el estado de identificación de múltiples tipos de impuestos de las entidades relacionadas.

²Nota: En general, los empleadores que normalmente contrataron 20 empleados o más durante el año calendario anterior están sujetos a COBRA federal. Los empleadores que contrataron de 2 a 19 empleados en al menos el 50% de los días laborables de la empresa el año calendario anterior están sujetos a la Continuidad de Cobertura Estatal. Consulte a su asesor legal si necesita ayuda para determinar qué ley se aplica a su caso.

³Grupos Controlados y Afiliados se refiere a los grupos que comúnmente están controlados y/o afiliados según lo descrito en la subsección (b), (c), (m) o (o) de la sección 414 del Código de Rentas Internas de 1986. Si un grupo es un grupo de empleadores controlado o afiliado, una compañía de seguros debe tratar al grupo como un grupo único y el grupo controlado debe completar un solo formulario de perfil de grupo. Los Grupos Controlados incluyen las entidades de matriz-subsidiaria, empresa afiliada-asociada y la combinación de ambas.

Health Net Health Plan of Oregon, Inc. y Health Net Life Insurance Company son subsidiarias de Health Net, LLC y Centene Corporation. Health Net es una marca de servicio registrada de Health Net, LLC. Todas las demás marcas comerciales/marcas de servicio identificadas continúan siendo propiedad de sus respectivas compañías. Todos los derechos reservados.