

Grandes Empresas

Solicitud de Inscripción y Cambios en la Cobertura para 2025

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 son brindados por Centene Vision Services. Health Net Health Plan of Oregon, Inc., Health Net Life Insurance Company y Centene Vision Services son subsidiarias de Centene Corporation.

Le damos la bienvenida 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 (por sus siglas en inglés, ACA) 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 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.



Para ser completado por el empleador	
Nombre del empleador: _____	Correo electrónico administrativo: _____
Fecha de entrada en vigor solicitada: _____	N.º de grupo del empleador (médico): _____
Fecha en la que el empleado comienza a ser elegible: <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: todos los planes médicos incluyen beneficios de atención alternativa.

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

Atención médica	
<input type="checkbox"/> PPO: _____	<input type="checkbox"/> CommunityCare 3T ¹ : _____
<input type="checkbox"/> CommunityCare 1T ¹ : _____	<input type="checkbox"/> Otra: _____
Atención dental	Atención 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 de dirección o nombre <input type="checkbox"/> Quitar dependiente (enumerar los nombres a continuación) <input type="checkbox"/> Otro: _____	<input type="checkbox"/> Nueva contratación <input type="checkbox"/> Recontratación <input type="checkbox"/> COBRA <input type="checkbox"/> Inscripción abierta Período de inscripción especial Fecha del hecho calificador: _____ Agregar dependiente: <input type="checkbox"/> Matrimonio/pareja doméstica <input type="checkbox"/> Recién nacido/adopción/tutela legal/orden judicial/presunción de paternidad <input type="checkbox"/> Pérdida de la cobertura anterior <input type="checkbox"/> Otro (especifique): _____	Fecha de entrada en vigor: _____ Hecho calificador: _____ Fecha del hecho calificador: _____
---	---	--

3. Información personal del empleado

Apellido:	Nombre:	Inicial del segundo nombre:	<input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer
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: <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 categoría elegible? <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	

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 <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> M	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:	
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:	
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:	
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:	
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: _____

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).

<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 la siguiente atención? 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	N.º de reclamo de Medicare 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 la siguiente atención? 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	N.º de reclamo de Medicare 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 la siguiente atención? 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	N.º de reclamo de Medicare 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 la siguiente atención? 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	N.º de reclamo de Medicare 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 la siguiente atención? 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	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 elegibles rechazan alguna cobertura).

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

SI RECHAZA LA COBERTURA, DETÉNGASE Y LEA CON ATENCIÓN

He decidido rechazar la cobertura para mí o 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 completar este formulario de inscripción, confirmo que he brindado información precisa y completa a mi leal saber y entender. Asimismo, afirmo que todas las personas para las que solicito la inscripción son elegibles para la cobertura.

Como solicitante (empleado), acepto que deberé notificar a Health Net de inmediato si cualquier beneficio de atención de salud proporcionado por Health Net pasa a ser responsabilidad principal de Medicare, corresponde a una cobertura por enfermedad o lesión relacionada con el trabajo, o a un tercero debido a una lesión, enfermedad, afección o daño. También estoy dispuesto a ejecutar todos los documentos que sean necesarios, como asignaciones o gravámenes, para permitir a Health Net recuperar el valor de los servicios prestados.

Además, acepto que en caso de que yo, un dependiente o cualquier miembro de mi familia reciba beneficios, daños o reembolsos de Medicare, o cualquier otro tercero con respecto a una lesión, enfermedad, afección o daño, reembolsaré a Health Net la totalidad de los servicios prestados de acuerdo con el contrato de plan grupal.

Me comprometo también a cumplir todos los términos y las condiciones descritas en el contrato de plan grupal, incluida cualquier enmienda que se realice en el futuro. Autorizo a mi empleador a deducir de mis ingresos cualquier monto necesario para cubrir mi parte de las primas o tarifas prepagas 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). Comprendo que esta lista se basa en los proveedores disponibles en el momento de la publicación y que puede cambiar. Health Net y sus representantes no garantizan la disponibilidad de ningún proveedor participante específico.

Reconozco que solo se puede acceder a los beneficios de Health Net si se obtienen de conformidad con todas las disposiciones indicadas en el contrato de plan grupal. También reconozco que los proveedores participantes se desempeñan como contratistas independientes y que no son empleados, agentes ni están controlados por Health Net. Estos proveedores son responsables de prestar o coordinar todos los servicios médicos para mí y mis dependientes; Health Net no es responsable de sus actos u omisiones, ya sean deliberados o negligentes.

Firma del empleado: _____

Fecha: _____

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

Comuníquese con el 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:

Atención médica: 1-888-802-7001

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

Salud del comportamiento: 1-800-977-8216

Atención dental: 1-877-410-0176

Atención 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 está en una situación que pone en riesgo la vida o en una emergencia: llame al 911 o vaya al hospital más cercano.
- Si la situación no es grave: en caso de no poder 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 ciertos 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, tutela, 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 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 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.