Pequeñas 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 (por sus siglas en inglés, AD&D) 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 7. No complete ninguna otra sección.
Recordatorio: Health Net inscribe automáticamente al empleado y a los dependientes elegibles que optan por obtener la cobertura médica con la cobertura dental o de la vista, en caso de que el grupo de su empleador las ofrezca. Si quiere rechazar la cobertura dental o de la vista para un dependiente elegible, debe completar la sección ***Rechazo de cobertura*** de este formulario.

2b. **Si acepta la cobertura** para usted o sus dependientes, debe completar las secciones 1, 2, 3, 5 y 8.

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 y no esté sujeto a la disposición de pago de responsabilidad compartida individual de la Ley de Cuidado de Salud Asequible. 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 www.irs.gov/uac/Questions-and-Answers-on-the-Individual-Shared-Responsibility-Provision.

3. Haga una copia de la solicitud completa como constancia. **Si debe corregir algún dato, táchelo y coloque sus iniciales en cada corrección. No utilice un producto para borrar.**

Solo para uso del empleador:

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

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: ☐ Igual que la fecha de contratación ☐ Otra: _____	

Importante: 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 la cobertura de servicios de la vista pediátricos y beneficios de atención alternativa. La cobertura dental pediátrica está incluida con todos los planes médicos, salvo para los planes Health Net Oregon Gold y Standard PPO).

Planes PPO				
Platinum	P10-250-1-3500DX PD	P10-500-1-3500DX PD	P10-750-1-3500DX PD	
Gold	P25-500-2-8550DX PD P25-2000-2-7000DX PD P10-3500-4-8975DX PD	P15-1000-2-8500DX PD P15-2500-2-8500DX PD	P15-1500-2-8500DX PD P15-3000-2-8500DX PD	P15-2000-2-8500DX PD P10-1500-4-8975DX PD
Silver	P40-3000-3-8975ES PD	P35-4500-3-8975DX PD	P35-5000-3-8975ES PD	P40-6000-3-8975ES PD
Bronze	P8250-0-8250ES PD			

PLANES PPO DE DEDUCIBLE ALTO		
Silver	HD3300-3-6750ES PD	HD4000-3-6750ES PD
Bronze	HD7100-0-7100ES PD	

PLANES HEALTH NET OREGON GOLD Y STANDARD PPO
(Los beneficios de atención alternativa relacionados con este plan incluyen servicios quiroprácticos, acupuntura y naturopatía).

Health Net Oregon Gold Plan | Health Net Oregon Standard Silver Plan | Health Net Oregon Standard Bronze Plan

Planes dentales		Planes de la vista		
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

Aviso para los planes que cumplen con la ACA: La ley de reforma de la atención de salud requiere que se cubran los servicios dentales pediátricos como uno de los 10 beneficios de salud esenciales requeridos. Los servicios dentales pediátricos deben estar disponibles como parte de su plan de Health Net o a través de otro plan calificado ofrecido por su empleador.

2. Motivo de la solicitud

Cambiar de plan
Cambiar de dirección o nombre
Quitar dependiente (enumerar los nombres a continuación)
Otro: _____
_____
_____

Nueva contratación ☐ Recontratación ☐ Inscripción abierta ☐ **Continuidad de la cobertura por el estado**

Período de inscripción especial
Fecha del hecho calificador: _____

COBRA
Fecha de entrada en vigor:
Hecho calificador:
Fecha del hecho calificador:

Agregar dependiente:
Matrimonio
Recién nacido/adopción/tutela legal/orden judicial/presunción de paternidad
Pérdida de la cobertura anterior Otro (especifique):

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/aa)*:	N.º de Seguro Social:	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	

¿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

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 H M	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:		

__ 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:		

__ 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:		

__ 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:		

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 inicio 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: ☐ 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 inicio 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 la siguiente atención? 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 inicio 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 la siguiente atención? 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 inicio 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 la siguiente atención? 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:

6. Seguro de vida grupal temporal (Complete esta sección solo si su empleador le brinda cobertura de seguro de vida).

Cobertura de seguro de vida y muerte o pérdida de miembros por accidente: ☐ Sí ☐ No

Beneficiario del seguro de vida (nombre completo):	Relación:	%
Beneficiario del seguro de vida (nombre completo):	Relación:	%
Beneficiario del seguro de vida (nombre completo):	Relación:	%
Beneficiario del seguro de vida (nombre completo):	Relación:	%

Nombre del empleado: _____

7. 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):
☐ 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 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).

8. Aceptación de cobertura (Firma requerida).

Nota: La prima que deberá pagar por este seguro estará determinada en parte por la experiencia consolidada de todos los afiliados del grupo al cual usted pertenece.

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 de acuerdo con el contrato/póliza grupal.

También acepto estar sujeto a todas y cada una de las disposiciones del contrato/póliza grupal (incluidos todos los programas y anexos que son parte del contrato/póliza 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/póliza 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. Entiendo que los beneficios de Health Net solo están disponibles si se obtienen de conformidad con todas las disposiciones del contrato/póliza grupal. Reconozco que todos los proveedores participantes son contratistas independientes y no son agentes, trabajadores, funcionarios, empleados, socios ni empresas conjuntas de Health Net, y no están controlados por Health Net; que los proveedores participantes, incluidos los médicos de atención primaria, son responsables de la prestación o la coordinación de todos los servicios médicos para mí y mis dependientes; y que Health Net no es ni será responsable de las omisiones o actos deliberados o negligentes de cualquier proveedor participante o no participante.

Firma del empleado: _____ **Fecha:** _____
(Firme únicamente si acepta la cobertura. Si firma por error, tache y coloque sus iniciales).

Comuníquese con el Centro de 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:	888-802-7001

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

Atención dental:	877-410-0176
Atención de la vista:	866-392-6058
Cobertura de seguro de vida:	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 888-802-7001.

Rechazo de cobertura:

Si rechaza la inscripción para usted o sus dependientes 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 31 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 31 días posteriores al matrimonio, nacimiento, comienzo de la tutela, adopción o colocación para adopción. 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.

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

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 ይችላሉ። የተነበበልዎትን እና የተወሰኑ በቋንቋዎ የተላኩልዎትን ሰነዶች መግኘት ይችላሉ። ለእርዳታ፣ ለደንበኞች ግንኙነት ማዕከል በመታወቂያ ካርድዎ ላይ ያለውን ቁጥር ይደውሉ ወይም በ 1-888-802-7001 (TTY: 711) ይደዉሉ።

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

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

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

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

Cambodian (Khmer)
សេវាភាសាឥតគិតថ្លៃ។ អ្នកអាចទទួលអ្នកបកប្រែបាន។ អ្នកអាចឲ្យគេអានឯកសារជូនអ្នក និងផ្ញើឯកសារខ្លះជូនអ្នក ជាភាសារបស់អ្នក។ សំរាប់ជំនួយ ទូរស័ព្ទទៅមជ្ឈមណ្ឌលទំនាក់ទំនងអតិថិជន តាមលេខនៅលើប័ណ្ណ D របស់អ្នក ឬហៅលេខ 1-888-802-7001 (TTY: 711)។

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

Punjabi
ਭਾਸ਼ਾ ਸੇਵਾਵਾਂ ਲਈ ਕੋਈ ਲਾਗਤ ਨਹੀਂ। ਤੁਸੀਂ ਦੁਭਾਸ਼ੀਆ 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).

Health Net Health Plan of Oregon, Inc. is a subsidiary of Health Net, LLC. Health Net is a registered service mark of Health Net, LLC. All rights reserved.