



Solicitud *de Pequeñas Empresas*

Para Contrato Grupal del Plan (Oregon)

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.**

Planes Médicos de Health Net: 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

Para uso administrativo únicamente:
Empresa/Grupo Nuevo Envíe toda la documentación completada a su ejecutivo de cuentas o agente de seguro médico designado.



Health Net®

Solicitud de Pequeñas Empresas

Para Contrato Grupal del Plan

Importante: Escriba en todas las secciones con letra de imprenta y tinta negra. 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 sólo las secciones 2, 3, 4 y 8.

1. Información sobre los planes de salud

CommunityCare 1T¹		PPO
Platinum <input type="checkbox"/> CC1T25-750-2-3000DX		Platinum <input type="checkbox"/> P10-250-1-4000LX <input type="checkbox"/> P20-500-2-4000LX <input type="checkbox"/> P20-750-2-4000LX
Gold <input type="checkbox"/> CC1T25-1000-2-7900DX <input type="checkbox"/> CC1T25-2000-2-7900DX <input type="checkbox"/> CC1T25-3500-2-7900DX		Gold <input type="checkbox"/> P20-500-3-7900DX <input type="checkbox"/> P30-1500-2-7900DX <input type="checkbox"/> P20-1000-2-7900DX <input type="checkbox"/> P30-3500-3-7900DX <input type="checkbox"/> P20-2000-2-7900DX <input type="checkbox"/> P50-0-5-5000 <input type="checkbox"/> P20-2500-3-7900DX
Silver <input type="checkbox"/> CC1T40-3000-3-8150ES <input type="checkbox"/> CC1T40-4500-3-8150ES		Silver <input type="checkbox"/> P40-3000-3-8150ES <input type="checkbox"/> P45-3500-5-8150ES <input type="checkbox"/> P40-4000-3-8150ES <input type="checkbox"/> P45-5000-5-8150ES
CommunityCare 3T		Bronze <input type="checkbox"/> P75-5000-5-8150ES <input type="checkbox"/> P7350-0-7350ES
Platinum <input type="checkbox"/> CC3T25-750-2-3000DX		PPO con Deducible Alto
Gold <input type="checkbox"/> CC3T25-1000-2-7900DX <input type="checkbox"/> CC3T25-2000-2-7900DX <input type="checkbox"/> CC3T25-3500-2-7900DX		Silver <input type="checkbox"/> HD2800-2-5500ES Bronze <input type="checkbox"/> HD6550-0-6550ES
Silver <input type="checkbox"/> CC3T40-3000-3-8150ES <input type="checkbox"/> CC3T40-4500-3-8150ES		Health Net of Oregon (HNOR) Standard PPO
Otro plan:		<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
Cobertura Dental para Adultos	Cobertura de la Vista para Adultos	Cuidado Alternativo - Con Opción de Compra de Todos los Beneficios
<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	<input type="checkbox"/> CAM 15-1000 <input type="checkbox"/> CAM 15-1500 <input type="checkbox"/> CAM 15-1000 Plus

¿Desea adquirir cobertura dental pediátrica con Health Net? Sí No (Confirmando que adquiriré cobertura dental pediátrica con otra compañía de seguros según lo requerido por la Ley de Cuidado de Salud Asegurable [ACA]).

Opciones del Seguro de Vida y AD&D (Si se selecciona Health Net Life, todos los empleados de tiempo completo son elegibles.)

\$15,000 (Todos los empleados) \$25,000 (De 15 a 50 empleados) \$50,000 (De 25 a 50 empleados)

2. Información sobre el grupo del empleador

Nombre de la compañía (incluyendo DBA):		N.º del grupo:		Código SIC:	
Número de identificación fiscal (TIN):			Tipo de negocio:		
Tipo de entidad (<i>sociedad anónima, empresa unipersonal, sociedad de responsabilidad limitada, sociedad colectiva</i>):			Tiempo de permanencia en la actividad:		Fecha de vigencia:
Contacto de la compañía (Contacto administrativo):			Teléfono:		Fax:
Dirección física:			Ciudad:		Estado: Código postal:
Nombre del contacto de facturación (<i>escriba "igual" si es igual que el contacto administrativo</i>):			Teléfono:		Fax:
Dirección de facturación (<i>si es diferente de la dirección física</i>):			Ciudad:		Estado: Código postal:
Correo electrónico del contacto administrativo:			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:		Fax:
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 \$ _____	

Nota: Si selecciona Cobertura Dental y/o Cobertura de la Vista sin contribución, indique "0".

4. Tasas mensuales (incluyendo cláusulas adicionales)

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.

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 comentarios sobre presupuestos para cualquier plan adicional elegido.

5. Información sobre la elegibilidad

- ¿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"). Sí No
- Período de prueba del empleador para empleados nuevos/reincorporaciones – primer día del mes después de: Fecha de contratación 1 mes 30 días 60 días*
*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.
- ¿Desea eximir del período de prueba a todas las personas inscritas en la inscripción inicial? Sí No
- Cantidad promedio de horas trabajadas por semana requeridas para ser elegible para la cobertura de seguro médico: _____
- ¿Cuántos empleados hay en la fecha de vigencia de la cobertura? _____
- Cantidad promedio de empleados que usted contrató para todo el año calendario anterior independientemente de si eran o no elegibles para la cobertura: _____
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.²
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.
- Cantidad total de empleados en todo el mundo: _____

	Cobertura Médica	Seguro de Vida	Control dental	Servicios de la Vista
8. Cantidad de empleados elegibles (incluyendo propietario/s elegible/s):	_____	_____	_____	_____
9. Cantidad total de personas inscritas en Health Net (sin incluir las personas inscritas en COBRA):	_____	_____	_____	_____
10. Cantidad de personas inscritas en Health Net 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)

5. Información sobre la elegibilidad (continúa)

12. ¿A qué tipo de Continuidad está sujeto usted? COBRA Federal³ 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 dirección de la empresa 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, es un plan gubernamental, un plan público o un plan de la iglesia
 No (especifique el motivo): _____
17. ¿Forma parte de un grupo controlado? 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 a tiempo completo había en el grupo durante el año calendario anterior? _____
20. ¿Cuántos empleados equivalentes a 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: _____
- Compañía de seguros de indemnización por accidentes y enfermedades laborales:** _____
- Cantidad de personas inscritas no cubiertas por la indemnización por accidentes y enfermedades laborales: _____
- Nombres de las personas inscritas no cubiertas por la indemnización por accidentes y enfermedades laborales: _____
- (Los empleadores a los que se les exige contar con indemnización por accidentes y enfermedades laborales deben tener una póliza vigente para ser elegibles para Health Net).

7. Criterios de aprobación de seguros

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 reglamentaciones 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 aprobación de seguros, 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 Aprobación de Seguros.

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 sólo una solicitud. La cobertura y emisión de un Contrato Grupal del Plan está sujeta 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 dichas cantidades 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 reglamentaciones 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 proporcionada por Health Net, “Resumen de Beneficios y Cobertura correspondiente a las Personas Cubiertas y Elegibles – Instrucciones para la Reproducción y Distribución”, y acepta asumir las responsabilidades asignadas allí al “Grupo”. Por medio del presente documento, el abajo firmante reconoce la responsabilidad de obtener y enviar una copia electrónica o impresa del documento *Resumen de Beneficios y Cobertura* (SBC) a los participantes y beneficiarios del plan. Para encontrar los SBC de su grupo, vaya a www.healthnet.com/sbc.

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 Aprobación de Seguros.

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 cuidado de la 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 reglamentaciones estatales y federales.

Firma 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 Aprobación de Seguros; y 2) que la información que el Solicitante ha brindado en esta Solicitud es exacta y está completa.

9. Información del productor

Productor 1

Nombre del productor:		N.º de identificación del Productor de Health Net:		
N.º de licencia del Departamento de Seguros:		N.º de identificación fiscal:	N.º de NPN del Agente:	
Nombre de la agencia:	N.º de teléfono:		N.º de fax:	
Dirección:		Ciudad:	Estado:	Código postal:
Firma del productor:		Fecha:		

División de la comisión del productor:

Productor 2

Nombre del productor:		N.º de identificación del Productor de Health Net:		
N.º de licencia del Departamento de Seguros:		N.º de identificación fiscal:	N.º de NPN del Agente:	
Nombre de la agencia:	N.º de teléfono:		N.º de fax:	
Dirección:		Ciudad:	Estado:	Código postal:
Firma del productor:		Fecha:		

División de la comisión del productor:

10. Certificación 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: _____ Fecha: _____

11. Para uso exclusivo de Health Net

Firma del suscriptor:	Fecha:	Aprobado: <input type="checkbox"/> Cobertura Médica <input type="checkbox"/> Cobertura Dental <input type="checkbox"/> Cobertura de la Vista Rechazado: <input type="checkbox"/> Cobertura Médica <input type="checkbox"/> Cobertura Dental <input type="checkbox"/> Cobertura de la Vista	N.º de facturación:	Fecha de vigencia:
Firma del representante de SBG:	Fecha:	N.º del grupo (Seguro de Salud):	N.º del titular de la póliza (Seguro de Vida):	Plan médico:
Firma del ejecutivo de cuentas:	Fecha:	Nombre:	Código:	

Lista de verificación de presentación para Grupos de Pequeñas Empresas

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

Cuando recibimos en nuestra compañía las solicitudes de nuevos grupos completadas en su totalidad a más tardar el día 15 del mes anterior a la fecha de vigencia de la cobertura del grupo, podemos proporcionar ciertos servicios importantes antes de que comience realmente la cobertura. Entre estos servicios se incluye enviar al afiliado las tarjetas de identificación para los nuevos afiliados antes de la fecha de vigencia de la cobertura. Tenga en cuenta que las presentaciones de nuevos casos que no se reciban a más tardar el día 15 del mes anterior y las presentaciones de casos incompletas no pueden procesarse a tiempo para proporcionar las tarjetas de identificación de afiliado a los nuevos afiliados antes de la fecha de vigencia.

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

Debemos recibir en nuestra compañía las solicitudes de nuevos grupos completadas en su totalidad a más tardar en esta fecha para configurar la cobertura del grupo de manera que entre en vigencia el primer día del mes siguiente. Las presentaciones de nuevos casos que no se reciban a más tardar en esta fecha y las presentaciones de casos incompletas no se procesarán a tiempo para proporcionar las tarjetas de identificación de afiliado a los nuevos afiliados antes de la fecha de vigencia.

Tenga en cuenta lo siguiente: Los requisitos concuerdan con nuestras pautas de aprobación de seguros. Si no se proporciona alguno de los siguientes documentos, demoraremos la presentación del grupo ante Aprobación de Seguros hasta que se haya recibido toda la documentación.

Para garantizar un procesamiento inmediato, asegúrese de incluir los siguientes documentos.

- Copias del Plan Vendido y de las Tasas
- Censo del Grupo

Nota: Consulte a su representante de ventas respecto de la documentación de propiedad aceptable y otras estructuras comerciales.

Para planes PPO:

- Copias de las Explicaciones de Beneficios (por sus siglas en inglés, EOB) para los empleados que solicitan un Crédito Deducible de la compañía de seguros anterior

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.

Grupos Controlados y Afiliados

Grupos 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 (0) 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.

Empleados a Tiempo Completo (FTE)

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

Instrucciones para hacer el recuento de los empleados a tiempo completo (por sus siglas en inglés, 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. Éste es su recuento de FTE.

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

(continúa)

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 Registrada e hijo/s, desde el nacimiento hasta los 26 años, del cónyuge o de la Pareja Doméstica Registrada del empleado.

Jubilado del gobierno local: “Gobierno local” significa cualquier ciudad, condado, distrito escolar u otro distrito especial de este Estado. “Empleado jubilado” significa un funcionario o empleado anterior de un gobierno local que se jubiló luego de prestar servicios o por una discapacidad, y que recibió o está recibiendo beneficios de jubilación conforme al Sistema de Jubilación para Empleados Públicos o a cualquier otro sistema de jubilación o plan aplicable a funcionarios y empleados del gobierno local.

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

Definición de “empleado recientemente elegible”:

- Empleado a tiempo parcial que ha sido contratado por la duración del período de prueba y pasará a ser empleado regular a 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 Aprobación de Seguros)

Definición de “dependientes recientemente elegibles”:

Para el hijo: fecha de nacimiento o de la ubicación para adopción. Para el cónyuge, la Pareja Doméstica Registrada y el/los hijastro/s: primer día del mes posterior a la fecha de matrimonio o certificación de la pareja doméstica registrada.

¹ Disponibles para grupos de empleadores que se encuentran en los condados de Multnomah, Clackamas, Washington, Clatsop, Columbia y Tillamook. Disponibles para empleados de los condados de Multnomah, Clackamas, Washington, Clatsop, Columbia y Tillamook, así como del Condado de Clark, WA.

² Esta 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.

³ **Nota:** 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.

Asegúrese de que Sus Empleados Entiendan la Cobertura de Cuidado de la Salud

Resumen de Beneficios y Cobertura para personas elegibles y cubiertas

Instrucciones para la reproducción y distribución

Requisito de la Ley de Cuidado de Salud Asequible (por sus siglas en inglés, ACA) para los empleadores que patrocinan planes de salud de grupo

Según lo requiere la ACA, los planes de salud y los grupos del empleador deben proporcionar el *Resumen de Beneficios y Cobertura* (por sus siglas en inglés, SBC)¹ a los empleados y familiares elegibles, que:

- estén inscritos actualmente en el plan de salud de grupo, o bien,
- sean elegibles para inscribirse en el plan, pero que aún no estén inscritos, o bien,
- estén cubiertos conforme a la Continuidad de cobertura COBRA.

Health Net se compromete a garantizar el cumplimiento de todos los requisitos de tiempo y contenido en cuanto a la distribución del SBC. Para alcanzar esta meta, usted debe proporcionar el SBC **exactamente en el mismo formato sin modificaciones**, incluyendo el aspecto y el contenido, tal como Health Net se lo entregó a usted.

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

Formato y manera de distribuir el SBC

Puede proporcionar el SBC a las personas elegibles o cubiertas en formato impreso o electrónico (por ejemplo, correo electrónico o publicación en Internet).

¹26 C.F.R. § 54.9815-2715; 29 C.F.R. § 2590.715-2715; y 45 C.F.R. § 147.200.

²Tales requisitos pueden encontrarse en 29 C.F.R. § 2520.104b-1(c)

Este documento se le entrega a usted como cortesía para clientes y no pretende constituir asesoramiento legal alguno. Consulte a su asesor legal para determinar sus responsabilidades conforme a las reglamentaciones de la Ley de Cuidado de Salud Asequible sobre el SBC.

SBC Impreso

- Si proporciona una copia impresa, el SBC debe tener exactamente el mismo formato y la misma fuente que proporcionó Health Net y, según lo requerido conforme a la ACA, debe imprimirse en *cuatro hojas a doble cara*.
- Si envía una copia impresa por correo postal, puede proporcionar un solo SBC a la última dirección conocida del empleado, a menos que sepa que un familiar reside en otra dirección. En ese caso, debe enviar un SBC aparte a ese familiar a la última dirección conocida.

SBC Electrónico

Para las personas cubiertas, puede enviar el SBC electrónicamente si se cumple con ciertos requisitos del Departamento de Trabajo de los EE. UU.²

- Si envía el SBC por correo electrónico, debe hacerlo exactamente en el mismo formato PDF electrónico que Health Net le proporcionó a usted.
- Si publica el SBC en Internet, debe avisar a sus empleados por correo electrónico o postal que el SBC está disponible en Internet y proporcionarles la dirección del sitio Web. También debe informar a sus empleados que el SBC está disponible en formato impreso, sin cargo, a solicitud.

(continúa)

- Puede usar el siguiente Texto Modelo para una tarjeta electrónica o una tarjeta postal en relación con una publicación del SBC en el sitio Web:

Disponibilidad del Resumen de Información Médica

Como empleado, los beneficios de salud disponibles para usted representan un componente considerable de su paquete de compensaciones. También brindan una importante protección para usted y su familia en caso de enfermedad o lesión.

Su plan ofrece una serie de opciones de cobertura de la salud. Elegir una de ellas es una decisión importante. Para ayudarle a hacer una elección informada, su plan pone a su disposición un *Resumen de Beneficios y Cobertura* (SBC). El SBC resume información importante sobre cualquier opción de cobertura de la salud en un formato estándar para ayudarle a comparar las distintas opciones.

El SBC está disponible en línea en: <[group's website.com]>. También se encuentra disponible una copia impresa, sin cargo, llamando al número de teléfono gratuito que aparece en su tarjeta de identificación.

Tiempo de distribución del SBC

- **En el momento de la solicitud.** Si distribuye materiales de solicitud escritos, debe incluir el SBC junto con ellos. Si no distribuye materiales de solicitud escritos para la inscripción, debe proporcionar el SBC *a más tardar el primer día en que el empleado es elegible para inscribirse en el plan.*
- **Personas inscritas especiales.** Para las personas inscritas especiales³ debe proporcionar los SBC *dentro de los 90 días posteriores a la inscripción.*
- **En el momento de la renovación.** Si se requieren materiales de inscripción abierta para la renovación, debe proporcionar el SBC *a más tardar el día en que se distribuyen los materiales de inscripción abierta.* Si la renovación es automática, debe proporcionar el SBC *a más tardar 30 días antes del primer día del nuevo año del plan.*

³Las personas inscritas especiales son aquellas que solicitan la cobertura a través de una inscripción especial. Las reglamentaciones relativas a la inscripción especial se encuentran en el Código de Reglamentaciones Federales de los EE. UU., en 45 C.F.R. 146.117 y 26 C.F.R. 54.9801-6, y 29 C.F.R. 2590.701-6.

Este documento se le entrega a usted como cortesía para clientes y no pretende constituir asesoramiento legal alguno. Consulte a su asesor legal para determinar sus responsabilidades conforme a las reglamentaciones de la Ley de Cuidado de Salud Asegurable sobre el SBC.

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.

Si su plan de salud de grupo se renueva menos de 30 días antes de la fecha de vigencia, debe proporcionar el SBC *lo antes posible, a más tardar siete días hábiles después de la emisión de la nueva póliza o la recepción de una confirmación escrita de la intención de renovar su plan de salud de grupo.*

En el momento en que se renueva su plan, no tiene la obligación de proporcionar el SBC de Health Net a un empleado que actualmente no esté inscrito en un plan de Health Net. Sin embargo, si un empleado solicita un SBC de Health Net, usted debe proporcionárselo tan pronto como pueda, a más tardar siete días hábiles después de recibir la solicitud.

Aviso de modificación del SBC

Ocasionalmente, habrá cambios sustanciales al SBC no relacionados con una renovación, como cambios en la cobertura. Debe dar aviso de los cambios sustanciales a los empleados *a más tardar 60 días antes de la fecha en que entran en vigencia dichos cambios.* Debe proporcionar este aviso en el mismo número, formato y manera que se describen más arriba. Cuando Health Net introduzca dichos cambios, le entregará los SBC modificados para la distribución.

Glosario uniforme

Los empleados y los familiares pueden acceder a un glosario de términos en negrita que se utilizan en el SBC visitando www.cciio.cms.gov o llamando a Health Net al número que aparece en la tarjeta de identificación para solicitar una copia. Health Net proporcionará a las personas que llaman una copia escrita del glosario dentro de los siete días hábiles después de que Health Net reciba su solicitud.

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

Health Net Health Plan of Oregon, Inc. (Health Net) cumple con las leyes federales aplicables sobre derechos civiles y no discrimina por cuestiones de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad ni sexo. Health Net no excluye a las personas ni las trata de manera diferente por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo.

Health Net:

- Proporciona aparatos y servicios gratuitos a las personas con discapacidades para que se comuniquen eficazmente con nosotros, como intérpretes calificados de lenguaje de señas e información escrita en otros formatos (letra grande, formatos electrónicos accesibles, otros formatos).
- Proporciona servicios de idiomas gratuitos a las personas cuyo idioma principal no es el inglés, como intérpretes calificados e información escrita en otros idiomas.

Si necesita estos servicios, llame al Centro de Comunicación con el Cliente de Health Net al **1-888-802-7001 (TTY: 711)**.

Si considera que Health Net no proporcionó estos servicios o ejerció algún otro tipo de discriminación por cuestiones de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo, puede presentar una queja formal llamando al número que se indica más arriba y diciéndoles que necesita ayuda para presentar una queja formal; el Centro de Comunicación con el Cliente de Health Net está disponible para ayudarle.

También puede presentar una queja sobre derechos civiles ante el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos, Oficina de Derechos Civiles, de manera electrónica a través del Portal de Quejas de la Oficina de Derechos Civiles disponible en <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, o bien, por correo postal o 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).

Hay formularios de quejas disponibles en <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/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 us at the number listed on your ID card. Employer group members please call 1-888-802-7001 (TTY: 711).

Amharic

ከፍተኛ የሌለው የቋንቋ አገልግሎት፡፡ አስተርጓሚ ማግኘት ይቻላል፡፡ ሰነዶች እንዲዘጋጅልዎ ማድረግ ይቻላል፡፡ እርዳታ ለማግኘት በመታወቂያ ላይ ያለውን ቁጥር ይደውሉ፡፡ አመልካቾች 1-888-802-7001 (TTY: 711) ይደውሉ፡፡

Arabic

خدمات اللغة مجانية. يمكنك الحصول على مترجم فوري. ويمكنك الحصول على وثائق مقروءة لك. للحصول على المساعدة، اتصل بنا على الرقم الموجود على بطاقة الهوية. يرجى من أعضاء مجموعة أصحاب العمل الاتصال على الرقم 1-888-802-7001 (TTY: 711).

Chinese

免費語言服務。您可使用口譯員。您可請人將文件內容唸給您聽。如需協助，請致電您會員卡上所列的電話號碼與我們聯絡。雇主團體的會員請致電 1-888-802-7001 (TTY: 711)。

Cushite (Oromo)

Waa Lacag la'aan Adeegyada Luuqada. Waxaad heli kartaa turjubaan. Waxaad heli kartaa in waraaqaha lagu aqriyo. Wixii caawin ah, naga soo wac lambarka ku qoran kaarka Aqoonsigaaga. Xubnaha kooxda badrooniga fadlan soo wac 1-888-802-7001 (TTY: 711).

German

Kostenloser Sprachendienst. Dolmetscher sind verfügbar. Dokumente können Ihnen vorgelesen werden. Wenn Sie Hilfe benötigen, rufen Sie uns unter der Nummer auf Ihrer ID-Karte an. Arbeitgeber-Gruppenmitglieder rufen bitte unter 1-888-802-7001 (TTY: 711) an.

Japanese

無料の言語サービス。通訳をご利用いただけます。文書をお読みします。援助が必要な場合は、IDカードに記載されている番号までお電話ください。雇用主を通じた団体保険のメンバーの方は、1-888-802-7001 (TTY: 711) までお電話ください。

Korean

무료 언어 서비스. 통역 서비스를 받을 수 있습니다. 문서 낭독 서비스도 받으실 수 있습니다. 도움을 원하시면, 보험 ID에 수록된 번호로 전화해 주십시오. 고용주 그룹 가입자분은 1-888-802-7001 (TTY: 711) 번으로 전화해 주십시오.

Cambodian (Khmer)

សេវាភាសាដោយឥតគិតថ្លៃ។ អ្នកអាចទទួលបានអ្នកបកប្រែផ្ទាល់មាត់។ អ្នកអាចស្តាប់គេអានឯកសារឱ្យអ្នក។ សម្រាប់ជំនួយ សូមទាក់ទងយើងខ្ញុំតាមរយៈលេខទូរស័ព្ទដែលមាននៅលើកាតសម្គាល់ខ្លួនរបស់អ្នក។ សមាជិកក្រុមនិយោជក សូមទាក់ទងទៅលេខ 1-888-802-7001 (TTY: 711)។

Laotian

ລິການພາສາບໍ່ເສຍຄ່າ. ທ່ານສາມາດຂໍຜູ້ແປພາສາໄດ້. ທ່ານສາມາດຂໍໃຫ້ອ່ານເອກະສານໃຫ້ທ່ານຟັງໄດ້. ເພື່ອຂໍຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອ, ກະລຸນາໂທຫາພວກເຮົາໄດ້ຕາມເບີທີ່ມີຢູ່ໃນບັດປະຈຳຕົວຂອງທ່ານ. ສະມາຊິກກຸ່ມນາຍຈ້າງ ກະລຸນາໂທຫາເບີ 1-888-802-7001 (TTY: 711).

Punjabi

ਬਿਨਾਂ ਲਾਗਤ ਵਾਲੀਆਂ ਭਾਸ਼ਾ ਸੇਵਾਵਾਂ। ਤੁਸੀਂ ਇੱਕ ਦੁਬਾਸ਼ੀਆਂ ਪ੍ਰਾਪਤ ਕਰ ਸਕਦੇ ਹੋ। ਤੁਹਾਡੇ ਲਈ ਦਸਤਾਵੇਜ਼ਾਂ ਪੜ੍ਹੇ ਜਾ ਸਕਦੇ ਹਨ। ਮਦਦ ਲਈ, ਤੁਹਾਡੇ ਆਈਡੀ (ID) ਕਾਰਡ 'ਤੇ ਦਿੱਤੇ ਨੰਬਰ ਤੇ ਸਾਨੂੰ ਫ਼ੋਨ ਕਰੋ। ਰੋਜ਼ਗਾਰਦਾਤਾ ਗਰੁੱਪ ਦੇ ਸਦੱਸ, ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ 1-888-802-7001 (TTY: 711) 'ਤੇ ਫ਼ੋਨ ਕਰੋ।

Russian

Бесплатная помощь переводчиков. Вы можете получить помощь устного переводчика. Вам могут прочесть документы. За помощью обращайтесь к нам по телефону, приведенному на вашей идентификационной карточке участника плана. Если вы участник коллективного плана, предоставляемого работодателем, звоните по телефону 1-888-802-7001 (TTY: 711).

Spanish

Servicios de idiomas sin costo. Puede solicitar un intérprete. Puede obtener el servicio de lectura de documentos y recibir algunos en su idioma. Para obtener ayuda, llámenos al número que aparece en su tarjeta de identificación. Los afiliados del grupo del empleador deben llamar al 1-888-802-7001 (TTY: 711).

Tagalog

Walang Gastos na Mga Serbisyo sa Wika. Maaari kayong kumuha ng isang interpreter. Maaari ninyong ipabasa ang mga dokumento. Para sa tulong, tawagan kami sa numerong nakalista sa inyong ID card. Para sa mga miyembro ng grupo ng employer, mangyaring tumawag sa 1-888-802-7001 (TTY: 711).

Ukrainian

Безплатні послуги перекладу. Ви можете скористуватися послугами перекладача. Вам можуть прочитати ваші документи. Щоб отримати допомогу, телефонуйте нам за номером, який вказаний на вашій ідентифікаційній картці (ID). Учасників групового страхового плану від працедавця просимо телефонувати за номером 1-888-802-7001 (TTY: 711).

Vietnamese

Các Dịch Vụ Ngôn Ngữ Miễn Phí. Quý vị có thể có một phiên dịch viên. Quý vị có thể yêu cầu được đọc cho nghe tài liệu. Để nhận trợ giúp, hãy gọi cho chúng tôi theo số được liệt kê trên thẻ ID của quý vị. Các thành viên thuộc chương trình theo nhóm của chủ sử dụng lao động vui lòng gọi số 1-888-802-7001 (TTY: 711).