



Health Net®

# Solicitud de Grandes Empresas

de Cambio e Inscripción Grupal (Washington)

Los planes de Seguro Médicos son proporcionados por Health Net Health Plan of Oregon, Inc. (Health Net). 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, por sus siglas en inglés). Los planes de la vista están asegurados por Health Net Health Plan of Oregon, Inc. y cuentan con los servicios de Envolve Vision, Inc. Envolve Vision, Inc. y Health Net Health Plan of Oregon, Inc. son subsidiarias de Centene Corporation.

## Bienvenido a Health Net

### Pasos simples para completar el formulario:

1. Revise los materiales incluidos en su paquete de inscripción. Asegúrese de comprender las opciones de cobertura que están disponibles para usted a través de su empleador.
- 2a. **Si usted rechaza la cobertura** para usted y/o sus dependientes, se requiere que complete la sección 6. No llene ninguna otra sección.
- 2b. **Si usted acepta la cobertura** para usted y/o sus dependientes, se requiere que complete las secciones 1, 2, 3, 5 y 7.

La Ley de Cuidado de Salud Asequible (por sus siglas en inglés, ACA) exige a Health Net que proporcione al Servicio de Rentas Internas (por sus siglas en inglés, IRS) una confirmación de cobertura de cuidado de la salud para usted, como el suscriptor, y sus dependientes cubiertos. El IRS utiliza esta información para confirmar que cada afiliado cuenta con la cobertura esencial mínima. Asegúrese de que el número de Seguro Social (por sus siglas en inglés, SSN) sea exacto tanto para usted como para cada uno de los dependientes que inscribirá. Si desea obtener más información acerca de la disposición sobre el pago de la responsabilidad compartida individual, vaya a <http://www.irs.gov/uac/Questions-and-Answers-on-the-Individual-Shared-Responsibility-Provision>.

3. 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.**

Para uso administrativo únicamente:	
<b>Empresa/Grupo Existente</b> PO Box 9103 Van Nuys, CA 91409-9103 www.healthnet.com	<b>Empresa/Grupo Nuevo</b> Envíe toda la documentación completada a su ejecutivo de cuentas o agente de seguro médico designado.



Para ser completado por el empleador	
Nombre del empleador: _____	
Fecha de vigencia solicitada: _____	Número del grupo del empleador (seguro médico): _____
Fecha de elegibilidad del empleado (nueva contratación únicamente): <input type="checkbox"/> La misma que la fecha de contratación <input type="checkbox"/> Otra: _____	

**Importante: Escriba en todas las secciones con letra de molde y tinta negra. Tiene derecho a ver un 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 sobre el plan de salud (Seleccione la cobertura.)

PPO	
<input type="checkbox"/> PPO: _____	<input type="checkbox"/> HDHP: _____
<input type="checkbox"/> PPO con HSA Integrada: _____	<input type="checkbox"/> PPO con HRA Integrada: _____
<input type="checkbox"/> Otro: _____	

**Complete esta sección sólo si desea elegir un plan Médico con una Cuenta de Ahorros para la Salud (HSA) Integrada:**  
 (Solicita que se le incluya) HSA Patrocinada por el Empleador     (Solicita que se le excluya) HSA Patrocinada por el Empleador

Cobertura Dental	Cobertura 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"/> Fifty: _____	<input type="checkbox"/> Elite WE1010-1 <input type="checkbox"/> Supreme WS010-2 <input type="checkbox"/> Preferred W1025-2 <input type="checkbox"/> Preferred W1025-3 <input type="checkbox"/> Plus W20-1 <input type="checkbox"/> Preferred Value W10-3 <input type="checkbox"/> Exam Only

### 2. Motivo de la solicitud

<input type="checkbox"/> Cambio de plan <input type="checkbox"/> Cambio de dirección/nombre <input type="checkbox"/> Eliminar dependiente (enumere los nombres a continuación) <input type="checkbox"/> Otro: _____	<input type="checkbox"/> Nueva contratación <input type="checkbox"/> Reincorporación <input type="checkbox"/> Inscripción Abierta <b>Período de Inscripción Especial</b> Fecha del evento que califica: ____/____/____	<input type="checkbox"/> <b>COBRA</b> <input type="checkbox"/> <b>Continuidad de Cobertura Estatal</b> Fecha de vigencia: ____/____/____ Evento que califica: _____ Fecha del evento que califica: ____/____/____
	Agregar dependiente: <input type="checkbox"/> Matrimonio <input type="checkbox"/> Recién nacido/Adopción/Tutela legal/Orden judicial/Asunción de una relación padre-hijo <input type="checkbox"/> Pérdida de cobertura anterior <input type="checkbox"/> Otro (especifique): _____	

### 3. Información personal sobre el empleado

Apellido: _____	Nombre: _____	Inicial del 2.º nombre: _____	<input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer
Dirección de residencia: _____	Ciudad: _____	Estado: _____	Código postal: _____
Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa): _____	N.º de Seguro Social/N.º de Identificación fiscal (obligatorio para todos los solicitantes): _____	Estado civil: <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Pareja doméstica	
N.º de teléfono: ( ) _____	N.º de teléfono del trabajo: ( ) _____	Dirección de correo electrónico: _____	
Fecha de contratación: ____/____/____	N.º de Dpto.: _____	Cargo laboral: _____	<input type="checkbox"/> Asalariado <input type="checkbox"/> Por hora <input type="checkbox"/> Jubilado
¿Ingresará en una clase elegible? <input type="checkbox"/> Tiempo parcial a tiempo completo <input type="checkbox"/> Temporal a permanente <input type="checkbox"/> Por hora a asalariado			
Si están disponibles, preferiría recibir las comunicaciones y la información sobre el plan en español: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			

Nombre del empleado: \_\_\_\_\_

Últimos 4 dígitos del N.º de Seguro Social: \_\_\_\_\_

**4. Información sobre la familia, enumere a todos los familiares elegibles que se inscribirán.**  
*(Adjunte hojas adicionales si es necesario.)*

Cónyuge/Pareja doméstica <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> M	Apellido:	Nombre:	Inicial del 2.º nombre:
---	-----------	---------	----------------------------

Dirección de residencia: <input type="checkbox"/> Marque aquí si es la misma que la del suscriptor	Ciudad:	Estado:	Código postal:
--	---------	---------	----------------

Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa):	N.º de Seguro Social/N.º de Identificación fiscal (obligatorio para todos los solicitantes):
-----------------------------------	---

<input type="checkbox"/> Hijo <input type="checkbox"/> Hija	Apellido:	Nombre:	Inicial del 2.º nombre:
--	-----------	---------	----------------------------

Dirección de residencia: <input type="checkbox"/> Marque aquí si es la misma que la del suscriptor	Ciudad:	Estado:	Código postal:
--	---------	---------	----------------

Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa):	N.º de Seguro Social/N.º de Identificación fiscal (obligatorio para todos los solicitantes):
-----------------------------------	---

<input type="checkbox"/> Hijo <input type="checkbox"/> Hija	Apellido:	Nombre:	Inicial del 2.º nombre:
--	-----------	---------	----------------------------

Dirección de residencia: <input type="checkbox"/> Marque aquí si es la misma que la del suscriptor	Ciudad:	Estado:	Código postal:
--	---------	---------	----------------

Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa):	N.º de Seguro Social/N.º de Identificación fiscal (obligatorio para todos los solicitantes):
-----------------------------------	---

<input type="checkbox"/> Hijo <input type="checkbox"/> Hija	Apellido:	Nombre:	Inicial del 2.º nombre:
--	-----------	---------	----------------------------

Dirección de residencia: <input type="checkbox"/> Marque aquí si es la misma que la del suscriptor	Ciudad:	Estado:	Código postal:
--	---------	---------	----------------

Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa):	N.º de Seguro Social/N.º de Identificación fiscal (obligatorio para todos los solicitantes):
-----------------------------------	---

Nombre del empleado: \_\_\_\_\_

Últimos 4 dígitos del N.º de Seguro Social: \_\_\_\_\_

**5. ¿Usted o sus dependientes tienen otra cobertura de cuidado de la salud?** No  Sí Si la respuesta es "Sí", complete esta sección incluyendo Medicare.

<input type="checkbox"/> Usted	Nombre:	Nombre de la otra compañía de seguros:		Fecha de inicio de la cobertura anterior (mm/dd/aa):	
Fecha de finalización de la cobertura anterior (mm/dd/aa):	Motivo de la finalización de la cobertura:	N.º de Grupo/N.º de Identificación de la Póliza:	¿Ofrece cobertura? Médica: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Dental: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No 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/HICN:

<input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Pareja doméstica	Nombre:	Nombre de la otra compañía de seguros:		Fecha de inicio de la cobertura anterior (mm/dd/aa):		
Fecha de finalización de la cobertura anterior (mm/dd/aa):	Motivo de la finalización de la cobertura:	N.º de Grupo/N.º de Identificación de la Póliza:	¿Es ésta la cobertura primaria de su dependiente? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Ofrece cobertura? Médica: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Dental: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No 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/HICN:

<input type="checkbox"/> Hijo <input type="checkbox"/> Hija	Nombre:	Nombre de la otra compañía de seguros:		Fecha de inicio de la cobertura anterior (mm/dd/aa):		
Fecha de finalización de la cobertura anterior (mm/dd/aa):	Motivo de la finalización de la cobertura:	N.º de Grupo/N.º de Identificación de la Póliza:	¿Es ésta la cobertura primaria de su dependiente? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Ofrece cobertura? Médica: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Dental: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No 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/HICN:

<input type="checkbox"/> Hijo <input type="checkbox"/> Hija	Nombre:	Nombre de la otra compañía de seguros:		Fecha de inicio de la cobertura anterior (mm/dd/aa):		
Fecha de finalización de la cobertura anterior (mm/dd/aa):	Motivo de la finalización de la cobertura:	N.º de Grupo/N.º de Identificación de la Póliza:	¿Es ésta la cobertura primaria de su dependiente? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Ofrece cobertura? Médica: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Dental: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No 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/HICN:

<input type="checkbox"/> Hijo <input type="checkbox"/> Hija	Nombre:	Nombre de la otra compañía de seguros:		Fecha de inicio de la cobertura anterior (mm/dd/aa):		
Fecha de finalización de la cobertura anterior (mm/dd/aa):	Motivo de la finalización de la cobertura:	N.º de Grupo/N.º de Identificación de la Póliza:	¿Es ésta la cobertura primaria de su dependiente? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Ofrece cobertura? Médica: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Dental: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No 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/HICN:

Nombre del empleado: \_\_\_\_\_

Últimos 4 dígitos del N.º de Seguro Social: \_\_\_\_\_

**6. Rechazo de la cobertura** (Complete esta sección en el caso de que usted o sus dependientes elegibles rechacen cualquier cobertura.)

**Información personal sobre el empleado**

Apellido:	Nombre:	Inicial del 2.º nombre:	N.º de Seguro Social/N.º de Identificación fiscal:
-----------	---------	-------------------------	--

Rechazo de la cobertura médica para:  
 Usted  Cónyuge  Pareja doméstica  
 Dependiente/s

Nombre/s: \_\_\_\_\_

Motivo:  Otra cobertura grupal a través de este empleador  
 Cobertura individual  
 Otra cobertura grupal a través de otro grupo  

(p. ej., el empleador del cónyuge)

 Otro: \_\_\_\_\_

Rechazo de la cobertura dental para:  
 Usted  Cónyuge  Pareja doméstica  
 Dependiente/s

Nombre/s: \_\_\_\_\_

Motivo:  Otra cobertura grupal a través de este empleador  
 Cobertura individual  
 Otra cobertura grupal a través de otro grupo  

(p. ej., el empleador del cónyuge)

 Otro: \_\_\_\_\_

Rechazo de la cobertura de la vista para:  
 Usted  Cónyuge  Pareja doméstica  
 Dependiente/s

Nombre/s: \_\_\_\_\_

Motivo:  Otra cobertura grupal a través de este empleador  
 Cobertura individual  
 Otra cobertura grupal a través de otro grupo  

(p. ej., el empleador del cónyuge)

 Otro: \_\_\_\_\_

**SI USTED RECHAZA LA COBERTURA – TÓMESE UN MOMENTO PARA LEER DETENIDAMENTE**

He decidido rechazar la cobertura para mí y/o para mi/s dependiente/s. Reconozco que es posible que mis dependientes y yo tengamos que esperar para inscribirnos hasta el siguiente Período de Inscripción Abierta anual o un Período de Inscripción Especial debido a un evento que califica. Mi empleador me ha explicado las coberturas disponibles y se me brindó la oportunidad de solicitar dichas coberturas. Además, al firmar a continuación, certifico, a mi leal saber y entender, que el motivo de mi rechazo de la cobertura es exacto según lo indican las marcas de verificación anteriores.

Firma del empleado: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

(Firme sólo si rechaza la cobertura. Si firmó por error, tache la firma y coloque sus iniciales.)

**7. Aceptación de la cobertura** (La firma es obligatoria.)

Al solicitar la inscripción como se indica en este formulario de inscripción, declaro que, según mi leal saber y entender, toda la información de este formulario es verdadera y está completa, y todas las personas para las que solicito inscripción son elegibles para la cobertura. Yo, el solicitante (empleado), en mi nombre y en nombre de todos los Dependientes cubiertos que figuran en este formulario o que se agreguen en el futuro, estoy de acuerdo en que en caso de que cualquier beneficio de cuidado de la salud recibido por mí o por cualquiera de mis Dependientes cubiertos de parte de Health Net sea responsabilidad principal de Medicare o de cualquier cobertura para lesiones, enfermedades o afecciones laborales, o de cualquier tercero debido a cualquier lesión, enfermedad, afección o daño, brindaré toda la información a Health Net y ejecutaré las asignaciones, los derechos de retención u otros documentos que puedan ser necesarios para permitir a Health Net recuperar el valor de los servicios provistos. Además, estoy de acuerdo en que en caso de que yo, cualquiera de mis Dependientes o mis familiares cobráramos beneficios, daños o reembolso de parte de Medicare o de cualquier otro tercero en relación con dicha lesión, enfermedad, afección o daño, reembolsaré de inmediato a Health Net la totalidad de los servicios provistos por Health Net de conformidad con el contrato grupal del plan/la póliza.

Además, acepto estar obligado por todas y cada una de las disposiciones del contrato grupal del plan/de la póliza (incluyendo todos los programas y adjuntos que forman parte del contrato grupal del plan/de la póliza) vigentes en su forma actual y con las enmiendas que puedan realizarse en el futuro, y estoy de acuerdo en que todos mis derechos son los que se establecen específicamente en el contrato grupal del plan/la póliza. Autorizo a mi empleador a deducir de mis ingresos cualquier cantidad requerida para cubrir mi parte de las primas o pagos previos de los honorarios, si corresponde, pagaderos conforme al contrato grupal/a la póliza. Reconozco que los beneficios de Health Net sólo están disponibles si se obtienen de conformidad con todas las disposiciones del contrato grupal del plan/de la póliza.

Proporcionar, a sabiendas, información falsa, incompleta o engañosa a una compañía de seguros con el propósito de estafar a la compañía es un delito. Las sanciones incluyen encarcelamiento, multas y denegación de los beneficios de seguro.

Firma del empleado: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

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

Llame al Centro de Comunicación con el Cliente de Health Net al número de teléfono gratuito que aparece a continuación si necesita ayuda para completar este formulario o si tiene preguntas sobre su cobertura:

Cobertura Médica 1-888-802-7001

Si tiene preguntas sobre su cobertura dental o de la vista, llame a:

Cobertura Dental 1-877-410-0176

Cobertura de la Vista 1-866-392-6058

Usted puede utilizar su copia del formulario de inscripción de Health Net como su tarjeta de identificación temporal hasta que reciba su tarjeta de identificación permanente.

#### **Atención de emergencia y atención requerida de urgencia:**

- Si su situación es de riesgo vital o una emergencia: Llame al 911 o vaya al hospital más cercano.
- Si su situación no es tan grave: Si no puede llamar a su proveedor o si necesita atención médica de inmediato, vaya al hospital o centro de atención de urgencia más cercano.
- Si se encuentra fuera de su área de servicio: Vaya al hospital o centro médico más cercano, o llame al 911. En cualquier caso, comuníquese con su proveedor lo antes posible para informarle sobre su afección.
- Llame al número que figura en su tarjeta de identificación dentro de las 48 horas posteriores a la admisión o lo antes posible.

#### **Autorización previa:**

Usted, el afiliado, es responsable de obtener la autorización previa para determinados servicios. Revise el certificado de su plan para obtener una lista de los servicios que requieren autorización previa.

#### **Para solicitar la autorización previa, llame al 1-800-977-7282.**

*El Estado de Washington adoptó una Reglamentación de Coordinación de los Beneficios estándar con vigencia a partir del 1 de enero de 1982. Si usted está separado o divorciado de su cónyuge y tiene un menor dependiente/menores dependientes, debe informarnos lo siguiente: Fecha de la separación legal o de la sentencia final de divorcio, nombre de la persona a la que se le otorgó la custodia del/de los dependiente/s, nombres del/de los dependiente/s, y nombre y dirección del padre/de la madre a quien los tribunales le exigen proporcionar seguro médico.*

#### **Productos/Entidades:**

Health Net Health Plan of Oregon, Inc. ofrece el siguiente producto: PPO.

Health Net Health Plan of Oregon, Inc. ofrece el siguiente producto, que cuenta con los servicios de Dental Benefit Providers, Inc.: Dental PPO (DPPO).

Health Net Health Plan of Oregon, Inc. ofrece el siguiente producto, que cuenta con los servicios de Envolve Vision Inc.: PPO Vision.

#### **Rechazo de la cobertura:**

Si rechaza la inscripción para usted o sus Dependientes (incluyendo su cónyuge o Pareja Doméstica Registrada) debido a otra cobertura de seguro de salud o plan de salud grupal, usted y sus Dependientes podrán inscribirse en este plan si usted o sus Dependientes pierden la elegibilidad para la otra cobertura (o si su empleador deja de hacer contribuciones para la otra cobertura suya o de sus Dependientes). Sin embargo, debe solicitar la inscripción dentro de los 30 días después de que finalice la otra cobertura suya o de sus Dependientes (o después de que el empleador deje de hacer contribuciones para la otra cobertura). Además, si tiene un nuevo Dependiente como consecuencia de matrimonio, nacimiento, adopción o ubicación para adopción, podrán inscribirse usted y sus Dependientes. No obstante, debe solicitar la inscripción dentro de los 60 días después del matrimonio, nacimiento, adopción o ubicación para adopción. Si anteriormente rechazó la inscripción en este plan para usted o sus Dependientes debido a la cobertura conforme a un plan de Medicaid o plan CHIP, puede inscribirse dentro de los 60 días de la pérdida de dicha cobertura. Si se convierte en elegible para la asistencia con la prima conforme a un plan de Medicaid o plan CHIP, usted o sus Dependientes pueden inscribirse en este plan dentro de los 60 días de convertirse en elegibles para la asistencia con la prima.

**Nota:** Los períodos de inscripción especial permiten que una persona o sus dependientes se inscriban o cambien de cobertura dentro de los 30 días posteriores a la fecha de un evento que califica. Para la inscripción especial de hijos recién nacidos, adoptivos o ubicados para adopción, la fecha de nacimiento, la fecha de adopción o la fecha de ubicación para adopción se convierte en la primera fecha de vigencia de la cobertura. Para la inscripción especial de un cónyuge, una Pareja Doméstica Registrada ante el Estado y el/los hijastro/s, la fecha de vigencia de la cobertura será el primer día del mes posterior a la fecha de matrimonio o certificación de la pareja doméstica registrada.

**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. Applicants call 1-877-609-8715 (TTY: 711).

**Arabic**

اللغة مجانية. يمكنك الحصول على مترجم فوري. ويمكنك الحصول على وثائق مقروءة لك. للحصول على المساعدة، اتصل بنا على الرقم الموجود على بطاقة الهوية. على مقدمي الطلبات الاتصال على الرقم 1-877-609-8715 (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。申請人請致電 1-877-609-8715 (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. Wicitaanka codsadayaasha 1-877-609-8715 (TTY: 711).

**French**

Services linguistiques sans frais. Vous pouvez obtenir un interprète. Les documents peuvent vous être lus. Pour obtenir de l'aide, appelez-nous au numéro indiqué sur votre carte d'identité. Les demandeurs composent le 1-877-609-8715 (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. Antragsteller rufen unter 1-877-609-8715 (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。申込者の方は、1-877-609-8715 (TTY: 711) までお電話ください。

**Korean**

무료 언어 서비스. 통역 서비스를 받을 수 있습니다. 문서 낭독 서비스를 받으실 수 있습니다. 도움을 원하시면, 보험 ID에 수록된 번호로 전화해 주십시오. 신청자분은 1-877-609-8715 (TTY: 711) 번으로 전화해 주십시오.

**Khmer**

សេវាកម្មភាសាដោយឥតគិតថ្លៃ។ អ្នកអាចទទួលបានអ្នកបកប្រែផ្ទាល់មាត់។ អ្នកអាចស្តាប់គេអានឯកសារឱ្យអ្នក។ សម្រាប់ជំនួយ សូមទាក់ទងយើងខ្ញុំតាមរយៈទូរសព្ទដែលមាននៅលើកាតសម្គាល់ខ្លួនរបស់អ្នក។ បេក្ខជនសូមទាក់ទងទៅលេខ 1-877-609-8715 (TTY: 711)។

**Persian (Farsi)**

خدمات زبان به طور رایگان. می توانید یک مترجم شفاهی بگیرید. می توانید درخواست کنید که اسناد برای شما قرائت شوند. برای کسب اطلاعات، با ما به شماره ای که در کارت شناسایی شما قید شده تماس بگیرید. درخواست کنندگان با شماره 1-877-609-8715 (TTY: 711) تماس بگیرند.

**Romanian**

Servicii lingvistice gratuite. Puteti obtine un interpret. Puteti avea documente citite pentru dvs. Pentru asistentă telefonați-ne la numărul indicat pe cardul de membru. Solicitanții să telefoneze la 1-877-609-8715 (TTY: 711).

## Russian

Бесплатная помощь переводчиков. Вы можете получить помощь устного переводчика. Вам могут прочитать документы. За помощью обращайтесь к нам по телефону, приведенному на вашей идентификационной карточке участника плана. Если вы хотите стать участником плана, звоните по телефону 1-877-609-8715 (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 solicitantes deben llamar al 1-877-609-8715 (TTY: 711).

## Thai

ไม่มีค่าบริการด้านภาษา คุณสามารถใช้ล่ามได้ คุณสามารถให้อ่านเอกสารให้ฟังได้ สำหรับความช่วยเหลือ โทรหาเราตามหมายเลขที่ให้ไว้บนบัตรประจำตัวของคุณ ผู้สมัคร โทร 1-877-609-8715 (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). Заявники можуть телефонувати за номером 1-877-609-8715 (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. Người nộp đơn gọi số 1-877-609-8715 (TTY: 711).

Health Net Health Plan of Oregon, Inc. 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>.