



Health Net®

Solicitud de Grandes Empresas

de Cambio e Inscripción Grupal (Oregon)

Los planes de seguro médico son proporcionados por Health Net Health Plan of Oregon, Inc. (Health Net). Los planes de Seguro de Vida y 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. 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. Si decide inscribirse en los planes EPO, POS o CommunityCare, **debe seleccionar su médico de atención primaria (por sus siglas en inglés, PCP)**. Asegúrese de completar los nombres y números de identificación de inscripción de 10 dígitos como aparecen en la herramienta en línea *Búsqueda de Proveedores* de Health Net.

Nota: Si no elige a un PCP, seleccionaremos uno por usted.

4. Si decide inscribirse en un plan de seguro PPO, no es necesario que seleccione un PCP para inscribirse.
5. 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:

Empresa/Grupo Existente
 PO Box 9103
 Van Nuys, CA 91409-9103
 www.healthnet.com

Empresa/Grupo Nuevo
 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 (<i>seguro médico</i>):
Fecha de elegibilidad del empleado (<i>nueva contratación únicamente</i>):	
<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 su cobertura y escriba el nombre del plan con letra de molde en el espacio provisto.)

EPO

CommunityCare 1T¹: _____ CommunityCare 3T¹: _____
 CommunityCare 1T HDHP¹: _____ CommunityCare 3T HDHP¹: _____
 Otro: _____

PPO

PPO: _____ PPO HDHP: _____
 PPO con HSA Integrada: _____ PPO con HRA Integrada: _____
 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	Servicios 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"/> Examen Únicamente

2. Motivo de la solicitud

<input type="checkbox"/> Cambio de plan <input type="checkbox"/> Cambio de dirección/nombre <input type="checkbox"/> Eliminar dependiente <i>(enumere los nombres a continuación)</i> <input type="checkbox"/> Otro: _____	<input type="checkbox"/> Nueva contratación <input type="checkbox"/> Reincorporación <input type="checkbox"/> Inscripción Abierta Período de Inscripción Especial 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 (<i>especifique</i>): _____	<input type="checkbox"/> COBRA Fecha de vigencia: ____/____/____ Evento que califica: _____ Fecha del evento que califica: ____/____/____
--	---	---

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/a <input type="checkbox"/> Casado/a <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			
Médico de atención primaria (<i>Para planes EPO, POS, CommunityCare únicamente</i>):			
N.º de identificación de inscripción del PCP (<i>número del PCP de 10 dígitos</i>):		¿Es éste su PCP actual? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	

¹Disponibles 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.

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):	
Médico de atención primaria (Para planes EPO, POS, CommunityCare únicamente):		N.º de identificación de inscripción del PCP (número del PCP de 10 dígitos):	
¿Es éste su PCP actual? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			

<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):	
Médico de atención primaria (Para planes EPO, POS, CommunityCare únicamente):		N.º de identificación de inscripción del PCP (número del PCP de 10 dígitos):	
¿Es éste su PCP actual? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			

<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):	
Médico de atención primaria (Para planes EPO, POS, CommunityCare únicamente):		N.º de identificación de inscripción del PCP (número del PCP de 10 dígitos):	
¿Es éste su PCP actual? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			

<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):	
Médico de atención primaria (Para planes EPO, POS, CommunityCare únicamente):		N.º de identificación de inscripción del PCP (número del PCP de 10 dígitos):	
¿Es éste su PCP actual? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			

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:

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: <input type="checkbox"/> Usted <input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Pareja doméstica <input type="checkbox"/> Dependiente/s Nombre/s: _____		Motivo: <input type="checkbox"/> Otra cobertura grupal a través de este empleador <input type="checkbox"/> Cobertura individual <input type="checkbox"/> Otra cobertura grupal a través de otro grupo (p. ej., el empleador del cónyuge) <input type="checkbox"/> Otro: _____	
Rechazo de la cobertura dental para: <input type="checkbox"/> Usted <input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Pareja doméstica <input type="checkbox"/> Dependiente/s Nombre/s: _____		Motivo: <input type="checkbox"/> Otra cobertura grupal a través de este empleador <input type="checkbox"/> Cobertura individual <input type="checkbox"/> Otra cobertura grupal a través de otro grupo (p. ej., el empleador del cónyuge) <input type="checkbox"/> Otro: _____	
Rechazo de la cobertura de la vista para: <input type="checkbox"/> Usted <input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Pareja doméstica <input type="checkbox"/> Dependiente/s Nombre/s: _____		Motivo: <input type="checkbox"/> Otra cobertura grupal a través de este empleador <input type="checkbox"/> Cobertura individual <input type="checkbox"/> Otra cobertura grupal a través de otro grupo (p. ej., el empleador del cónyuge) <input type="checkbox"/> 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.

Además, acepto estar obligado por todas y cada una de las disposiciones del contrato grupal del plan (incluyendo todos los programas y adjuntos que forman parte de dicho contrato grupal del plan) 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. 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. Reconozco que he seleccionado un Médico/Proveedor de Atención Primaria de la actual red de proveedores participantes de Health Net (para planes de la Organización de Proveedores Exclusivos o EPO, planes de Opción Triple/POS y planes CommunityCare); que esta lista identifica a los proveedores participantes a partir de la fecha de publicación; que pueden producirse cambios en el estado de un proveedor, así como incorporaciones a esta lista o eliminaciones; y que Health Net y/o sus representantes no garantizan ni aseguran la disponibilidad de un proveedor participante específico. Reconozco que los beneficios de Health Net sólo están disponibles si se obtienen de conformidad con todas las disposiciones del contrato grupal del plan. Reconozco que todos los proveedores participantes son contratistas independientes y no son agentes, funcionarios, oficiales, empleados, socios ni co-inversores de Health Net, ni están controlados por ésta; que los proveedores participantes, incluyendo los médicos de atención primaria, son responsables de la prestación o coordinación de todos los servicios médicos para mi persona y mis Dependientes; y que Health Net no es ni será responsable de los actos u omisiones deliberados o negligentes de ninguno de dichos proveedores participantes ni de ningún proveedor no participante.

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, de la vista o de seguro de vida, llame a:

Cobertura Dental 1-877-410-0176

Cobertura de la Vista 1-866-392-6058

Seguro de Vida 1-800-865-6288

Si tiene preguntas sobre su PCP, llame a los Servicios de Proveedores de Health Net al 1-800-641-7761.

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 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 cualquier caso, 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 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.

Productos/Entidades:

Health Net Health Plan of Oregon, Inc. ofrece los siguientes productos: CommunityCare, EPO y PPO.

Health Net Life Insurance Company asegura: los beneficios del seguro de Vida y AD&D.

Health Net Health Plan of Oregon, Inc. ofrece el siguiente producto administrado por Dental Benefit Providers, Inc.: Dental PPO (DPPO).

Health Net Health Plan of Oregon, Inc. ofrece el siguiente producto administrado por 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 30 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.

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

ክፍያ 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).

OR WA Commercial Notice of Language Assistance

Punjabi

ਬਿਨਾਂ ਲਾਗਤ ਵਾਲੀਆਂ ਭਾਸ਼ਾ ਸੇਵਾਵਾਂ। ਤੁਸੀਂ ਇੱਕ ਦੁਭਾਸ਼ੀਆਂ 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 прочитать 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).

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>.