Health Net of California, Inc. (Health Net)
Individual & Family plans

Aproveche al Máximo Su Plan

OBTENGA EL *RESUMEN DE BENEFICIOS Y COBERTURA*



Gracias por solicitar la inscripción en un plan Ambetter HMO. Lea el ***Resumen de Beneficios y Cobertura*** (por sus siglas en inglés, ***SBC***). En el *SBC* encontrará algunos de los aspectos básicos sobre su plan y cómo obtener atención cuando la necesita, por ejemplo:

- Cómo funciona su plan de salud.
- Una lista de los servicios médicos comunes que están cubiertos y cuánto cuestan en su plan de salud.
- Su derecho a presentar quejas formales y apelaciones. Este es el proceso que se usa para presentar una queja a su plan o solicitar ayuda de una agencia reguladora.
- Una lista de otros servicios que están cubiertos o excluidos de su plan de salud.
- Ejemplos de cómo su plan puede cubrir la atención médica para ciertas afecciones.
- Cómo obtener ayuda en su idioma principal.
- Preguntas y respuestas frecuentes.

Entender el *SBC* es fundamental *para aprovechar al máximo su cobertura de salud.*

Para ver, descargar o imprimir una copia del *SBC* de su plan de 2027:

1. Ingrese en **www.myhealthnetca.com/sbc.**
2. Seleccione ***2027 Summary of Benefits and Coverage (Directly through Health Net) (Resumen de Beneficios y Cobertura de 2027 (directamente a través de Health Net)).***
3. En “Ambetter HMO Plans” (Planes Ambetter HMO), busque el *SBC* del plan para el cual solicita la inscripción.

Si lo prefiere, puede llamar a nuestro Centro de Comunicación con el Cliente al 800-839-2172 (TTY: 711) para solicitar una copia.

Los planes Ambetter HMO son ofrecidos por Health Net of California, Inc. (Health Net). Health Net es una subsidiaria de Centene Corporation. Health Net es una marca de servicio registrada de Health Net, LLC.
Todas las demás marcas comerciales/marcas de servicio identificadas continúan siendo propiedad de sus respectivas compañías.
Todos los derechos reservados.

FLY2542200EH01w (1/27)

Health Net of California, Inc. (Health Net)

Planes individuales y familiares Ambetter HMO

Solicitud de Inscripción

Fecha de entrada en vigor solicitada:
☐☐ / ☐☐ / ☐☐☐☐

La solicitud debe completarse de manera electrónica o con tinta azul o negra.

Fecha de entrada en vigor de la cobertura: Solo puede inscribirse para la cobertura durante el período de inscripción abierta anual, que se extiende desde el 1.º de noviembre de 2026 hasta el 31 de enero de 2027, o durante un período de inscripción especial. Durante el período de inscripción abierta, debemos recibir las solicitudes antes del 31 de diciembre para que la cobertura entre en vigor el 1.º de enero. Para las solicitudes que recibamos entre el 1.º de enero y el 31 de enero, la cobertura entrará en vigor el 1.º de febrero. Durante un período de inscripción especial, debemos recibir las solicitudes dentro de los 60 días posteriores al hecho calificador. Por lo general, para las solicitudes recibidas entre los días 1 y 15, la cobertura entrará en vigor el primer día del mes siguiente a la presentación de la solicitud. Para las solicitudes recibidas entre el día 16 y el final del mes, la cobertura entrará en vigor el primer día del segundo mes siguiente a la presentación de la solicitud.Si en la actualidad está inscrito en un plan de Medicare, no puede solicitar cobertura de un plan individual y familiar.

Health Net solicita un **número de Seguro Social (por sus siglas en inglés, SSN)** para cada persona que se inscribe en la cobertura de salud, incluidos los cónyuges y los hijos dependientes, o un **número de identificación tributaria (por sus siglas en inglés, TIN)** para el solicitante principal. Esto se solicita para que podamos brindarle la verificación de la cobertura para su declaración de impuestos, según lo requerido por la Ley de Cuidado de Salud Asequible y el Proyecto de Ley del Senado 78. Puede solicitar cobertura, y esta no se denegará, incluso si no puede brindar un SSN o TIN para usted o un SSN para otros miembros de su familia. Health Net no usará su SSN o TIN para otros fines ni los compartirá con otras personas que no sean los requeridos por la ley. En el caso de los recién nacidos, tiene seis meses para brindar el SSN.

EL REPRESENTANTE O AGENTE DE SEGURO NO PUEDE FIRMAR ESTA SOLICITUD Y ACUERDO EN NOMBRE DEL SOLICITANTE.

IMPORTANTE: Consulte la Parte VI si el solicitante no sabe leer o escribir en inglés. La solicitud de inscripción en un plan individual y familiar Ambetter HMO está disponible en español y chino. También puede recibir ayuda de otra persona para leerla. Llame al 877-609-8711 para solicitar ayuda gratuita.

Si necesita ayuda para completar esta solicitud, un representante o un agente de seguro puede brindársela. La solicitud debe estar firmada por el representante o agente de seguro que le ayudó a leerla y completarla (consulte la Parte VII).

Yo (y mis dependientes si corresponde) presento la solicitud durante:
☐ **el período de inscripción abierta anual** ☐ **el período de inscripción especial (consulte la Parte IV)**

Parte I. Información del solicitante

☐ **Nueva solicitud (Marque el tipo de familia)** ☐ Afiliado ☐ Afiliado y cónyuge ☐ Afiliado y pareja doméstica
☐ Afiliado e hijo ☐ Afiliado e hijos ☐ Afiliado, cónyuge e hijo(s) ☐ Afiliado, pareja doméstica e hijo(s) ☐ Solo un hijo[1]
☐ Afiliado y padre o madre/padre o madre adoptivos ☐ Afiliado, cónyuge y padre o madre/padre o madre adoptivos
☐ Afiliado, pareja doméstica y padre o madre/padre o madre adoptivos ☐ Afiliado, hijo y padre o madre/padre o madre adoptivos
☐ Afiliado, hijos y padre o madre/padre o madre adoptivos ☐ Afiliado, cónyuge, hijo(s) y padre o madre/padre o madre adoptivos
☐ Afiliado, pareja doméstica, hijo(s) y padre o madre/padre o madre adoptivos ☐ Hijo y padre o madre/padre o madre adoptivos
☐ **Solicitud de cambio**

☐ **Agregar dependiente (Complete debajo la información del suscriptor principal, luego complete la información de los dependientes en la Parte III).**

Apellido del solicitante principal:	Nombre:	Inicial del segundo nombre:	☐ Hombre ☐ Mujer
Dirección de domicilio permanente:[2]			
Ciudad:	Estado:	Código postal:	Condado donde vive el solicitante:
Dirección postal o de facturación:			
Número de teléfono celular: ( )	Número de teléfono adicional: ☐ Particular ☐ Laboral ( )	Dirección de correo electrónico:	
Fecha de nacimiento del solicitante principal (dd/mm/aa): / /	Número de Seguro Social del solicitante principal: – –	Número de identificación tributaria del solicitante principal:	
¿Es afiliado de Health Net en la actualidad? ☐ Sí ☐ No Si la respuesta es "Sí", proporcione el número de identificación de afiliado del suscriptor principal:			
Número de identificación del médico de atención primaria:	Número de identificación del grupo primario:	Paciente actual ☐ Sí ☐ No	

(continúa)

[1] Los solicitantes de planes para solo un hijo deben ser menores de 18 años hasta la fecha de entrada en vigor de la cobertura solicitada. Cada hijo de 18 años de edad o mayor debe presentar una solicitud de inscripción individual por separado.

[2] Consulte la página 10, Parte V. "Requisito de prueba de residencia permanente".

Últimos 4 dígitos del n.º de Seguro Social o n.º de identificación tributaria del solicitante principal: __ __ __ __

Parte I. Información del solicitante (continuación)

Si es posible, preferiría recibir información escrita sobre el plan en: ☐ **Inglés** ☐ **Español** ☐ **Chino**

Seleccione el origen racial o étnico del solicitante principal:

Origen étnico:

☐ Hispano, latino o español (en caso afirmativo, marque también cuáles, si corresponde):
- ☐ Mexicano
- ☐ Cubano
- ☐ Salvadoreño
- ☐ Puertorriqueño
- ☐ Guatemalteco

Origen racial:

- ☐ Blanco
- ☐ Negro o afroamericano
- ☐ Indígena americano o nativo de Alaska
- ☐ Nativo de Hawái
- ☐ Guameño o chamorro
- ☐ Samoano
- ☐ Indígena asiático
- ☐ Camboyano
- ☐ Chino
- ☐ Filipino
- ☐ Hmong
- ☐ Japonés
- ☐ Coreano
- ☐ Laosiano
- ☐ Vietnamita
- ☐ Otro origen racial

☐ **Se niega a indicar el origen racial o étnico del solicitante.**

Parte II. Elección de cobertura e información sobre el pago

A. Elección de cobertura

Los planes de Ambetter HMO de Health Net of California, Inc. usan la red de proveedores de Ambetter HMO.

- ☐ **Platinum 90 Ambetter HMO**
- ☐ **Gold 80 Ambetter HMO**
- ☐ **Silver 70 Off Exchange Ambetter HMO**
- ☐ **Bronze 60 Ambetter HMO[3]** (Disponible únicamente en los condados de Kern e Imperial)
- ☐ **Minimum Coverage Ambetter HMO[3]** (Disponible únicamente en los condados de Kern e Imperial) Disponible para personas menores de 30 años. Es posible que también sea elegible para este plan si tiene 30 años de edad o más y está exento del requisito federal de tener cobertura esencial mínima. Se debe presentar prueba de la exención junto con esta solicitud.

Cobertura opcional: Plan dental o de la vista para adultos (a partir de los 19 años de edad).

☐ **Dental and Vision Plus:** Si se adquiere Dental and Vision Plus para el solicitante principal, todos los afiliados de 19 años o más también quedarán inscritos en el plan Dental and Vision Plus. Dental and Vision Plus solo puede adquirirse con la cobertura médica, o agregarse a esta, durante la inscripción abierta o los períodos de inscripción especial.

Nota: Todos los planes médicos incluyen la cobertura de servicios dentales y de la vista pediátricos. Los afiliados recibirán servicios dentales y de la vista pediátricos conforme a los planes médicos hasta el último día del mes en que cumplan 19 años.

B. Información sobre el pago (Se requiere la prima del primer mes para procesar la solicitud y para que entre en vigor la cobertura. Si no se efectúa el pago, la inscripción será demorada).

Primer pago de la prima ☐ Pagar con cheque, cheque de caja o giro postal (el monto debe coincidir con el de la prima mensual). Se acepta el pago con tarjeta de débito prepaga, tarjeta de débito bancaria, cuenta bancaria o tarjeta de crédito si la inscripción se realiza en línea. Para inscribirse en línea, vaya a www.myhealthnetca.com.

Envío de la solicitud por correo postal

Envíe la solicitud completa por correo a:

Health Net Individual & Family Enrollment
P.O. Box 989731
West Sacramento, CA 95798-9731

Envío de la solicitud por fax

Envíe la solicitud completa por fax al:

800-977-4161

Envío de un cheque, un cheque de caja o un giro postal

Complete el formulario de la página 16 y envíelo junto con el cheque, el cheque de caja o el giro postal a esta dirección:

Health Net CA Individual
P.O. BOX 748705
Los Angeles, CA 90074-8705

Los afiliados actuales pueden iniciar sesión en **www.myhealthnetca.com** y seleccionar *Pagar mi factura* en la sección "Para afiliados".

Pago de las cuotas de suscripción

El suscriptor es responsable del pago de los cargos de suscripción a Health Net.

C. ICHRA y QSEHRA (esta sección solo es necesaria si adquiere un plan a través de un ICHRA o QSEHRA)

Nombre del empleador:		Fecha de inicio del plan del empleador:	
Ciudad del empleador:	Estado:	Código postal:	Número de teléfono:

Monto mensual de la contribución del empleador $_____

La contribución del empleador es: ☐ Solo la prima ☐ Prima + gastos de desembolso

[3] Este plan cumple con los requisitos para una cuenta de ahorros para gastos médicos (por sus siglas en inglés, HSA)

Últimos 4 dígitos del n.º de Seguro Social o n.º de identificación tributaria del solicitante principal: __ __ __ __

Parte III. Miembro(s) de la familia que se inscribe(n)

Enumere todos los miembros de la familia elegibles para inscribirse, además del afiliado. Si el apellido de un miembro de la familia enumerado es distinto del apellido del afiliado, explique la relación en una hoja aparte. Para incluir más dependientes, adjunte otra hoja con la información solicitada.

☐ Marque aquí si se adjuntan hojas complementarias. Escriba el número de Seguro Social o el número de identificación tributaria del solicitante principal en la esquina superior derecha de la página complementaria.

Nota: Si un miembro de la familia solicita un plan de salud diferente al que solicita el suscriptor principal, se debe llenar y enviar una solicitud por separado para cada miembro de la familia que solicita un plan diferente. Estar afiliado a otro plan significa que cada persona estará sujeta al deducible y al desembolso máximo individual del plan seleccionado, y que la familia no podrá contribuir de manera colectiva al deducible o desembolso máximo familiar.

Para la cobertura de la pareja doméstica, se deben cumplir todos los requisitos de elegibilidad, según lo requerido por las leyes del estado de California aplicables, y se debe presentar una Declaración de Convivencia de manera conjunta al secretario de estado de California.

Selección de proveedores:
Debe seleccionar un grupo médico y un médico de atención primaria. Puede elegir el mismo grupo médico y al mismo médico de atención primaria, o uno diferente, para cada miembro de la familia que se inscribe. Si no elige un médico de atención primaria, se le asignará uno dentro de su área.

Para consultar la lista más actualizada de médicos que tienen contrato con Health Net, visite www.myhealthnetca.com; luego, diríjase a *Buscar un médico*. Podrá acceder a una lista completa de médicos de la red de los planes individuales y familiares, y buscar por especialidad, ciudad, condado o nombre del médico. Además, puede llamar al 877-609-8711 para pedir información del proveedor o comunicarse con el representante o agente de seguro autorizado de Health Net.

Para consultar nombres de dentistas, direcciones, números de dentista primario y números de teléfono de proveedores de servicios dentales participantes con la cobertura de Dental and Vision Plus, llame a Health Net al 866-249-2382 o visite www.yourdentalplan.com/healthnet.

Relación		**Apellido**	**Nombre**	**Inicial del segundo nombre**
☐ Cónyuge ☐ Pareja doméstica	☐ Hombre ☐ Mujer			
Número de Seguro Social			**Fecha de nacimiento**	
– –			/ /	
Número de identificación del médico de atención primaria de Ambetter HMO *(Se requiere para los planes Ambetter HMO)*			**Número de identificación del grupo médico de Ambetter HMO**	

Relación: Hijo 1	**Apellido**	**Nombre**	**Inicial del segundo nombre**
☐ Hijo ☐ Hija			
Número de Seguro Social		**Fecha de nacimiento**	
– –		/ /	
Número de identificación del médico de atención primaria de Ambetter HMO *(Se requiere para los planes Ambetter HMO)*		**Número de identificación del grupo médico de Ambetter HMO:**	

(continúa)

Últimos 4 dígitos del n.º de Seguro Social o n.º de identificación tributaria del solicitante principal: __ __ __ __

Parte III. Miembro(s) de la familia que se inscribe(n) (continuación)

Relación: Hijo 2	Apellido	Nombre	Inicial del segundo nombre
☐ Hijo ☐ Hija			

Número de Seguro Social	Fecha de nacimiento
– –	/ /

Número de identificación del médico de atención primaria de Ambetter HMO *(Se requiere para los planes Ambetter HMO)*	Número de identificación del grupo médico de Ambetter HMO

Relación: Hijo 3	Apellido	Nombre	Inicial del segundo nombre
☐ Hijo ☐ Hija			

Número de Seguro Social	Fecha de nacimiento
– –	/ /

Número de identificación del médico de atención primaria de Ambetter HMO *(Se requiere para los planes Ambetter HMO)*	Número de identificación del grupo médico de Ambetter HMO

Padre o madre/padre o madre adoptivos

Medicare es un programa federal de seguro de salud para personas de 65 años o mayores, ciertas personas más jóvenes con discapacidades y personas con insuficiencia renal permanente. Si es elegible para el Programa Medicare, debería analizar sus opciones detenidamente, ya que demorar la inscripción en Medicare puede tener consecuencias financieras significativas. Puede obtener asesoramiento gratuito sobre la elegibilidad para Medicare y las opciones de inscripción llamando al Programa de Orientación y Defensa de los Seguros de Salud (por sus siglas en inglés, HICAP) al 800-434-0222. Visite www.cahealthadvocates.org/hicap para encontrar una oficina del HICAP cercana.

Relación: Padre o madre/ padre o madre adoptivos 1	Apellido	Nombre	Inicial del segundo nombre
☐ Hombre ☐ Mujer			

Número de Seguro Social	Fecha de nacimiento
– –	/ /

Número de identificación del médico de atención primaria de Ambetter HMO *(Se requiere para los planes Ambetter HMO)*	Número de identificación del grupo médico de Ambetter HMO

(continúa)

Últimos 4 dígitos del n.º de Seguro Social o n.º de identificación tributaria del solicitante principal: __ __ __ __

Parte III. Miembro(s) de la familia que se inscribe(n) (continuación)

Relación: Padre o madre/ padre o madre adoptivos 2	**Apellido**	**Nombre**	**Inicial del segundo nombre**
☐ Hombre ☐ Mujer			

Número de Seguro Social	**Fecha de nacimiento**
– –	/ /

Número de identificación del médico de atención primaria de Ambetter HMO *(Se requiere para los planes Ambetter HMO)*	**Número de identificación del grupo médico de Ambetter HMO**

Agregar un dependiente a un plan existente (recién nacido, hijo adoptado o colocado en adopción, hijastro, hijo presunto, cobertura ordenada por un juzgado, cónyuge o pareja doméstica, y padre o madre/padre o madre adoptivos)

Apellido del dependiente:	Nombre:	Inicial del segundo nombre:

Fecha de nacimiento del dependiente (dd/mm/aa):[4] / /	Matrimonio, pareja doméstica u otro hecho calificador aplicable mencionado arriba (dd/mm/aa): / /	☐ Hombre ☐ Mujer

Número de Seguro Social: – –	N.º de identificación de afiliado del suscriptor principal:

Si agrega un dependiente a un plan Ambetter HMO, debe seleccionar un médico de atención primaria de la Ambetter HMO Network. Si no elige un médico de atención primaria, se le asignará uno dentro de su área.

Número de identificación del médico de atención primaria:	Paciente actual: ☐ Sí ☐ No

CONDICIONES GENERALES: Si no recibimos la solicitud dentro de los 60 días posteriores a la fecha de nacimiento o fecha de adopción, Health Net of California, Inc. (Health Net) requerirá que se complete una solicitud estándar. Ningún otro departamento, funcionario, agente o empleado de Health Net está autorizado a otorgar la inscripción. El agente de seguro o representante del suscriptor no puede otorgar la aprobación, cambiar los términos ni eximirlo de los requisitos de esta solicitud. Esta solicitud será parte del contrato del plan.

Envíe el primer pago de la prima para un hijo recién nacido o adoptado. **Tenga en cuenta lo siguiente:** Si la fecha de entrada en vigor de la cobertura del niño no es el primer día del mes, deberá pagar primas adicionales prorrateadas, que se agregarán a su siguiente factura de la prima regular.

El suscriptor debe firmar la solicitud y la Cláusula de Arbitraje. Para que esta solicitud se procese, el suscriptor debe firmar personalmente con su nombre en tinta y aceptar cumplir la Cláusula de Arbitraje y los términos, las condiciones y las disposiciones de la solicitud, así como el contrato del plan. Para ser tenida en cuenta, ni el agente de seguro ni ninguna otra persona pueden firmar esta solicitud y la Cláusula de Arbitraje.

[4] La fecha de entrada en vigor para un recién nacido será la fecha de nacimiento, y para un hijo adoptado será la fecha de adopción (o la de colocación en adopción si es anterior) si recibimos la solicitud dentro de los 60 días posteriores a la fecha de nacimiento o la fecha de adopción.

Últimos 4 dígitos del n.º de Seguro Social o n.º de identificación tributaria del solicitante principal: __ __ __ __

Parte IV. Período de inscripción especial

Además del período de inscripción abierta, el afiliado y sus dependientes pueden inscribirse o cambiar de plan durante un período de inscripción especial, que es dentro de los 60 días posteriores a determinados hechos calificadores. Por lo general, para las solicitudes recibidas entre los días 1 y 15, la cobertura comenzará el primer día del mes siguiente a la presentación de la solicitud. Para las solicitudes recibidas entre el día 16 y el final del mes, la cobertura comenzará el primer día del segundo mes siguiente a la presentación de la solicitud. **Estas fechas de entrada en vigor no se aplican para nacimiento, adopción, colocación en adopción, o cuando medie orden judicial de manutención de menores u otra orden judicial. Es estos casos la cobertura entrará en vigor en la fecha del hecho calificador o de la orden judicial. En caso de matrimonio, la fecha de entrada en vigor será el primer día del mes siguiente a la presentación de la solicitud.** Debemos recibir la solicitud dentro de los 60 días[5] posteriores al hecho calificador. Se requiere prueba del hecho calificador. Escriba a continuación el hecho calificador aplicable y el nombre de la persona a quien se aplica. Para incluir más dependientes, adjunte una hoja por separado.

N.º de hecho calificador (consulte la tabla de la página siguiente)	Fecha del hecho	Solicitante principal	Cónyuge/ pareja doméstica	Dependiente 1	Dependiente 2	Dependiente 3	Padre o madre/padre o madre adoptivos 1	Padre o madre/padre o madre adoptivos 2

[5] Si recibimos la solicitud antes de que pierda la cobertura, su fecha de entrada en vigor será el primer día del mes siguiente a la pérdida de la cobertura. Si recibimos la solicitud durante el período de 60 días posterior a la pérdida de la cobertura, la fecha de entrada en vigor será el primer día del mes siguiente a la recepción de la solicitud.

(continúa)

Últimos 4 dígitos del n.º de Seguro Social o n.º de identificación tributaria del solicitante principal: __ __ __ __

Parte IV. Período de inscripción especial (continuación)

Hecho calificador		Ejemplos de documentación de California
1)	La persona calificada o el dependiente calificado pierde la cobertura esencial mínima debido a uno de los siguientes motivos (sin incluir la terminación voluntaria de la cobertura anterior o la terminación a causa de falta de pago de la prima). En estos casos, es posible que sea elegible para inscribirse 60 días antes o después del hecho calificador:	Copia de uno de los siguientes documentos: • El frente y el dorso de la tarjeta de identificación de la aseguradora anterior. • Una carta de la aseguradora anterior que sirva de prueba de la pérdida de la cobertura. • Terminación o confirmación de reducción de horas de su empleador (en una hoja con membrete del empleador y firmada por el administrador).
	A. El fallecimiento del empleado cubierto.	
	B. La terminación o confirmación de reducción de horas de trabajo del empleado.	
	C. El divorcio o la separación legal del empleado cubierto de su cónyuge.	
	D. La adquisición por parte del empleado cubierto del derecho a recibir los beneficios de Medicare.	
	E. El cese de la condición de hijo dependiente de un hijo conforme a los requisitos del plan que se aplican normalmente.	
	F. Una demanda en un caso de bancarrota según el título 11, que inició el 1.º de julio de 1986 o después de esa fecha, en relación con el empleador de cuyo trabajo el empleado cubierto se jubiló en cualquier momento. En este caso, la pérdida de la cobertura incluye una cancelación sustancial de la cobertura para un beneficiario calificado (cónyuge o pareja doméstica, hijo dependiente, padre o madre/padre o madre adoptivos, o cónyuge o pareja doméstica sobreviviente) dentro del año anterior o posterior a la fecha de inicio de la demanda.	
	G. Está inscrito en cualquier plan de salud grupal o en una cobertura de seguro de salud no basada en el año calendario, incluso si la persona calificada o el dependiente calificado de la persona tiene la opción de renovar dicha cobertura. La fecha de la pérdida de la cobertura es el último día del plan o del año de la póliza.	
	H. Pérdida de la cobertura esencial mínima por cualquier motivo que no sea la falta de pago de la prima o situaciones que permitan la rescisión por fraude o porque se realizaron declaraciones falsas de manera intencional sobre algún hecho relevante.	• Carta del solicitante que respalde el hecho calificador. • Una carta de la aseguradora anterior que sirva de prueba de la pérdida de la cobertura.
	I. Terminación de las contribuciones del empleador.	Un aviso del empleador sobre la terminación de sus contribuciones.
	J. Agotamiento de la continuidad de la cobertura COBRA.	Documentación de la COBRA que especifique el agotamiento de la cobertura.
	K. La persona calificada pierde la cobertura médicamente necesaria de Medi-Cal o Medicaid (sin incluir la terminación voluntaria de la cobertura anterior o la terminación a causa de falta de pago de la prima).	Documentación de Medi-Cal o Medicaid.
	L. La persona calificada pierde la cobertura para embarazo de Medi-Cal o Medicaid (sin incluir la terminación voluntaria de la cobertura anterior o la terminación a causa de falta de pago de la prima).	Documentación de Medi-Cal o Medicaid.
2)	A. La persona calificada adquiere un dependiente o se transforma en dependiente por motivo de matrimonio, relación de pareja doméstica, nacimiento, adopción, colocación en adopción o presunción de paternidad.	• Certificado de matrimonio. • Declaración de convivencia. • Certificado de pareja doméstica registrada. • Declaración jurada de la presunción de paternidad por un escribano público. • Certificado de nacimiento. • Registros de alta. • Documentación de la orden judicial para la adopción. • Sentencia de divorcio. • Acuerdo de separación legal. • Certificado de defunción.
	B. La persona inscrita pierde un dependiente o ya no es considerado dependiente por motivo de divorcio o separación legal, según lo define la ley estatal del Estado donde se asienta el divorcio o la separación legal; o en caso de fallecimiento de la persona inscrita o de su dependiente.	

(continúa)

Últimos 4 dígitos del n.º de Seguro Social o n.º de identificación tributaria del solicitante principal: __ __ __ __

Parte IV. Período de inscripción especial (continuación)

Hecho calificador		Ejemplos de documentación de California
3)	La inscripción o la no inscripción de la persona calificada o de su dependiente en un plan de salud es accidental, involuntaria o errónea y es producto de una equivocación, declaración falsa, mala conducta o inacción de un representante, un empleado, una entidad que no pertenece al mercado de seguros de salud encargada de asistir o llevar a cabo las inscripciones, o un agente del mercado de seguros de salud o del Departamento de Salud y Servicios Humanos, o de sus organismos, según lo evalúe y determine el mercado de seguros de salud.	• El frente y el dorso de la tarjeta de identificación de la aseguradora anterior. • Una carta del mercado de seguros de salud o del Departamento de Salud y Servicios Humanos que sirva de prueba del hecho calificador.
4)	El plan de salud en el que está inscrita la persona o su dependiente violó de manera sustancial una norma significativa del contrato.	Documento de resolución del mercado de seguros de salud o de otro plan.
5)	La persona inscrita o calificada, o su dependiente, obtiene acceso a un nuevo plan de salud como resultado de una mudanza permanente. Tenga en cuenta que una mudanza con el propósito de obtener atención médica (como mudarse a un hospital como paciente internado o a un centro médico similar para recibir tratamiento médico) no se considera "mudanza permanente" a los fines de este período de inscripción especial.	Una copia de los documentos de prueba admisible de residencia permanente: • Licencia de conducir o tarjeta de identificación vigente. • El formulario de registro del vehículo estatal válido y vigente a nombre del solicitante. • Prueba de la condición de empleado del solicitante. • Prueba de que el solicitante está registrado en una agencia de empleo pública o privada. • Prueba de que el solicitante inscribió a sus hijos en una escuela. • Prueba de que el solicitante recibe ayuda estatal. • Formulario de recibo de inscripción del elector, tarjeta de notificación al elector o un extracto de inscripción del elector. • Factura de servicios actual a nombre del solicitante. • Comprobante de pago actual de hipoteca o alquiler a nombre del solicitante. No son admisibles los recibos de alquileres proporcionados por un familiar. • Escritura de hipoteca donde figure la residencia principal. • Acuerdo de alquiler a nombre del solicitante. • Correo postal del Gobierno a nombre del solicitante (declaración de la Administración del Seguro Social, aviso del Departamento de Vehículos Motorizados, etc.). • Factura del teléfono celular. • Resumen de la tarjeta de crédito. • Estado de cuenta bancario o cheque pagado con el nombre en letra de imprenta y la dirección. • Carta de confirmación de cambio de dirección del Servicio Postal de los Estados Unidos. • Contrato de la compañía de mudanza o recibo que especifique la dirección. • Si vive en la casa de otra persona, como un familiar, amigo o compañero de piso, puede enviar una carta o declaración de dicha persona donde se indique que usted vive con él/ella y que no se encuentra de visita. Esta persona debe ofrecer prueba de su residencia mediante la presentación de uno de los documentos enumerados arriba. • Si no tiene un hogar o está en un hogar transitorio, puede presentar una carta o declaración de otro residente que esté en su misma condición, donde indique que sabe donde vive usted y que puede confirmar que usted vive en el área y que no se encuentra de visita. Esta persona debe ofrecer prueba de su residencia mediante la presentación de uno de los documentos enumerados arriba. • Una carta de un proveedor de servicios sociales local sin fines de lucro (excepto proveedores de atención de salud sin fines de lucro) o una entidad gubernamental (incluido un refugio) que puede confirmar que usted vive en el área y que no se encuentra de visita.

(continúa)

Últimos 4 dígitos del n.º de Seguro Social o n.º de identificación tributaria del solicitante principal: __ __ __ __

Parte IV. Período de inscripción especial (continuación)

Hecho calificador		Ejemplos de documentación de California
6)	La persona calificada debe obtener cobertura como dependiente de conformidad con una orden judicial federal o estatal válida.	Documentación del tribunal de justicia.
7)	La persona calificada fue liberada de la prisión.	Documentación de la libertad condicional o libertad bajo palabra donde se especifique la fecha del evento.
8)	La persona calificada recibía servicios de otro plan de beneficios de salud brindados por un proveedor contratado que ya no forma parte de la red del plan de salud para cualquiera de las siguientes afecciones: (a) una enfermedad grave (una afección médica con aparición repentina de síntomas debido a una enfermedad, lesión u otro problema médico que requiere atención médica inmediata y que tiene una duración limitada); (b) una enfermedad crónica grave (una afección médica debida a una enfermedad u otro problema o trastorno médico que es grave y que persiste sin cura absoluta o que empeora a través del tiempo, o que requiere tratamiento continuo para mantenerse en remisión o prevenir el deterioro); (c) una enfermedad terminal (una afección que no tiene cura o es irreversible con una alta probabilidad de causar la muerte en el plazo de un año o menos); (d) un embarazo; (e) atención del recién nacido entre el parto y los 36 meses de edad; o (f) una cirugía u otro procedimiento que el proveedor recomienda y documenta que se lleve a cabo dentro de los 180 días posteriores a la terminación del contrato o dentro de los 180 días a partir de la fecha de entrada en vigor de la cobertura de un afiliado recientemente inscrito, y ese proveedor ya no pertenece al plan de salud.	• Una carta del plan de salud que documenta la terminación de la participación del proveedor en la red. Y • Una carta del proveedor que documenta la afección de la persona inscrita.
9)	La persona calificada demuestra ante el mercado de seguros de salud que no se inscribió en un plan de beneficios de salud durante el período de inscripción precedente inmediato disponible para dicha persona porque esta estaba malinformada respecto de que tenía cobertura esencial mínima.	• Una carta del solicitante que respalde el hecho calificador. • Una copia de la carta de renovación del plan.
10)	La persona calificada es un miembro de las fuerzas de reserva de los Estados Unidos, un militar que regresa del servicio activo o un miembro de la Guardia Nacional de California que regresa del servicio activo conforme al título 32 del Código de los Estados Unidos.	Documentación de la baja del servicio activo.
11)	Elegibilidad reciente o no elegibilidad para pagos anticipados del crédito fiscal para primas o un cambio en la elegibilidad para la reducción de costos compartidos.	Documentación del crédito fiscal anticipado para primas que muestra la asistencia para el pago de primas para la cual es elegible.
12)	La persona inscrita o calificada es víctima de abuso doméstico o abandono conyugal (lo que incluye a una víctima dependiente o soltera dentro de la familia), está inscrita en la cobertura esencial mínima y solicita inscribirse en una cobertura diferente de la del abusador o causante del abandono; o es un dependiente de una víctima de abuso doméstico o abandono conyugal y figura en la misma solicitud que la víctima.	Una declaración por escrito firmada bajo pena de perjurio que indique su nombre y los nombres de las víctimas de abuso doméstico que están inscritos en la cobertura.
13)	La persona o el dependiente solicita cobertura a través de Covered California durante el período de inscripción abierta anual o debido a un hecho calificador; Covered California determina que es potencialmente elegible para Medi-Cal y se establece que no es elegible para Medi-Cal ya sea después de que termina la inscripción abierta o luego de 60 días de ocurrido el hecho calificador; o solicita cobertura de Medi-Cal durante el período de inscripción abierta anual y se determina que no es elegible después de que termina la inscripción abierta.	Carta de denegación de elegibilidad de Covered California o de Medi-Cal.
14)	La persona calificada demuestra de manera adecuada a Covered California que un error significativo relacionado con los beneficios del plan, el área de servicio o la prima afectó su decisión de comprar la cobertura a través de Covered California.	Una declaración por escrito firmada bajo pena de perjurio que indique su nombre, el nombre del plan de salud, el error ocurrido y la fecha en que este ocurrió.

(continúa)

Últimos 4 dígitos del n.º de Seguro Social o n.º de identificación tributaria del solicitante principal: __ __ __ __

Parte IV. Período de inscripción especial (continuación)

	Hecho calificador	Ejemplos de documentación de California
15)	La persona inscrita o calificada, o su dependiente, adquiere elegibilidad reciente para comprar un plan de salud individual a través de un acuerdo de reembolso de salud de cobertura individual (por sus siglas en inglés, ICHRA) o un acuerdo de reembolso de salud de un pequeño empleador calificado (por sus siglas en inglés, QSEHRA).	Una carta del solicitante que certifique que se le ofreció el ICHRA o el QSEHRA, y que incluya la fecha de inicio del ICHRA o QSEHRA.
16)	La persona estaba inscrita en la continuidad de la cobertura COBRA por la cual el empleador pagaba la totalidad o una parte de las primas, o por la cual una entidad del Gobierno otorgaba subsidios, y el empleador dejó de contribuir por completo a la continuidad de la cobertura COBRA o los subsidios del Gobierno se interrumpieron.	Una carta del solicitante que certifique el hecho calificador.

Parte V. Requisito de prueba de residencia permanente

Health Net requiere que, como solicitante, usted sea residente permanente de California en la actualidad y que pague su prima inicial antes de considerar su solicitud de inscripción.

Luego de la revisión de su solicitud, Health Net se reserva el derecho a solicitar información adicional para determinar la residencia del solicitante.

Tenga en cuenta que residencia permanente no incluye su mudanza a un centro médico para recibir tratamiento médico o su visita a un área de servicio con el fin de obtener atención médica.

Los documentos de prueba admisibles incluyen los siguientes:

- Licencia de conducir o tarjeta de identificación de California vigente.
- El formulario de registro del vehículo de California válido y vigente a nombre del solicitante.
- Prueba de la condición de empleado del solicitante en California.
- Prueba de que el solicitante está registrado en una agencia de empleo pública o privada de California.
- Prueba de que el solicitante inscribió a sus hijos en una escuela de California.
- Prueba de que el solicitante recibe ayuda estatal en California.
- Formulario de recibo de inscripción del elector, tarjeta de notificación al elector o un extracto de inscripción del elector.
- Factura de servicios actual de California a nombre del solicitante.
- Comprobante de pago actual de hipoteca o alquiler de California a nombre del solicitante. No son admisibles los recibos de alquileres proporcionados por un familiar.
- Escritura de hipoteca donde figure la residencia principal.
- Acuerdo de alquiler a nombre del solicitante.
- Correo postal del Gobierno a nombre del solicitante (declaración de la Administración del Seguro Social, aviso del Departamento de Vehículos Motorizados, etc.).
- Factura del teléfono celular.
- Resumen de la tarjeta de crédito.
- Estado de cuenta bancario o cheque pagado con el nombre en letra de imprenta y la dirección.
- Carta de confirmación de cambio de dirección del Servicio Postal de los Estados Unidos.
- Contrato de la compañía de mudanza o recibo que especifique la dirección.
- Si vive en la casa de otra persona, como un familiar, amigo o compañero de piso, puede enviar una carta o declaración de dicha persona donde se indique que usted vive con él/ella y que no se encuentra de visita. Esta persona debe ofrecer prueba de su residencia mediante la presentación de uno de los documentos enumerados arriba.
- Si no tiene un hogar o está en un hogar transitorio, puede presentar una carta o declaración de otro residente que esté en su misma condición, donde indique que sabe donde vive usted y que puede confirmar que usted vive en el área y que no se encuentra de visita. Esta persona debe ofrecer prueba de su residencia mediante la presentación de uno de los documentos enumerados arriba.
- Una carta de un proveedor de servicios sociales local sin fines de lucro (excepto proveedores de atención de salud sin fines de lucro) o una entidad gubernamental (incluido un refugio) que puede confirmar que usted vive en el área y que no se encuentra de visita.

Si se solicita una póliza para solo un hijo, se requiere que el padre, madre o tutor legal presente prueba de la residencia de donde vive el niño.

Últimos 4 dígitos del n.º de Seguro Social o n.º de identificación tributaria del solicitante principal: __ __ __ __

Parte VI. Excepción de la inscripción estándar para planes individuales y familiares: Declaración de responsabilidad relacionada con la asistencia de idiomas

Instrucciones para la parte VI: Se debe usar el siguiente procedimiento cuando el solicitante no puede completar la solicitud porque no sabe leer, escribir o hablar en el idioma de la solicitud. Health Net requiere que, si necesita ayuda para completar esta solicitud, utilice los servicios de un intérprete calificado. Health Net le brindará un intérprete calificado si usted lo solicita sin ningún costo. Comuníquese con Health Net al 877-609-8711 si quiere información sobre los servicios de un intérprete calificado y cómo obtenerlos. Cuando corresponda, este formulario debe presentarse junto con la solicitud de inscripción en el plan individual y familiar.

Intérprete calificado de Health Net: Complete la sección siguiente si recibe asistencia de un intérprete calificado de Health Net.

Yo, _____, recibí asistencia de un intérprete calificado autorizado por Health Net para completar esta solicitud por estos motivos:

☐ No sé leer en el idioma en que está escrita esta solicitud. ☐ No sé hablar en el idioma en que está escrita esta solicitud.

☐ No sé escribir en el idioma en que está escrita esta solicitud. ☐ Otro (explique): _____

Un intérprete calificado me asistió para completar: ☐ Toda la solicitud.

☐ Otro (explique): _____

Un intérprete calificado me leyó esta solicitud en este idioma: _____

Firmas y fecha (completar con tinta)	
Firma del solicitante:	Fecha de hoy: / /
Fecha de interpretación de la solicitud: / /	Hora de interpretación de la solicitud:
Número del intérprete calificado: ( )	

Otro intérprete calificado no brindado por Health Net: Complete la sección siguiente si recibe asistencia de un intérprete calificado distinto del que le brinda Health Net.

Si recibe asistencia de un intérprete calificado distinto del que le brinda Health Net, el intérprete debe completar la siguiente sección:

Yo, _____, entiendo que un intérprete calificado debe (a) poseer un vocabulario equivalente al de un hablante nativo que ha recibido educación avanzada (equivalente a la de un instituto superior o universidad) en otro idioma; (b) ser capaz de demostrar sensibilidad cultural en su comunicación, teniendo en cuenta que cada idioma incluye una amplia gama de variación; (c) poseer las habilidades idiomáticas de un hablante nativo (estas habilidades se desarrollan al crecer o desenvolverse en una comunidad determinada); y (d) poseer las habilidades de lectura y escritura correspondientes en el otro idioma (estas habilidades se demostrarían en entornos de educación avanzada en el idioma nativo).

Como intérprete calificado, he leído y completado esta solicitud para el solicitante mencionado arriba por estos motivos:

☐ El solicitante no sabe leer en el idioma en que está escrita esta solicitud.

☐ El solicitante no sabe hablar en el idioma en que está escrita esta solicitud.

☐ El solicitante no sabe escribir en el idioma en que está escrita esta solicitud. ☐ Otro (explique): _____

Bajo pena de perjurio, declaro que le he leído al solicitante:

☐ Toda la solicitud. ☐ Otro (explique): _____

Le leí al solicitante esta solicitud en el siguiente idioma: _____

Proporcione la siguiente información relacionada con el intérprete calificado que asistió al solicitante y que no es un intérprete calificado de Health Net:

Apellido:	Nombre:
Dirección del intérprete calificado:	

Ciudad:	Estado:	Código postal:	Teléfono: ( )
Firma del intérprete calificado:		Fecha: / /	

Últimos 4 dígitos del n.º de Seguro Social o n.º de identificación tributaria del solicitante principal: __ __ __ __

Parte VII. Información del representante o agente de seguro del solicitante

El nombre y la dirección completos del representante o agente de seguro son necesarios para poder enviarle correspondencia.

Número de identificación del representante o agente de Health Net o Número Nacional de Productor

Nombre (en letra de imprenta):	N.º de teléfono: ( )
Dirección:	
Dirección de correo electrónico:	
Firma/número del representante o agente de seguro del solicitante (obligatorio):	**Fecha de la firma (obligatorio):** / /

Certificación del representante o agente de seguro

Yo, _____ (nombre del representante o agente de seguro),

(NOTA: Debe seleccionar la casilla correcta. Solo puede seleccionar una casilla).

(____) no asistí al/a los solicitante(s) de ninguna forma para completar o presentar esta solicitud. Toda la información fue completada por el/los solicitante(s) sin asistencia ni consejo de ningún tipo de mi parte. Entiendo que si cualquier parte de mi declaración es falsa estaré sujeto a sanciones civiles, que pueden incluir, entre otras, una multa de hasta $20,000.

O

(____) asistí al/a los solicitante(s) para presentar esta solicitud. Le notifiqué al/a los solicitante(s) que debe(n) responder todas las preguntas de forma completa y fehaciente, y que no se debe ocultar ninguna información requerida en la solicitud. Le(s) expliqué que ocultar información podría resultar en la rescisión o cancelación de la cobertura en el futuro. El/Los solicitante(s) indicó/indicaron que entendió/entendieron estas indicaciones y advertencias. A mi leal saber y entender, la información que figura en la solicitud es completa y exacta. Entiendo que si cualquier parte de mi declaración es falsa estaré sujeto a sanciones civiles, que pueden incluir, entre otras, una multa de hasta $20,000.

Responda todas las preguntas de la 1 a la 3.

1. **¿Quién llenó y completó el formulario de solicitud? (escriba el nombre completo en letra de imprenta)**

_____

2. ¿Estuvo usted presente en el momento en que el/los solicitante(s) firmó/firmaron la solicitud? ☐ Sí ☐ No

3. ¿Revisó la solicitud después de que el/los solicitante(s) la firmara(n)? ☐ Sí ☐ No

Últimos 4 dígitos del n.º de Seguro Social o n.º de identificación tributaria del solicitante principal: __ __ __ __

Parte VIII. Condiciones de inscripción

CONDICIONES GENERALES: Health Net se reserva el derecho a rechazar cualquier solicitud de inscripción si el solicitante no es elegible para la cobertura debido a que no cumple con las condiciones de elegibilidad. No se brinda cobertura a menos que el Departamento de Afiliación de Health Net acepte esta solicitud y se envíe un *Aviso de Aceptación* al solicitante, incluso si usted pagó la prima del primer mes. Ningún otro departamento, funcionario, agente o empleado de Health Net está autorizado a otorgar la inscripción. El representante o el agente de seguro del solicitante no puede otorgar la aprobación, cambiar los términos ni anular los requisitos de esta solicitud. Esta solicitud será parte del contrato del plan.

CUÁNDO PUEDE HEALTH NET RESCINDIR UN CONTRATO DEL PLAN

Dentro de los primeros 24 meses de cobertura, Health Net puede rescindir un contrato del plan debido a cualquier acción o práctica que constituya un fraude, o porque se realizaron declaraciones falsas de manera intencional sobre algún hecho relevante en la información que usted presentó por escrito, o que alguien presentó en su nombre, en su solicitud de inscripción o junto con esta.

Un hecho relevante es información que, de haber sido conocida por Health Net, hubiera causado la denegación de la cobertura por parte de Health Net.

Si se rescinde el contrato del plan, Health Net no será responsable de brindarle cobertura conforme al contrato del plan.

Al firmar esta solicitud, usted declara que todas las respuestas son verdaderas, completas y exactas, y que la solicitud será parte del contrato del plan entre Health Net y usted. Al firmar esta solicitud, además acepta cumplir con los términos del contrato del plan.

Si después de la inscripción Health Net investiga la información que aparece en la solicitud, Health Net deberá notificarlo sobre dicha investigación y sobre su naturaleza, y ofrecerle la oportunidad de responder.

Si Health Net decide rescindir la cobertura, primero se enviará la decisión a un auditor independiente contratado por Health Net para que la revise.

Si se rescinde el contrato del plan, Health Net le enviará un aviso por escrito 30 días antes de la fecha de entrada en vigor de la rescisión que:

1. explicará el motivo de la decisión;
2. indicará la fecha de entrada en vigor de la rescisión;
3. aclarará que todas las demás personas incluidas en la cobertura, excepto la persona cuya cobertura se rescinde, pueden conservar la cobertura;
4. explicará que la prima mensual se modificará para reflejar la cantidad de afiliados que permanecen en el contrato del plan;
5. explicará su derecho y las opciones que tiene de acudir a Health Net o al Departamento de Atención Médica Administrada si no está de acuerdo con la decisión de Health Net;
6. incluirá el formulario de derecho a solicitar la revisión. Tiene 180 días a partir de la fecha del *Aviso de Cancelación, Rescisión o No Renovación* para presentar el formulario de derecho a solicitar la revisión a Health Net o al Departamento de Atención Médica Administrada.

Si se rescinde el contrato del plan:

1. Health Net puede revocar su cobertura como si nunca hubiera existido, y usted perderá los beneficios de salud, incluida la cobertura de tratamientos que ya haya recibido;
2. Health Net le reembolsará los montos de las primas que usted haya pagado, menos cualquier gasto médico que Health Net haya pagado por usted, y puede exigirle la devolución de cualquier monto que se haya pagado conforme al contrato del plan desde la fecha original de cobertura;
3. Health Net se reserva el derecho a aplicar cualquier otro recurso legal que surja de la rescisión de conformidad con las leyes de California.

Si Health Net rechaza su apelación, tiene derecho a solicitar asistencia del Departamento de Atención Médica Administrada de California.

USO Y DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN MÉDICA PROTEGIDA: Reconozco y entiendo que los proveedores de atención de salud pueden divulgar información médica acerca de mí y mis dependientes a Health Net. Health Net usa y puede divulgar esta información por motivos relacionados con tratamientos, pagos u operaciones del plan de salud, que incluyen, entre otras, administración de la utilización, mejora de la calidad y programas de administración de casos o para el control de enfermedades. El *Aviso de Prácticas de Privacidad* de Health Net está incluido en el contrato del plan, y también puedo obtener una copia de este aviso en el sitio web, www.myhealthnetca.com, o a través del Centro de Comunicación con el Cliente de Health Net. La autorización para el uso y la divulgación de mi información médica protegida tendrá validez por un período de 24 meses a partir de la fecha de mi firma en la página siguiente.

SI EL SOLICITANTE ÚNICO ES MENOR DE EDAD: Si el solicitante único en esta solicitud es menor de 18 años de edad, la madre, el padre o el tutor legal debe firmar como tal. Al firmar, el solicitante por el presente acepta asumir la responsabilidad legal por la exactitud de la información que figura en esta solicitud y el pago de las primas. Si la persona responsable no es el padre o la madre natural del solicitante, junto con esta solicitud, se deben presentar copias de la documentación del tribunal que autoriza la tutela legal.

SI EL SOLICITANTE NO SABE LEER EN EL IDIOMA DE LA SOLICITUD: Si el solicitante no sabe leer en el idioma de la solicitud y un intérprete asistió para completarla, el solicitante debe firmar y presentar la Declaración de Responsabilidad (consulte la Parte VI de la solicitud, "Excepción de la inscripción estándar para planes individuales y familiares: Declaración de responsabilidad relacionada con la asistencia de idiomas").

Últimos 4 dígitos del n.º de Seguro Social o n.º de identificación tributaria del solicitante principal: __ __ __ __

Parte IX. Disposiciones importantes

AVISO: Para su protección, las leyes de California exigen que el siguiente enunciado conste en este formulario. Toda persona que, a sabiendas, presente un reclamo falso o fraudulento para recibir el pago de una pérdida es culpable de un delito y puede estar sujeta a multas y reclusión en una prisión del estado.

PROHIBICIÓN DE REALIZAR PRUEBAS DE VIH: La ley de California prohíbe que los proveedores de servicios de atención de salud, los planes y las compañías de seguros de salud requieran una prueba de detección de VIH o la usen como condición para obtener la cobertura de seguro de salud.

RECONOCIMIENTO Y ACUERDO: Yo, el solicitante, entiendo y estoy de acuerdo en que al inscribirme en Health Net o al aceptar sus servicios, tanto yo como mis dependientes inscritos debemos cumplir con los términos, las condiciones y las disposiciones del contrato del plan. Para obtener una copia del contrato del plan, llame a Health Net al 877-609-8711. **Yo, el solicitante, he leído y entiendo los términos de esta solicitud. Mi firma a continuación indica que la información suministrada en esta solicitud es verdadera y correcta, y está completa, y que yo acepto dichos términos.**

ACUERDO DE ARBITRAJE VINCULANTE: Yo, el solicitante, entiendo y estoy de acuerdo en que todas y cada una de las disputas entre mi persona (incluido cualquier miembro de mi familia inscrito, heredero o representante personal) y Health Net deben ser sometidas a arbitraje vinculante y definitivo, en lugar de a juicio por un tribunal o un jurado. Este acuerdo de arbitraje incluye cualquier disputa que surja o se relacione con el contrato del plan o con mi cobertura de Health Net, según lo establecido bajo cualquier teoría legal. Este acuerdo para arbitrar cualquier disputa se aplica incluso si otras partes, como proveedores de atención de salud o sus agentes o empleados, están involucradas en ella. Comprendo que, al aceptar someter todas las disputas a arbitraje vinculante y definitivo, todas las partes, incluida Health Net, están renunciando a su derecho constitucional de que un jurado resuelva la disputa en un tribunal. Por el presente, también renuncio a todo derecho a participar en cualquier medida o arbitraje de clase. Asimismo entiendo que las disputas que pueda tener con Health Net relacionadas con reclamos por mala praxis médica (es decir, determinar si algunos de los servicios médicos prestados eran innecesarios, no estaban autorizados o se prestaron de manera incorrecta, negligente o incompetente) también están sujetas a un arbitraje vinculante y definitivo. Sé que el contrato del plan incluye una disposición de arbitraje más detallada. Es posible que el arbitraje obligatorio no se aplique a determinadas disputas si el contrato del plan está sujeto a la ERISA, secciones 1001-1461 del título 29 del Código de los EE. UU. Mi firma a continuación indica que entiendo y acepto los términos de este acuerdo de arbitraje vinculante. Asimismo acepto someter cualquier disputa a arbitraje vinculante en lugar de a un tribunal.

Solicitante o padre, madre o tutor legal si el solicitante es menor de 18 años: Nombre en letra de imprenta: _____ Firma:_____	Fecha de la firma:
Firma del cónyuge o la pareja doméstica (de 18 años o más):	Fecha de la firma:
Firma del padre o la madre/padre o madre adoptivos:	Fecha de la firma:
Firma del padre o la madre/padre o madre adoptivos:	Fecha de la firma:

Firma del dependiente del solicitante (de 18 años o más):	Fecha de la firma:
Firma del dependiente del solicitante (de 18 años o más):	Fecha de la firma:
Firma del dependiente del solicitante (de 18 años o más):	Fecha de la firma:

Últimos 4 dígitos del n.º de Seguro Social o n.º de identificación tributaria del solicitante principal: __ __ __ __

El/Los solicitante(s) debe(n) firmar la solicitud y esta Cláusula de Arbitraje. El/Los solicitante(s) debe(n) firmar personalmente con su nombre en tinta y aceptar cumplir la Cláusula de Arbitraje y los términos, las condiciones y las disposiciones de la solicitud y del contrato del plan para que esta solicitud pueda ser procesada. Para que esta solicitud se tenga en cuenta, ni el representante, ni el agente de seguro, ni ninguna otra persona puede firmar la solicitud y la Cláusula de Arbitraje.

Puede presentar una fotocopia o un fax de la solicitud y las autorizaciones. Health Net le recomienda que conserve una copia de la solicitud y las autorizaciones a modo de registro.

Todas las referencias a "Health Net" en este documento incluyen a las filiales y subsidiarias de Health Net que aseguran o administran la cobertura a la que corresponde esta solicitud de inscripción. El "contrato del plan" hace referencia al *Contrato del Plan* y a la *Evidencia de Cobertura* de Health Net of California, Inc.

Beneficios dentales y de la vista proporcionados por Health Net of California, Inc. ("Health Net"). Beneficios dentales administrados por Dental Benefit Providers of California, Inc. (DBP). DBP es un plan especializado de servicios de atención de salud, con licencia, de California y no está afiliada a Health Net. Health Net tiene contrato con EyeMed Vision Care, LLC para administrar beneficios de la vista.

Los planes Ambetter HMO son ofrecidos por Health Net of California, Inc. (Health Net). Health Net of California, Inc. es una subsidiaria de Health Net, LLC. y Centene Corporation. Health Net es una marca de servicio registrada de Health Net, LLC. Todas las demás marcas comerciales/marcas de servicio identificadas continúan siendo propiedad de sus respectivas compañías. Todos los derechos reservados.

Últimos 4 dígitos del n.º de Seguro Social o n.º de identificación tributaria del solicitante principal: __ __ __ __

Parte X. Instrucciones para presentar la solicitud de inscripción y cheques, cheques de caja o giros postales a Health Net.

- **Envíe por correo la solicitud completa a la siguiente dirección:**
  Health Net Individual and Family Enrollment
  P.O. Box 989731
  West Sacramento, CA 95798-9731
- **O envíe por fax la solicitud completa al 800-977-4161.**
- **Y envíe el cheque, cheque de caja o giro postal y el siguiente formulario completo a esta dirección:**
  Health Net CA Individual
  P.O. BOX 748705
  Los Angeles, CA 90074-8705

✂ *Cortar aquí*

Para garantizar que el pago se aplique a su solicitud, envíe por correo el cheque, cheque de caja o giro postal junto con este formulario completo a esta dirección:

Health Net CA Individual
P.O. BOX 748705
Los Angeles, CA 90074-8705

Información del solicitante

Nombre del solicitante:	
Dirección del solicitante:	
Fecha de nacimiento del solicitante (dd/mm/aa): / /	Número de Seguro Social del solicitante: – –

Se requiere la prima del primer mes para procesar la solicitud y para que comience la cobertura. Si no efectúa el pago, la inscripción será demorada.

✂ *Cortar aquí*

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, if you have an ID card, please call the Customer Contact Center number. Employer group applicants please call Health Net's Commercial Contact Center at 1-800-522-0088 (TTY: 711). Individual & Family Plan (IFP) applicants please call 1-877-609-8711 (TTY: 711).

Arabic
خدمات لغوية مجانية. يمكننا أن نوفر لك مترجم فوري. ويمكننا أن نقرأ لك الوثائق بلغتك. للحصول على المساعدة، يرجى الاتصال برقم مركز خدمة العملاء المبين على بطاقتك. فيما يتعلق بمقدمي طلبات مجموعة صاحب العمل، يرجى التواصل مع مركز الاتصال التجاري في Health Net عبر الرقم: 1-800-522-0088 (TTY: 711). فيما يتعلق بمقدمي طلبات خطة الأفراد والعائلة، يرجى الاتصال بالرقم 1-877-609-8711 (TTY: 711).

Armenian
Անվճար լեզվական ծառայություններ: Դուք կարող եք բանավոր թարգմանիչ ստանալ: Փաստաթղթերը կարող են կարդալ ձեր լեզվով: Եթե ID քարտ ունեք, օգնության համար խնդրում ենք զանգահարել Հաճախորդների սպասարկման կենտրոնի հեռախոսահամարով: Գործատուի խմբի դիմորդներին խնդրում ենք զանգահարել Health Net-ի Կոմերցիոն սպասարկման կենտրոն՝ 1-800-522-0088 հեռախոսահամարով (TTY՝ 711): Individual & Family Plan (IFP) դիմորդներին խնդրում ենք զանգահարել 1-877-609-8711 հեռախոսահամարով (TTY՝ 711):

Chinese
免費語言服務。您可使用口譯員服務。您可請人將文件唸給您聽並請我們將某些文件翻譯成您的語言寄給您。如需協助且如果您有會員卡，請撥打客戶聯絡中心電話號碼。雇主團保計畫的申請人請撥打 1-800-522-0088（聽障專線：711）與 Health Net 私人保險聯絡中心聯絡。Individual & Family Plan (IFP) 的申請人請撥打 1-877-609-8711（聽障專線：711）。

Hindi
बिना शुल्क भाषा सेवाएं। आप एक दुभाषिया प्राप्त कर सकते हैं। आप दस्तावेजों को अपनी भाषा में पढ़वा सकते हैं। मदद के लिए, यदि आपके पास आईडी कार्ड है तो कृपया ग्राहक संपर्क केंद्र के नंबर पर कॉल करें। नियोक्ता सामूहिक आवेदक कृपया हेल्थ नेट के कमर्शियल संपर्क केंद्र को 1-800-522-0088 (TTY: 711) पर कॉल करें। व्यक्तिगत और फैमिली प्लान (आईएफपी) आवेदक कृपया 1-877-609-8711 (TTY: 711) पर कॉल करें।

Hmong
Tsis Muaj Tus Nqi Pab Txhais Lus. Koj tuaj yeem tau txais ib tus kws pab txhais lus. Koj tuaj yeem muaj ib tus neeg nyeem cov ntaub ntawv rau koj ua koj hom lus hais. Txhawm rau pab cuam, yog tias koj muaj daim npav ID, thov hu rau Neeg Qhua Lub Chaw Tiv Toj tus npawb. Tus tswv ntiav neeg ua haujlwm pab pawg sau ntawv thov ua haujlwm thov hu rau Health Net Qhov Chaw Tiv Toj Kev Lag Luam ntawm 1-800-522-0088 (TTY: 711). Tus Neeg thiab Tsev Neeg Qhov Kev Npaj (IFP) cov neeg thov ua haujlwm thov hu rau 1-877-609-8711 (TTY: 711).

Japanese
無料の言語サービスを提供しております。通訳者もご利用いただけます。日本語で文書をお読みすることも可能です。ヘルプについては、IDカードをお持ちの場合は顧客連絡センターまでお電話ください。雇用主を通じた団体保険の申込者の方は、Health Netの顧客連絡センター（1-800-522-0088、TTY: 711）までお電話ください。個人・家族向けプラン（IFP）の申込者の方は、1-877-609-8711（TTY: 711）までお電話ください。

Khmer
សេវាភាសាដោយឥតគិតថ្លៃ។ លោកអ្នកអាចទទួលបានអ្នកបកប្រែផ្ទាល់មាត់។ លោកអ្នកអាចស្តាប់គេអានឯកសារឱ្យ
លោកអ្នកជាភាសារបស់លោកអ្នក។ សម្រាប់ជំនួយ ប្រសិនបើលោកអ្នកមានប័ណ្ណសម្គាល់ខ្លួន សូមហៅទូរស័ព្ទទៅកាន់
លេខរបស់មជ្ឈមណ្ឌលទំនាក់ទំនងអតិថិជន។ អ្នកដាក់ពាក្យសុំគម្រោងជាក្រុមដែលជាបុគ្គលិក សូមហៅទូរស័ព្ទទៅ
កាន់មជ្ឈមណ្ឌលទំនាក់ទំនងរបស់ Health Net តាមរយៈលេខ 1-800-522-0088 (TTY: 711)។ អ្នកដាក់ពាក្យសុំ
គម្រោងជាលក្ខណៈបុគ្គល និងក្រុមគ្រួសារ (IFP) សូមហៅទូរស័ព្ទទៅកាន់លេខ 1-877-609-8711 (TTY: 711)។

Korean
무료 언어 서비스입니다. 통역 서비스를 받으실 수 있습니다. 문서 낭독 서비스를 받으실 수 있으며 일부 서비스는 귀하가 구사하는 언어로 제공됩니다. 도움이 필요하시면 ID 카드에 수록된 번호로 고객서비스 센터에 연락하십시오. 고용주 그룹 신청인의 경우 Health Net의 상업 고객서비스 센터에 1-800-522-0088(TTY: 711)번으로 전화해 주십시오. 개인 및 가족 플랜(IFP) 신청인의 경우 1-877-609-8711(TTY: 711)번으로 전화해 주십시오.

Navajo
Doo bą́ą́h ílínígóó saad bee háká ada’iiyeed. Ata’ halne’ígíí da ła’ ná hádídóot’įįł. Naaltsoos da t’áá shí shizaad k’ehjí shichį́’ yídooltah nínízingo t’áá ná ákódoolnííł. Ákót’éego shíká a’doowoł nínízingo Customer Contact Center hoolyéhíjį’ hodíílnih ninaaltsoos nanitingo bee néého’dolzinígíí hodoonihjį’ bikáá’. Naaltsoos nehiltsóosgo naanish bá dahikahígíí éí kojį’ hodíílnih Health Net’s Commercial Contact Center 1-800-522-0088 (TTY: 711). T’áá hó dóó ha’áłchíní (IFP) báhígíí éí kojį’ hojilnih 1-877-609-8711 (TTY: 711).

Persian (Farsi)
خدمات زبان بدون هزینه. می توانید یک مترجم شفاهی بگیرید. می توانید درخواست کنید اسناد به زبان شما برایتان خوانده شوند. برای دریافت کمک، اگر کارت شناسایی دارید، لطفاً با شماره مرکز تماس مشتریان تماس بگیرید. متقاضیان گروه کارفرما لطفاً با مرکز تماس تجاری Health Net به شماره 1-800-522-0088 (TTY:711) تماس بگیرند. متقاضیان طرح فردی و خانوادگی (IFP)* لطفاً با شماره 1-877-609-8711 (TTY:711) تماس بگیرید.

Panjabi (Punjabi)
ਬਿਨਾਂ ਕਿਸੇ ਲਾਗਤ ਵਾਲੀਆਂ ਭਾਸ਼ਾ ਸੇਵਾਵਾਂ। ਤੁਸੀਂ ਇੱਕ ਦੁਭਾਸ਼ੀਏ ਦੀ ਸੇਵਾ ਹਾਸਲ ਕਰ ਸਕਦੇ ਹੋ। ਤੁਹਾਨੂੰ ਦਸਤਾਵੇਜ਼ ਤੁਹਾਡੀ ਭਾਸ਼ਾ ਵਿੱਚ ਪੜ੍ਹ ਕੇ ਸੁਣਾਏ ਜਾ ਸਕਦੇ ਹਨ। ਮਦਦ ਲਈ, ਜੇ ਤੁਹਾਡੇ ਕੋਲ ਇੱਕ ਆਈਡੀ ਕਾਰਡ ਹੈ, ਤਾਂ ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ ਗਾਹਕ ਸੰਪਰਕ ਕੇਂਦਰ ਨੰਬਰ ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ। ਮਾਲਕ ਦਾ ਗਰੁੱਪ ਬਿਨੈਕਾਰ, ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ ਹੈਲਥ ਨੈੱਟ ਦੇ ਵਪਾਰਕ ਸੰਪਰਕ ਕੇਂਦਰ ਨੂੰ 1-800-522-0088 (TTY: 711) ‘ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ। ਵਿਅਕਤੀਗਤ ਅਤੇ ਪਰਿਵਾਰਕ ਯੋਜਨਾ (IFP) ਬਿਨੈਕਾਰਾਂ ਨੂੰ ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ 1-877-609-8711 (TTY: 711) ‘ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ।

Russian
Бесплатная помощь переводчиков. Вы можете получить помощь переводчика. Вам могут прочитать документы на Вашем родном языке. Если Вам нужна помощь и у Вас при себе есть карточка участника плана, звоните по телефону Центра помощи клиентам. Участники коллективных планов, предоставляемых работодателем: звоните в коммерческий центр помощи Health Net по телефону 1-800-522-0088 (TTY: 711). Участники планов для частных лиц и семей (IFP): звоните по телефону 1-877-609-8711 (TTY: 711).

Spanish
Servicios de idiomas sin costo. Puede solicitar un intérprete, obtener el servicio de lectura de documentos y recibir algunos en su idioma. Para obtener ayuda, si tiene una tarjeta de identificación, llame al número del Centro de Comunicación con el Cliente. Los solicitantes del grupo del empleador deben llamar al Centro de Comunicación Comercial de Health Net, al 1-800-522-0088 (TTY: 711). Los solicitantes de planes individuales y familiares deben llamar al 1-877-609-8711 (TTY: 711).

Tagalog
Walang Bayad na Mga Serbisyo sa Wika. Makakakuha kayo ng interpreter. Makakakuha kayo ng mga dokumento na babasahin sa inyo sa inyong wika. Para sa tulong, kung mayroon kayong ID card, mangyaring tumawag sa numero ng Customer Contact Center. Para sa mga grupo ng mga aplikante ng tagapag-empleyo, mangyaring tumawag sa Commercial Contact Center ng Health Net sa 1-800-522-0088 (TTY: 711). Para sa mga aplikante ng Planong Pang-indibiduwal at Pampamilya (Individual & Family Plan, IFP), mangyaring tumawag sa 1-877-609-8711 (TTY: 711).

Thai
ไม่มีค่าบริการด้านภาษา คุณสามารถใช้ล่ามได้ คุณสามารถให้อ่านเอกสารให้ฟังเป็นภาษาของคุณได้ หากต้องการความช่วยเหลือ และคุณมีบัตรประจำตัว โปรดโทรหมายเลขศูนย์ลูกค้าสัมพันธ์ ผู้สมัครกลุ่มนายจ้าง โปรดโทรหาศูนย์ลูกค้าสัมพันธ์เชิงพาณิชย์ของ Health Net ที่หมายเลข 1-800-522-0088 (โหมด TTY: 711) ผู้สมัครแผนบุคคลและครอบครัว (Individual & Family Plan: IFP) โปรดโทร 1-877-609-8711 (โหมด TTY: 711)

Vietnamese
Các Dịch Vụ Ngôn Ngữ Miễn Phí. Quý vị có thể có một phiên dịch viên. Quý vị có thể yêu c`ầu được đọc cho nghe tài liệu bằng ngôn ngữ của quý vị. Để được giúp đỡ, nếu quý vị có thẻ ID, vui lòng gọi đến số điện thoại của Trung Tâm Liên Lạc Khách Hàng. Những người nộp đơn xin bảo hiểm nhóm qua hãng sở vui lòng gọi Trung Tâm Liên Lạc Thương Mại của Health Net theo số 1-800-522-0088 (TTY: 711). Người nộp đơn thuộc Chương Trình Cá Nhân & Gia Đình (IFP), vui lòng gọi số 1-877-609-8711 (TTY: 711).

CA Commercial On and Off-Exchange Member Notice of Language Assistance

FLY017550EH00 (12/17)