

# Formulario de inscripción y cambio para Grupo de pequeñas empresas

Los planes médicos y de vida / AD&D son brindados por Health Net of California, Inc. y / o Health Net Life Insurance Company (juntas son las “Entidades de Health Net”). Los planes dentales son provistos por SafeGuard Health Plans, Inc. y / o su afiliada, SafeHealth Life Insurance Company, (juntas son las “Entidades de SafeGuard”). Los planes de visión (oftalmológicos) son provistos por Fidelity Security Life Insurance Company y atendidos por Eyemed Vision Care LLC (juntas son las “Entidades de Fidelity”).

Ni las entidades de SafeGuard ni las de The Fidelity están afiliadas a las entidades de Health Net. Las obligaciones de acuerdo con los planes dentales y de visión no son obligaciones de ni están garantizadas por las entidades de Health Net.

## ¡Bienvenido a Health Net!

### Pasos simples para completar el formulario:

- 1) Revise los materiales que se adjuntan con su paquete de afiliación. Asegúrese de entender las opciones de cobertura que se encuentran disponibles para usted, a través de su empleador.
- 2) Revise cuidadosamente y elija la opción o las opciones del plan que sean mejores para usted y los miembros de su familia cubiertos. (Nota: si su empleador le ofrece “Red Silver”, por favor, marque la casilla para el número de plan que ha elegido.)
- 3) Si elije afiliarse a HMO, Red Silver de HMO, HMO Salud con Health Net, HMO de co-pago variable, SELECT (POS), ELECT (POS), ELECT Open Access (EOA) o Dental HMO (DHMO), debe elegir a un proveedor dental, un grupo médico y un médico de atención primaria. Asegúrese de completar los nombres y números tal como aparecen en el Directorio de proveedores de HMO Health Net, o llame al Centro de atención al cliente, de 8:00 a.m. a 6:00 p.m., de lunes a viernes, para solicitar ayuda.

Small Business Group (inglés) 1-800-361-3366

Small Business Group (Spanish) 1-800-331-1777

Health Net Life 1-800-865-6288

Health Net Dental 1-800-880-8113

Health Net Vision 1-866-392-6058

- 4) Si decide elegir PPO o Flex Net, no es necesario que elija un médico de atención primaria o un grupo médico para afiliarse.

Post Office Box 9103  
Van Nuys, California 91409-9103  
[www.healthnet.com](http://www.healthnet.com)

# FORMULARIO DE AFILIACIÓN Y CAMBIO DE HEALTH NET PARA PEQUEÑAS EMPRESAS

NOMBRE DEL EMPLEADOR

FECHA DE ENTRADA EN VIGENCIA

NÚMERO DEL GRUPO

NÚMERO DE SEGURO SOCIAL

(LAS SECCIONES 1, 2, 3, 4 Y 8 SON OBLIGATORIAS.)

IMPORTANTE: POR FAVOR, COMPLETE TODAS LAS SECCIONES EN LETRA DE IMPRENTA Y CON TINTA NEGRA.

1) COBERTURA SELECCIONADA			
<b>MARQUE EL PLAN DESEADO, SEGÚN LO OFRECIDO POR SU EMPLEADOR:</b>			
<b>EOA</b> <input type="checkbox"/> EOA 10 <input type="checkbox"/> EOA 20 <input type="checkbox"/> EOA 25 <input type="checkbox"/> EOA 30 <b>HMO</b> <input type="checkbox"/> HMO 10 <input type="checkbox"/> HMO 15 <input type="checkbox"/> HMO 20 <input type="checkbox"/> HMO 30 <input type="checkbox"/> HMO 35 <input type="checkbox"/> HMO 40 <input type="checkbox"/> HMO VCP 25 (Sur de CA solamente) <input type="checkbox"/> HMO VCP 35 (Sur de CA solamente) <input type="checkbox"/> HMO Xtra Value 20 <input type="checkbox"/> HMO Xtra Value 40 <b>HMO SILVER NETWORK</b> <input type="checkbox"/> HMO 20 <input type="checkbox"/> HMO 40 <input type="checkbox"/> HMO Xtra Value 20 <input type="checkbox"/> HMO Xtra Value 40	<b>POS</b> <input type="checkbox"/> POS 10 <input type="checkbox"/> POS 20 <input type="checkbox"/> POS 30 <b>FLEX NET</b> (Sólo en el área fuera de servicio) <input type="checkbox"/> Indemnización <b>PPO</b> <input type="checkbox"/> PPO 10 <input type="checkbox"/> PPO 15 <input type="checkbox"/> PPO 20 <input type="checkbox"/> PPO 25 <input type="checkbox"/> PPO 30 <input type="checkbox"/> PPO 35 <input type="checkbox"/> PPO 40 <input type="checkbox"/> PPO Catastrophic Saver <input type="checkbox"/> PPO 2000 <input type="checkbox"/> PPO 3000	<b>SALUD CON HEALTH NET</b> <input type="checkbox"/> Salud HMO y más (Disponible en los condados de Los Angeles y Orange) <input type="checkbox"/> Salud PPO (Disponible en los condados de Los Angeles y Orange) <input type="checkbox"/> Salud Mexico (Disponible en los condados de San Diego e Imperial) <input type="checkbox"/> Salud EPO (Disponible en los condados de Los Angeles y Ventura)	<b>DENTAL</b> <b>DHMO</b> <input type="checkbox"/> Advantage 150 Plan _____ <input type="checkbox"/> Advantage 225 Plan _____ <b>DPPO</b> <input type="checkbox"/> HB Plan _____ <input type="checkbox"/> HC Plan _____ <input type="checkbox"/> HD Plan _____ <b>OFTALMOLÓGICO</b> <b>PPO</b> <input type="checkbox"/> 1025-2 Preferencial <input type="checkbox"/> 1025-3 Preferencial <input type="checkbox"/> Value-10-2
<b>MOTIVO DEL CAMBIO:</b> <input type="checkbox"/> Cambio de plan <input type="checkbox"/> Cambio de domicilio / nombre <input type="checkbox"/> Eliminar dependiente (detalle los nombres a continuación) <input type="checkbox"/> Otro _____ _____ _____ _____		<b>MOTIVO DE LA SOLICITUD:</b> <input type="checkbox"/> Nueva contratación <input type="checkbox"/> Inscripción abierta <input type="checkbox"/> Fecha de pérdida de cobertura anterior _____ <input type="checkbox"/> Fecha de entrada en vigencia de COBRA <sup>1</sup> _____ <input type="checkbox"/> Agregar dependiente Evento calificante _____ Fecha del evento calificante _____	
<sup>1</sup> LOS EMPLEADORES QUE NORMALMENTE EMPLEABAN A 20 O MÁS PERSONAS DURANTE EL AÑO CALENDARIO ANTERIOR, ESTÁN SUJETOS A COBRA FEDERAL. LOS EMPLEADORES QUE EMPLEABAN DE 2 A 19 PERSONAS DURANTE, POR LO MENOS, EL 50% DE LOS DÍAS HÁBILES DEL AÑO CALENDARIO ANTERIOR, ESTÁN SUJETOS A CAL-COBRA. SI NECESITA AYUDA PARA DETERMINAR CUÁL ES LA LEY QUE SE APLICA A SU CASO, POR FAVOR CONSULTE A SU ASESOR LEGAL.			

2) INFORMACION PERSONAL							
APELLIDO				PRIMER NOMBRE		INICIALES DEL 2º NOMBRE	
DIRECCIÓN				CIUDAD		ESTADO	
NÚMERO TELEFÓNICO		PUESTO		NÚMERO TELEFÓNICO DEL TRABAJO			
FECHA DE CONTRATACIÓN	CLASE	Nº DE DEPARTAMENTO	CORREO ELECTRÓNICO	ESTADO DEL EMPLEO	ESTADO CIVIL		
/ /				<input type="checkbox"/> ASALARIADO <input type="checkbox"/> POR HORA	<input type="checkbox"/> SOLTERO/A <input type="checkbox"/> CASADO/A <input type="checkbox"/> PAREJA DOMESTICA		
PARA LOS MIEMBROS DE SALUD CON HEALTH NET: SI ESTÁ DISPONIBLE, PREFERIRÍA RECIBIR COMUNICACIONES. <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO							

3) INFORMACION SOBRE EL EMPLEADO Y SU FAMILIA							
APELLIDO, PRIMER NOMBRE, INICIALES DEL 2º NOMBRE		DIRECCIÓN DE RESIDENCIA, CIUDAD, ESTADO, CÓDIGO POSTA			FECHA DE NACIMIENTO		Nº DE SEGURO SOCIAL / Nº DE ID. DE MATRÍCULA
<input type="checkbox"/> USTED					MES    DÍA    AÑO		
TIPO DE COBERTURA	MEDICARE	DEPENDIENTE MAYOR DE EDAD	NÚMERO DEL GRUPO MÉDICO PARTICIPANTE / PPG	NÚMERO DEL MÉDICO DE ATENCIÓN PRIMARIA / PCP	NOMBRE DEL MÉDICO (NOMBRE, APELLIDO)	¿ES ACTUALMENTE SU MÉDICO?	Nº DE ID DEL PROVEEDOR ODONTOLÓGICO DE HMO
<input type="checkbox"/> MÉDICO <input type="checkbox"/> DENTAL <input type="checkbox"/> OFTALMOLOGÍA	<input type="checkbox"/> PARTE A <input type="checkbox"/> PARTE B	NO CORRESPONDE				<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	
APELLIDO, PRIMER NOMBRE, INICIALES DEL 2º NOMBRE		DIRECCIÓN DE RESIDENCIA, CIUDAD, ESTADO, CÓDIGO POSTA			FECHA DE NACIMIENTO		Nº DE SEGURO SOCIAL / Nº DE ID. DE MATRÍCULA
<input type="checkbox"/> CÓNYUGE <input type="checkbox"/> PAREJA DOMESTICA <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F					MES    DÍA    AÑO		
TIPO DE COBERTURA	MEDICARE	DEPENDIENTE MAYOR DE EDAD	NÚMERO DEL GRUPO MÉDICO PARTICIPANTE / PPG	NÚMERO DEL MÉDICO DE ATENCIÓN PRIMARIA / PCP	NOMBRE DEL MÉDICO (NOMBRE, APELLIDO)	¿ES ACTUALMENTE SU MÉDICO?	Nº DE ID DEL PROVEEDOR ODONTOLÓGICO DE HMO
<input type="checkbox"/> MÉDICO <input type="checkbox"/> DENTAL <input type="checkbox"/> OFTALMOLOGÍA	<input type="checkbox"/> PARTE A <input type="checkbox"/> PARTE B	NO CORRESPONDE				<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	
APELLIDO, PRIMER NOMBRE, INICIALES DEL 2º NOMBRE		DIRECCIÓN DE RESIDENCIA, CIUDAD, ESTADO, CÓDIGO POSTA			FECHA DE NACIMIENTO		Nº DE SEGURO SOCIAL / Nº DE ID. DE MATRÍCULA
<input type="checkbox"/> HIJO <input type="checkbox"/> HIJA					MES    DÍA    AÑO		
TIPO DE COBERTURA	MEDICARE	DEPENDIENTE MAYOR DE EDAD	NÚMERO DEL GRUPO MÉDICO PARTICIPANTE / PPG	NÚMERO DEL MÉDICO DE ATENCIÓN PRIMARIA / PCP	NOMBRE DEL MÉDICO (NOMBRE, APELLIDO)	¿ES ACTUALMENTE SU MÉDICO?	Nº DE ID DEL PROVEEDOR ODONTOLÓGICO DE HMO
<input type="checkbox"/> MÉDICO <input type="checkbox"/> DENTAL <input type="checkbox"/> OFTALMOLOGÍA	<input type="checkbox"/> PARTE A <input type="checkbox"/> PARTE B	<input type="checkbox"/> INCAPACITADO <input type="checkbox"/> ESTUDIANTE DE TIEMPO COMPLETO <input type="checkbox"/> RESPALDO DE MÁS DEL 50%				<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	
APELLIDO, PRIMER NOMBRE, INICIALES DEL 2º NOMBRE		DIRECCIÓN DE RESIDENCIA, CIUDAD, ESTADO, CÓDIGO POSTA			FECHA DE NACIMIENTO		Nº DE SEGURO SOCIAL / Nº DE ID. DE MATRÍCULA
<input type="checkbox"/> HIJO <input type="checkbox"/> HIJA					MES    DÍA    AÑO		
TIPO DE COBERTURA	MEDICARE	DEPENDIENTE MAYOR DE EDAD	NÚMERO DEL GRUPO MÉDICO PARTICIPANTE / PPG	NÚMERO DEL MÉDICO DE ATENCIÓN PRIMARIA / PCP	NOMBRE DEL MÉDICO (NOMBRE, APELLIDO)	¿ES ACTUALMENTE SU MÉDICO?	Nº DE ID DEL PROVEEDOR ODONTOLÓGICO DE HMO
<input type="checkbox"/> MÉDICO <input type="checkbox"/> DENTAL <input type="checkbox"/> OFTALMOLOGÍA	<input type="checkbox"/> PARTE A <input type="checkbox"/> PARTE B	<input type="checkbox"/> INCAPACITADO <input type="checkbox"/> ESTUDIANTE DE TIEMPO COMPLETO <input type="checkbox"/> RESPALDO DE MÁS DEL 50%				<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	

--

**4) ¿USTED O SUS DEPENDIENTES CUENTAN CON OTRA COBERTURA PARA LA ATENCIÓN DE LA SALUD? SI ES ASÍ, POR FAVOR COMPLETE ESTA SECCIÓN, INCLUYENDO MEDICARE.**

Por favor, complete la siguiente información para recibir la acreditación correspondiente para la COBERTURA PREVIA, en el caso de que inmediatamente antes de volverse elegibles para este plan, usted o sus dependientes, estuvieron cubiertos por cualquier cobertura pública o privada de atención de la salud (incluyendo MediCal o una cobertura individual). De acuerdo con las leyes federales, su empleador o la ASEGURADORA ANTERIOR debe proporcionarle un certificado que sirva como evidencia de su cobertura previa. Nos reservamos el derecho de solicitar una copia de dicho certificado.

	NOMBRE	NOMBRE DE LA OTRA COMPAÑÍA DE SEGUROS	FECHA DE INICIO DE LA COBERTURA ANTERIOR
<input type="checkbox"/> USTED			MES    DÍA    AÑO

FECHA DE FINALIZACIÓN DE LA COBERTURA ANTERIOR	MOTIVOS DE LA TERMINACIÓN DE LA COBERTURA	Nº DE GRUPO / Nº DE ID DE LA PÓLIZA	¿ES ÉSTA SU COBERTURA PRIMARIA?	¿CUBRE	MEDICARE	Nº DE RECLAMO DE MEDICARE / Nº DE RECLAMO DE DE SEGURO DE SALUD
MES    DÍA    AÑO			<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	MÉDICO?: <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO DENTAL? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO OF TALMOLOGÍA?: <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> PARTE A <input type="checkbox"/> PARTE B	

	NOMBRE	NOMBRE DE LA OTRA COMPAÑÍA DE SEGUROS	FECHA DE INICIO DE LA COBERTURA ANTERIOR
<input type="checkbox"/> CÓNYUGE <input type="checkbox"/> PAREJA DOMESTICA			MES    DÍA    AÑO

FECHA DE FINALIZACIÓN DE LA COBERTURA ANTERIOR	MOTIVOS DE LA TERMINACIÓN DE LA COBERTURA	Nº DE GRUPO / Nº DE ID DE LA PÓLIZA	¿ES ÉSTA LA COBERTURA PRIMARIA DE SUS DEPENDIENTES?	¿CUBRE	MEDICARE	Nº DE RECLAMO DE MEDICARE / Nº DE RECLAMO DE DE SEGURO DE SALUD
MES    DÍA    AÑO			<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	MÉDICO?: <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO DENTAL? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO OF TALMOLOGÍA?: <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> PARTE A <input type="checkbox"/> PARTE B	

	NOMBRE	NOMBRE DE LA OTRA COMPAÑÍA DE SEGUROS	FECHA DE INICIO DE LA COBERTURA ANTERIOR
<input type="checkbox"/> HIJO <input type="checkbox"/> HIJA			MES    DÍA    AÑO

FECHA DE FINALIZACIÓN DE LA COBERTURA ANTERIOR	MOTIVOS DE LA TERMINACIÓN DE LA COBERTURA	Nº DE GRUPO / Nº DE ID DE LA PÓLIZA	¿ES ÉSTA LA COBERTURA PRIMARIA DE SUS DEPENDIENTES?	¿CUBRE	MEDICARE	Nº DE RECLAMO DE MEDICARE / Nº DE RECLAMO DE DE SEGURO DE SALUD
MES    DÍA    AÑO			<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	MÉDICO?: <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO DENTAL? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO OF TALMOLOGÍA?: <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> PARTE A <input type="checkbox"/> PARTE B	

	NOMBRE	NOMBRE DE LA OTRA COMPAÑÍA DE SEGUROS	FECHA DE INICIO DE LA COBERTURA ANTERIOR
<input type="checkbox"/> HIJO <input type="checkbox"/> HIJA			MES    DÍA    AÑO

FECHA DE FINALIZACIÓN DE LA COBERTURA ANTERIOR	MOTIVOS DE LA TERMINACIÓN DE LA COBERTURA	Nº DE GRUPO / Nº DE ID DE LA PÓLIZA	¿ES ÉSTA LA COBERTURA PRIMARIA DE SUS DEPENDIENTES?	¿CUBRE	MEDICARE	Nº DE RECLAMO DE MEDICARE / Nº DE RECLAMO DE DE SEGURO DE SALUD
MES    DÍA    AÑO			<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	MÉDICO?: <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO DENTAL? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO OF TALMOLOGÍA?: <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> PARTE A <input type="checkbox"/> PARTE B	

**5) SU EMPLEADOR COMPLETA ESTA SECCIÓN (SI ESTA SOLICITANDO GRUPO LIFE AD&D).**

Fecha de entrada en vigencia	Salario anual	Ocupación	Clase de Life	Monto de Life/AD&D

**6) SEGURO DE VIDA TEMPORAL BAJO CONTRATO COLECTIVO** Si corresponde (Adjunte una hoja separada para beneficiarios adicionales o eventuales.)

Cobertura de Life  Sí  No    Si la respuesta es Sí, estoy solicitando  Basic Life/AD&D \$ \_\_\_\_\_  Life para el dependiente \$ \_\_\_\_\_

Beneficiario del seguro de Life (Nombre completo)	Relación	%
Beneficiario del seguro de Life (Nombre completo)	Relación	%
Beneficiario del seguro de Life (Nombre completo)	Relación	%
Beneficiario del seguro de Life (Nombre completo)	Relación	%

**7) RECHAZO DE COBERTURA** (Complete esta sección si se va a rechazar cualquier cobertura para usted o para sus dependientes elegibles.)

- |   |   |  |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Cobertura médica que se declina para:<br>_____<br><input type="checkbox"/> Pareja Domestica<br><input type="checkbox"/> Cobertura dental que se declina para:<br>_____<br><input type="checkbox"/> Pareja Domestica<br><input type="checkbox"/> Cobertura oftalmológica que se declina para:<br>_____<br><input type="checkbox"/> Pareja Domestica | <input type="checkbox"/> Usted<br><input type="checkbox"/> Cónyuge<br><input type="checkbox"/> Dependiente(s) | Motivo: <input type="checkbox"/> Otra cobertura médica a través de este empleador<br><input type="checkbox"/> Cobertura individual <input type="checkbox"/> Otro _____<br><input type="checkbox"/> Otra cobertura grupal proporcionada por otro grupo (es decir, el empleador del cónyuge)<br>Motivo: <input type="checkbox"/> Otra cobertura médica a través de este empleador<br><input type="checkbox"/> Cobertura individual <input type="checkbox"/> Otro _____<br><input type="checkbox"/> Otra cobertura grupal proporcionada por otro grupo (es decir, el empleador del cónyuge)<br>Motivo: <input type="checkbox"/> Otra cobertura médica a través de este empleador<br><input type="checkbox"/> Cobertura individual <input type="checkbox"/> Otro _____<br><input type="checkbox"/> Otra cobertura grupal proporcionada por otro grupo (es decir, el empleador del cónyuge) |
|---|---|--|

Mi empleador me ha explicado las coberturas disponibles. Se me ha dado la oportunidad de solicitar las coberturas disponibles. He decidido no inscribirme ni inscribir a mi(s) dependiente(s).

Al rechazar la cobertura, reconozco que mis dependientes y yo posiblemente tengamos que esperar hasta el próximo periodo abierto de inscripción o hasta el próximo evento calificante para inscribirnos. Además, al firmar a continuación, certifique que la razón por la cual estoy declinando la cobertura es precisa de acuerdo a lo indicado en los casilleros marcados anteriormente.

Firma del empleado _____ (SOLAMENTE SI RECHAZA LA COBERTURA: si firmó por error, por favor tache la firma y escriba sus iniciales.)	Fecha _____
--	-------------

**8) ACEPTACIÓN DE LA COBERTURA** (se requiere la firma)

**UTILIZACIÓN Y DIVULGACIÓN DE LA INFORMACIÓN PROTEGIDA DE SALUD:** Reconozco y entiendo que los proveedores de atención de la salud pueden divulgar información relacionada con la salud sobre mí o mis dependientes, a las Entidades de Health Net, las de Safeguard y / o las de Fidelity. Las entidades de Health Net, las de SafeGuard y / o las de Fidelity utilizan y pueden divulgar esta información a los efectos de tratamiento, pago y operaciones del plan de salud, incluyendo pero no limitándose, al manejo de la utilización, a la mejora de la calidad y a programas de manejo de enfermedades o de casos. El Aviso de prácticas de privacidad de Health Net se incluye en la evidencia de cobertura o en el certificado de seguro para la cobertura suscritos por las entidades de Health Net. También puedo obtener una copia de este Aviso en el sitio web [www.healthnet.com](http://www.healthnet.com) o a través del Centro de atención al cliente de Health Net.

**AVISO:** Para su protección, las leyes de California requieren que el siguiente mensaje aparezca en este formulario. Cualquier persona que, a sabiendas, presente un reclamo falso o fraudulento para el pago de una pérdida, es culpable de un delito y puede estar sujeto a multas y encarcelamiento en la prisión estatal.

**Las leyes de California prohíbe que las compañías de seguro de salud requieran o utilicen una prueba de VIH como condición para obtener una cobertura de seguro de salud.**

**RECONOCIMIENTO Y ACUERDO:** Entiendo y estoy de acuerdo en que al inscribirme en o al aceptar servicios de las entidades de Health Net, de las entidades de SafeGuard y / o de las entidades de Fidelity, yo y cualquier dependiente inscrito estamos obligados a entender y acatar los términos, condiciones y disposiciones del Contrato del plan o de la Póliza de seguro. He leído y comprendido los términos de esta Solicitud y mi firma a continuación indica que la información provista en dicha Solicitud está completa, es verdadera y correcta y que acepto estos términos.

**ACUERDO DE ARBITRAJE:** Entiendo y estoy de acuerdo que todas y cualquier disputa o desacuerdo entre el Grupo (los miembros inscritos) y las entidades de Health Net, las de SafeGuard y / o las de Fidelity, concernientes a la interpretación, análisis,

realización o incumplimiento de las Políticas del grupo de las entidades de Health Net, SafeGuard y / o Fidelity o concernientes a otras cuestiones relacionadas con o que surjan de las Políticas del grupo de las entidades de Health Net, de SafeGuard y / o de Fidelity, ya sean citadas en la ley de delitos civiles, en un contrato o de cualquier otro modo, deben ser sometidas a un arbitraje inapelable y vinculante en vez de ser sometidas a un jurado o juicio. Entiendo que, al estar de acuerdo en someter todas las disputas a un arbitraje inapelable y vinculante, todas las partes, incluyendo las Entidades de Health Net, las de SafeGuard y / o las de Fidelity están renunciando a sus derechos constitucionales a punto permitido por la ley de que sus disputas sean resueltas en un tribunal de justicia ante un jurado. También entiendo que las disputas con las Entidades de Health Net, las de SafeGuard y / o las de Fidelity, que involucren reclamos por malpraxis médica (es decir, si cualquier servicio médico prestado fue innecesario o no fue autorizado o fue prestado de manera indebida, negligente o incompetente), también están sujetas a un arbitraje inapelable y vinculante. Se incluye una disposición de arbitraje mucho más detallada en las Políticas de grupo de las entidades de Health Net, de SafeGuard y / o de Fidelity.

De hecho, a partir del 1 de julio de 2002, los miembros que se hayan inscrito en un plan de empleador, **que está sujeto a ERISA, 29 U.S.C. § 1001 et seq., una ley federal que regula los planes de beneficios**, no tienen que someter a arbitraje vinculante obligatorio disputas sobre ciertas "determinaciones de beneficio adverso" hechas por las Entidades de Health Net, las de SafeGuard y / o las de Fidelity. Según ERISA, una "determinación de beneficio adverso" significa la decisión de las Entidades de Health Net, de SafeGuard y / o de Fidelity de negar, reducir, terminar o no pagar por todo un beneficio o parte del mismo. Sin embargo, yo y las Entidades de Health Net, las de SafeGuard y / o las de Fidelity pueden estar de acuerdo voluntariamente en someter a arbitraje disputas sobre estas "determinaciones de beneficio adverso" en el momento en que surja dicha disputa.

FIRMA DEL EMPLEADO _____	FECHA _____
--------------------------	-------------

"Contrato del Plan" se refiere al Contrato Grupal de Servicios y a la Evidencia de cobertura de Health Net of California, Inc. y/o a SafeGuard Health Plans, Inc.; "Póliza de Seguro" se refiere a la Política del Grupo y al Certificado de Seguro de Health Net Life Insurance Company, SafeHealth Life Insurance Company, y/o Fidelity Security Life Insurance Company.



Si necesita ayuda para completar este formulario o si tiene alguna pregunta sobre su cobertura, por favor comuníquese con el Centro de atención al cliente de Health Net a los números telefónicos gratuitos que aparecen a continuación:

Inglés	1-800-361-3366
Cantonés	1-877-891-9050
Coreano	1-877-339-8596
Mandarín	1-877-891-9053
Español	1-800-331-1777
Tagalo	1-877-891-9051
Vietnamita	1-877-339-8621

Si tiene alguna pregunta sobre su cobertura dental u oftalmológica, (visión) por favor llame a:

Dental	1-800-880-8113
Oftalmología	1-866-392-6058

Si tiene alguna pregunta sobre su médico o sobre su grupo médico, llame directamente a su grupo médico o comuníquese con Servicios al proveedor de Health Net, al 1-800-641-7761.

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

**Afiliados a HMO, Red Silver de HMO, HMO de co-pago variable, Salud con Health Net HMO, SELECT, ELECT, ELECT Open Access, EPO Dental HMO:**

*Selección del Grupo médico participante (PPG, por sus siglas en inglés), Médico de atención primaria (PCP, por sus siglas en inglés) y del Proveedor dental.*

Por favor, tenga en cuenta que si no elige un grupo médico participante, un Médico de atención primaria o un Proveedor odontológico para usted y para cada uno de sus dependientes elegibles, se seleccionará un grupo médico, un Médico de atención primaria y un Proveedor dental para usted.

*Atención de emergencia y atención urgentemente necesaria*

- **Si su situación pone en riesgo su vida o es 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 a su Grupo médico o necesita atención médica inmediata, vaya al centro médico o al Hospital más cercano.
- **Si se encuentra fuera del área de servicio del grupo médico:** vaya al hospital o al centro médico más cercano o llame al **911**. En todos los casos, comuníquese con su Médico de atención primaria o con su grupo médico tan pronto como sea posible para informarles sobre su condición.

**Afiliados a PPO, FLEX NET:**

*Atención de emergencia y atención urgentemente necesaria*

- **Si su situación pone en riesgo su vida o es una emergencia:** llame al **911** o vaya al Hospital más cercano. Por favor, llame al número correspondiente dentro de las 48 horas de su admisión o tan pronto como sea posible.

**CERTIFICACIÓN PREVIA**

Usted, el miembro, es responsable por la obtención de la certificación para ciertos servicios. Por favor, verifique su certificado del plan para obtener un listado de los servicios que requieren certificación previa.

**Para obtener la certificación previa, por favor llame al 1-800-977-7282**

*Condiciones preexistentes y Cobertura acreditable*

Su cobertura de acuerdo con el plan de beneficios de PPO, EPO y Flex Net puede estar sujeta a limitaciones sobre condiciones preexistentes durante un período máximo de seis meses a partir de la fecha de entrada en vigencia de su afiliación. De acuerdo con las leyes estatales y federales, Health Net Life Insurance Company acreditará su cobertura previa en el momento en que usted solicite la inscripción en PPO, EPO o FLEX NET, siempre y cuando dicha cobertura previa califique como una "cobertura acreditable" según lo definido por las leyes federales y estatales. La cobertura acreditable se aplicará para compensar (en parte o completamente) la limitación por enfermedad pre-existente, que puede aplicarse a su cobertura de acuerdo con esta póliza. Si, al momento de inscribirse, usted no puede proporcionar la documentación de la cobertura acreditable auténtica, Health Net Life Insurance Company puede brindarle ayuda para obtener la documentación necesaria si lo solicita. Nota: La cobertura anterior que se interrumpe por un período de 63 días (o 180 días si ha finalizado la cobertura obtenida a través de su anterior empleador) o más, no califica como cobertura acreditable.

**Enfermedades que producen incapacidad**

Si usted o un miembro de su familia estuvieran incapacitados a la fecha de terminación de la cobertura con la compañía de seguros de salud anterior y la pérdida de cobertura se debiera a la terminación de la póliza de seguro del empleador, puede tener derecho a una extensión de los beneficios de salud, de acuerdo con el Código de seguros de California, Sección 10128. De acuerdo a esta ley, la compañía aseguradora anterior conserva la responsabilidad hasta que ocurra cualquiera de los siguientes eventos: (a) el miembro ya no está totalmente incapacitado; (b) los beneficios máximos de la cobertura de la compañía aseguradora anterior están pagados o, (c) ha transcurrido un período de 12 meses consecutivos desde la fecha en que finalizó la cobertura con la compañía aseguradora anterior.

**Productos / Entidades:**

Health Net of California, Inc. ofrece los siguientes productos: ELECT Open Access, HMO y SELECT POS.

Health Net Life Insurance Company ofrece los siguientes productos: EPO, Flex Net, PPO, Salud con Health Net EPO & PPO, el seguro Life y AD&D.

SafeGuard Health Plans, Inc. ofrece los siguientes productos: HMO Dental (DHMO) y la cláusula adicional para Ortodoncia de DHMO.

SafeHealth Life Insurance Company ofrece los siguientes productos: PPO Dental, Indemnización Dental, Cláusula adicional para indemnización por ortopedia.

Fidelity Security Life Insurance Company le ofrece los siguiente productos atendidos por EyeMed Vision Care, LLC: PPO Oftalmológico.

**Declinación de la cobertura**

Si declina la cobertura para usted o para un dependiente elegible debido a que cuenta con cobertura de otro seguro de salud y pierde esa cobertura o, si adquiere un nuevo dependiente debido al matrimonio, a un nacimiento, una adopción o a la ubicación para la adopción, usted y su dependiente deben ser elegibles para los derechos especiales de afiliación. Debe solicitar la afiliación especial dentro de un lapso de 30 días a partir de la pérdida de cobertura o de la adquisición de un nuevo dependiente.

