



CaliforniaChoice
Your Health. Your Choice.®

Salud con Health Net y Salud Mexico

*Cobertura accesible de HMO
para familias en México y California*

¡Salud para todos!

Salud con Health Net ofrece el popular plan CalChoice 25, junto con una subred especial de Health Net compuesta por más de 800 proveedores y una red de hospitales que incluye East Los Angeles Doctor's, Memorial Hospital of Gardena, Pacifica Hospital of the Valley, Anaheim General Hospital y varios de los principales hospitales Tenet situados en Los Angeles. Los miembros de su familia que residan en México pueden tener acceso a más de 140 médicos a través de la red SIMNSA.

Condado de Los Angeles y zona norte del Condado de Orange

Seleccione un Médico de Atención Primaria (PCP) del directorio CaliforniaChoice o use la función de búsqueda de proveedores de calchoice.com. Si lo prefiere, visite cualquiera de las clínicas IPA que figuran a continuación:



Servicios	CalChoice 25 (Health Net Salud) Beneficio de la red HMO	Beneficios de la red SIMNSA de Mexico
Deductible anual	Ninguno	Ninguno
Máximo de gastos por cuenta propia	\$2,500 (individual)/ \$5,000 (familiar)	\$1,500 (individual)/ \$4,500 (familiar)
Vistas al consultorio del médico	\$25	\$5
Atención de bebé sanos	\$25	\$0
Servicios de hospital y maternidad (parto normal o por cesárea)	\$500 por día máximo \$1,000	\$0
Cirugía para pacientes externos	Facilidad quirúrgica-\$300 Servicios médicos-\$0	\$0
Rayos X y procedimientos de laboratorio	Cobertura del 100%	\$0
Sala de emergencias	\$100	\$10
Medicamentos con receta		
Genéricos	\$15	\$5
De marca	\$25	\$5
Medicamentos no incluidos la lista	\$35	Sin cobertura

Clinicas Médicas Médico Hispano IPA:

Los Angeles
East Los Angeles
El Monte
Huntington Park
Van Nuys
Santa Ana

Angeles IPA:

Lakewood
Bellflower
Paramount
Downey

Su PCP también puede referirle a uno de estos hospitales comunitarios convenientemente ubicados para recibir servicios hospitalarios cubiertos:

- Queen of Angels-Hollywood Presbyterian Medical Center
- USC University Hospital
- Greater El Monte Community Hospital
- Encino-Tarzana Regional Medical Center Tarzana Campus
- Encino-Tarzana Regional Medical Center Encino Campus
- Community Hospital of Huntington Park
- Mission Hospital of Huntington Park
- Lakewood Regional Medical Center
- Garfield Medical Center
- Monterey Park Hospital
- Anaheim General Hospital

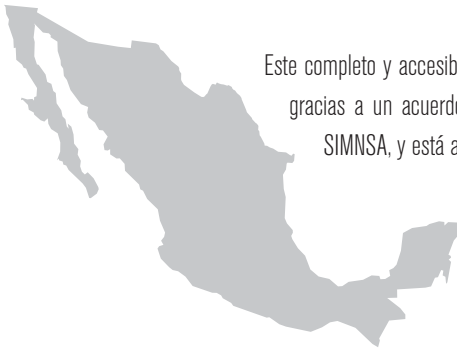
Otras clínicas participantes:

Accountable IPA (33 ciudades, desde Inglewood a Long Beach*)
Alta Med (Los Angeles, Pico Rivera y El Monte)
Associated Hispanic Physicians (Los Angeles)
La Vida Multi Specialty Centers (Los Angeles)
Serra Community Clinic (Sun Valley)

*Consultar el directorio para averiguar las ubicaciones específicas

Salud Mexico

El Plan **Salud Mexico** ha sido creado para empleados que residen en códigos postales específicos de los condados de San Diego e Imperial. Proporciona acceso al otro lado de la frontera a más de 140 médicos en todas las especialidades de la medicina.



Este completo y accesible programa médico se ofrece gracias a un acuerdo especial entre Health Net y SIMNSA, y está autorizado por el Departamento de Atención Médica Administrada de California.

Servicios	Beneficios de la red SIMNSA de México
Deductible anual	Ninguno
Máximo de gastos por cuenta propia	\$1,500 (individual)/ \$4,500 (familiar)
Vistas al consultorio del médico	\$5
Atención de bebé sanos	\$0
Servicios de hospital y maternidad (parto normal o por cesárea)	\$0
Cirugía para pacientes externos	\$0
Rayos X y procedimientos de laboratorio	\$0
Sala de emergencias	\$10
Medicamentos con receta	
Genéricos	\$5
De marca	\$5
Medicamentos no incluidos la lista	Sin cobertura



CaliforniaChoice
Your Health. Your Choice.®

(800) 558-8003

Preguntas frecuentemente

¿Quién califica?

Todos los empleados que residan en el Condado de Los Angeles o en la zona norte del Condado de Orange pueden participar en el plan Salud con Health Net HMO (La red SIMNSA está disponible para dependientes que residan en México).

Empleados quienes residen en ciertos códigos postales en los condados de San Diego e Imperial pueden participar en el plan Salud Mexico HMO.

Los servicios están disponibles en inglés y español.

¿Qué cubre el plan Salud con Health Net?

Servicios médicos

Los planes HMO Salud con Health Net incluyen visitas al consultorio del médico; atención de bebés sanos; servicios de maternidad y parto; cirugía de pacientes externos e internos; rayos X y procedimientos de laboratorio; servicios en la sala de emergencia; y medicamentos con receta.

Referencias a especialistas

Los empleados que residen en el Condado de Los Angeles y la zona norte del Condado de Orange pueden recibir referencias a especialistas médicos contratados a través de su Médico de Atención Primaria (PCP). En México, sin embargo, los miembros elegibles de su familia no necesitan obtener referencias para recibir atención especializada ya que tienen acceso directo a los 140 proveedores de SIMNSA.

Emergencia

Usted está cubierto no sólo donde vive sino en cualquier lugar del mundo. Lea el *Member Handbook* (Manual de Miembros) detenidamente para entender qué es lo que se cubre como una emergencia verdadera.

Recetas

El plan Salud con Health Net solamente cubre los medicamentos recetados por su médico (PCP). Los empleados pueden surtir sus recetas pagando una pequeña cuota en cualquier farmacia contratada de la red de Health Net en el Condado de Los Angeles o la zona norte del Condado de Orange. Los dependientes que vivan en México pueden obtener medicamentos recetados a través de la red de farmacias participantes de SIMNSA.

Salud con Health Net

Solicitud del Plan Salud con Health Net



CaliforniaChoice
Your Health. Your Choice.®

Use lapizero de tinta azul o negra • No encoja esta forma • Papel de fax es inaceptable

A. Información personal

Nombre de la compañía	Núm. de teléfono del empleador	Nombre del puesto del empleado	Fecha de contratación a tiempo completo
Sexo <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F Estado civil <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Soltero (Nota: Si usted o alguno de sus dependientes <u>no</u> van a inscribirse, aún debe llenar y fechar la sección de renuncia al dorso.)			
Apellido del empleado	Núm. de Seguro Social del empleado		
Nombre del empleado	Fecha de nacimiento		Núm. de grupo
	MES /	DÍA /	AÑO
Domicilio de casa (no se aceptan apartados postales)	Núm. de apto.	Ciudad	Estado Código postal
Núm. de teléfono (casa)	Dirección de correo electrónico	Domicilio postal (si es diferente)	

B. Beneficios opcionales

Pregunte a su administrador del plan de salud si su empleador está ofreciendo cualquiera de los beneficios opcionales siguientes

Seguro de vida

Nombre completo del beneficiario	Relación con el beneficiario	Fecha de nacimiento del los beneficiario	Cantidad del seguro de vida
----------------------------------	------------------------------	--	-----------------------------

Cobertura dental

<input type="checkbox"/> Dental 100 (sin cargo) <input type="checkbox"/> Dental 1000 <input type="checkbox"/> Dental 3500 <input type="checkbox"/> Dental 3000 <input type="checkbox"/> Dental 4000 <input type="checkbox"/> Dental 5000 <input type="checkbox"/> Voluntary Dental 3000	Si escoge los planes 1000 ó 3000, debe seleccionar un dentista:	Dentista:	Núm. de identificación:
Los hijos dependientes de 19 a 24 años de edad deben ser estudiantes de tiempo completo a fin de que se les considere elegibles para la cobertura dental EPO/PPO. "Tiempo completo" significa asistencia a una institución de educación superior con un mínimo de 12 unidades, o la inscripción en una escuela técnica. Se debe llenar un formulario de verificación de estudiante de tiempo completo (formulario núm. CC 0206).	<input type="checkbox"/> Marque si el dentista seleccionado es el proveedor actual <input type="checkbox"/> Marque si desea que se le asigne un dentista		

Cobertura de la vista

Vision (plan de descuento) Voluntary Vision (cargo adicional)

Premium Only Plan (P.O.P.)

Deseo que se pague antes de los impuestos mi parte de las primas de seguro que califiquen

C. Información sobre la inscripción

complete esta sección SÓLO si está escogiendo cobertura médica, dental y/o de la vista para usted o para sus dependientes

	Empleado	Cónyuge	Hijo	Hijo	Hijo
Apellido	<input type="checkbox"/> Sólo seguro de vida				
Nombre					
Relación con el empleado		<input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Pareja de hecho			
Núm. de Seguro Social					
Sexo		<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino
Fecha de nacimiento		/ /	/ /	/ /	/ /
Médico de atención primaria*					
Núm. de identificación y ciudad del médico					
¿Es paciente actual del PCP?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿Está discapacitado?			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿Se está inscribiendo para?	<input type="checkbox"/> Méd <input type="checkbox"/> Dent <input type="checkbox"/> Vista	<input type="checkbox"/> Méd <input type="checkbox"/> Dent† <input type="checkbox"/> Vista	<input type="checkbox"/> Méd <input type="checkbox"/> Dent† <input type="checkbox"/> Vista	<input type="checkbox"/> Méd <input type="checkbox"/> Dent† <input type="checkbox"/> Vista	<input type="checkbox"/> Méd <input type="checkbox"/> Dent† <input type="checkbox"/> Vista
Residentes del Condado de Los Angeles (LA), el Norte de Orange y San Diego elijan un PCP. Si es residente de San Diego o Mexico, el PCP es SIMNSA.	<input type="checkbox"/> PCP _____ <input type="checkbox"/> Mexico: El proveedor es SIMNSA	<input type="checkbox"/> PCP _____ <input type="checkbox"/> Mexico: El proveedor es SIMNSA	<input type="checkbox"/> PCP _____ <input type="checkbox"/> Mexico: El proveedor es SIMNSA	<input type="checkbox"/> PCP _____ <input type="checkbox"/> Mexico: El proveedor es SIMNSA	<input type="checkbox"/> PCP _____ <input type="checkbox"/> Mexico: El proveedor es SIMNSA

Marque aquí si desea que su Plan de Servicio de Atención Médica le asigne un Médico de Atención Primaria.

➔ Para dependientes adicionales, completar secciones A y C en una aplicación aparte.

* Por favor asegúrese de que su PCP tiene contrato con la aseguradora de su elección antes de inscribirse. A los nuevos empleados que se agreguen a los grupos existentes se les asignará automáticamente un PCP si no escogen uno o si el PCP no tiene contrato con el plan de salud seleccionado.

† Los dependientes inscritos en la cobertura dental deben ser los mismos dependientes inscritos en la cobertura médica (excepto Voluntary Dental o niños menores de 3 años de edad).

D. Su reconocimiento LEGAL (Lea, firme y fechar a pie de página)

Al presentar esta solicitud firmada, acuerdo y entiendo que el plan de salud que he escogido por medio del Programa CaliforniaChoice impondrá automáticamente un derecho de retención sobre cualquier pago de fondos de cualquier fuente por los servicios que se presten en conjunción con una lesión que resulte de acciones u omisiones de un tercero.

Estoy de acuerdo en mi nombre y el de mis dependientes en quedar sujeto a los beneficios, pagos suplementarios, pagos deducibles, exclusiones, limitaciones y otros términos del contrato para grupos pequeños del plan de salud. Autorizo a mi médico, proveedor de atención médica, hospital, clínica u otra instalación con nexos médicos para que proporcione tanto mi información médica protegida como la de mis dependientes, incluidos los expedientes médicos, al plan de salud que he escogido por medio del Programa CaliforniaChoice o sus agentes autorizados con el fin de revisar, investigar o evaluar solicitudes o reclamaciones, de asegurarse de la calidad y de revisar la utilización. Autorizo tanto a CaliforniaChoice como al plan de salud que he escogido y a sus agentes, personas designadas o representantes para que revelen a un hospital, plan de salud, aseguradora o proveedor de atención médica cualquier tipo de información médica protegida si dicha revelación es necesaria para permitir la ejecución de cualquiera de esas actividades. Esta autorización entrará en vigor de inmediato y tendrá vigencia por un máximo de 30 meses a partir de la fecha en que se firme. Entiendo que yo o la persona autorizada para que actúe en mi representación tenemos derecho a recibir una copia de esta autorización.

He leído y entiendo la información que se me ha entregado sobre los Premium Only Plans y sus consecuencias fiscales.

Declaro so pena de perjurio de conformidad con las leyes del estado de California de que las declaraciones a continuación son verdaderas, correctas y relativas con respecto al Empleador que se menciona en esta solicitud, a mí y a mis dependientes que se mencionan en esta solicitud:

- Trabajo en forma activa y permanente para el Empleador y éste considera que reúno los requisitos debido a que trabajo más de 20 o más de 30 horas a la semana, o reúno los requisitos para participar en el programa COBRA/Cal-COBRA.
- No soy empleado eventual, temporero, por día ni 1099, ni tengo seguro de la póliza sindical del Empleador ni califico para dicho seguro.
- Las fechas de nacimiento de mis hijos son exactos. Mis hijos son: solteros o involucrados en una relación doméstica, y dependen de mi financieramente de acuerdo a los reglamentos del IRS. Mis hijos son nacidos de mí y mi conyuge/Compañero(a) doméstico(a), o son adoptados legalmente y/o pupilos legales no temporarios de mí o mi conyuge/Compañero(a) doméstico(a).

Entiendo que las declaraciones previas quedan sujetas a una auditoría en cualquier momento y estoy de acuerdo en entregar a CaliforniaChoice cualquier tipo de información que sea necesaria para comprobar dichas declaraciones. Entiendo que dar declaraciones falsas y/o no proporcionar la información que se solicite resultará en el término de todos los beneficios de CaliforniaChoice 15 días después de la fecha de notificación del término de beneficios, y a partir de entonces se me responsabilizará de todos los servicios y cargos en que se incurran con los proveedores del Programa CaliforniaChoice.

Entiendo que toda persona, empresa o plan de salud que sufra pérdidas como resultado de declaraciones falsas contenidas en el presente podrá tener motivo para entablar una demanda civil en mi contra con el fin de recuperar sus pérdidas.

Las leyes de California prohíben que los planes de servicio de atención médica requieran o utilicen una prueba de VIH como requisito para obtener cobertura.

Para su protección, la ley de California requiere que figure en este formulario el siguiente texto: Toda persona que, sabiéndolo, presenta una reclamación falsa o fraudulenta para el pago de una pérdida es culpable de un delito y podría estar sujeta a multas y a reclusión en la prisión del estado.

ARBITRAJE: Entiendo que toda disputa o polémica que pudiese surgir con respecto a la ejecución, interpretación o incumplimiento del contrato entre mi plan de salud y yo (y/o cualquier dependiente inscrito), independientemente de que sea extracontractual o de cualquier otra índole, se someterá a arbitraje obligatorio en lugar de tener un juicio por jurado o ante un juez únicamente si no se resuelve mediante el proceso de quejas formales de mi plan de salud. Asimismo, a continuación se describen los requisitos específicos de los planes de salud que requieren recurrir a arbitraje obligatorio para resolver reclamaciones de negligencia profesional y médica.

SUSCRIPTORES DE HEALTH NET: Entiendo y estoy de acuerdo en que todas las disputas o discrepancias entre Health Net of CA y/o Health Net Life y yo (y miembros inscritos de mi familia o herederos o apoderados) con respecto a la interpretación, ejecución o incumplimiento del Contrato del Plan, Póliza de Seguro o Certificado de Health Net, o a otros aspectos relacionados con mi membresía con Health Net o a consecuencia de la misma, independientemente de que se declaren en forma extracontractual, contractual o de cualquier otra índole, e independientemente o no de que terceros (como los proveedores de atención médica, o sus agentes o empleados) también estén implicados, se presenten para arbitraje obligatorio y definitivo en lugar de tener un juicio por jurado o ante un juez únicamente. Entiendo que al consentir en someter todas las disputas a arbitraje obligatorio y definitivo, todas las partes, incluidos Health Net of CA y/o Health Net Life, renuncian a su derecho constitucional hasta el grado permitido por ley a que un jurado en un tribunal de justicia determine su disputa. Entiendo asimismo que las disputas que pudiese tener con Health Net of CA y/o Health Net Life relativas a reclamaciones de negligencia médica (es decir, si alguno de los servicios médicos prestados fueron innecesarios, no se autorizaron o se prestaron de una manera impropia, negligente o incompetente) también quedan sujetas a arbitraje obligatorio y definitivo.

No se requiere que los miembros que estén inscritos en un plan de un empleador que esté sujeto a las normas de ERISA, Sección 1001 y siguientes del Código de los Estados Unidos 29, una ley federal que gobierna los planes de beneficios, sometan a arbitraje obligatorio las disputas de ciertas "determinaciones negativas de beneficios" que haga Health Net. De acuerdo con ERISA, una "determinación negativa de beneficios" se refiere a una decisión de Health Net de negar, reducir, terminar o no pagar total o parcialmente un beneficio. Sin embargo, Health Net y yo podremos estar de acuerdo en someter voluntariamente a arbitraje las disputas sobre dichas "determinaciones negativas de beneficios" en el momento en que surja la disputa.

El contrato de mi plan de salud o póliza de seguro incluye una descripción más detallada de la disposición de arbitraje. Con mi firma y la entrega de esta solicitud, por medio del presente concuerdo con los términos y condiciones anteriores, y confirmo que la información que contiene la solicitud es verdadera y correcta.

Empleado FIRMAR AQUÍ PARA OBTENER COBERTURA MÉDICA, DENTAL O DE SERGURO DE VIDA: Nombre (en letra de molde): Fecha:

Solicitantes de COBRA:		Indicar el evento calificador:	Fecha del evento calificador
Indicar el tipo de COBRA: <input type="checkbox"/> COBRA <input type="checkbox"/> Cal-COBRA	<input type="checkbox"/> Terminación del empleo <input type="checkbox"/> Reducción de horas	<input type="checkbox"/> Hijo(a) ya no califica <input type="checkbox"/> Divorcio/separación legal	<input type="checkbox"/> Derecho a Medicare <input type="checkbox"/> Fallecimiento del empleado
Para uso solamente de CaliforniaChoice	<input type="checkbox"/> Nuevo grupo	<input type="checkbox"/> Nuevo empleado	<input type="checkbox"/> Inscripción abierta
			Fecha de vigencia:

RENUNCIA A BENEFICIOS MEDICOS/DENTALES

Llenar ESTA SECCIÓN y la Sección A solamente si no desea cobertura para usted y/o sus dependientes elegibles. Si se ofrece, no se puede renunciar al seguro de vida.

Nombre del empleador: Núm. de teléfono del empleador:

Tipo de renuncia

Mi empleador me ha ofrecido cobertura, RECHAZO la cobertura de la siguiente manera:

- 1) **Benef. médicos para:** Yo y mis dependientes Cónyuge/Pareja de hecho Hijo(s)
- 2) **Benef. dentales para:** Yo y mis dependientes Cónyuge/Pareja de hecho Hijo(s)

Razón

- 3) **Razón de la renuncia benef. médicos:** Cobertura en otro grupo Nombre de la aseguradora: _____ Núm. de grupo _____
 Medicare Medi-Cal Póliza individual Otra razón: _____ (se requiere explicación)
- 4) **Razón de la renuncia benef. dentales:** Cobertura en otro grupo Nombre de la aseguradora: _____ Núm. de grupo _____
 Medicare Medi-Cal Póliza individual Otra razón: _____ (se requiere explicación)

Entiendo que si no elijo cobertura ahora, los administradores de los beneficios de CaliforniaChoice pueden imponer un período de exclusión de 12 meses si solicito cobertura en una fecha posterior.

También entiendo que si mi empleador me ofrece cobertura de seguro de vida, NO PUEDO RENUNCIAR A LA COBERTURA DE SEGURO DE VIDA.

Esta renuncia no se aplicará si: 1) un tribunal ordena cobertura de un cónyuge o hij(a) y la solicitud de inscripción tiene lugar en un plazo no superior a 30 días a partir de la fecha de la orden judicial; o 2) el empleado satisface TODAS las condiciones siguientes: A) Estaba cubierto en otro plan de salud patrocinado por un empleador en el momento de la elegibilidad original; B) Perdió la cobertura debido a la terminación de su empleo, cambio en su estado laboral, terminación involuntaria de la cobertura de otro plan, cese de la contribución del empleador, o fallecimiento o divorcio del cónyuge; C) Solicita la inscripción en un plazo no superior a 30 días a partir de la fecha de la pérdida de cobertura.

Empleado FIRMAR AQUÍ PARA RENUNCIAR A LA COBERTURA: Fecha: