



**CaliforniaChoice**  
Your Health. Your Choice.

A CHOICE Administrators Program

## 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 médicos y una red de hospitales que incluye East Los Angeles Doctor's Hospital, 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 residen en México pueden tener acceso a más de 140 médicos a través de la red SIMNSA.



**Health Net**

#### Condado de Los Angeles y zona norte del Condado de Orange

Seleccione un Médico de Atención Primaria (PCP) de entre más de 800 proveedores en el nuevo directorio de HMO Salud con Health Net (también en línea en calchoice.com), o simplemente visite a un PCP de planta en cualquiera de las 49 clínicas IPA que figuran a continuación:

Servicios	CalChoice 25	Beneficios de la red SIMNSA de México
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 \$1,000 máximo	\$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
<b>Medicamentos con receta</b>		
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
<b>Medicamentos con receta</b>	
Genéricos	\$5
De marca	\$5
Medicamentos no incluidos la lista	Sin cobertura



**CaliforniaChoice**

*Your Health. Your Choice.*

*A CHOICE Administrators Program*

**(800) 542-4218**

## 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



## 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 <i>(Nota: Si usted o alguno de sus dependientes no van a inscribirse, aún debe llenar y fechar la sección de renuncia al dorso.)</i>					
Apellido del empleado				Núm. de Seguro Social del empleado			
Nombre del empleado				Fecha de nacimiento		Núm. de grupo	
				MES / DÍA / AÑO			
Domicilio de casa		Núm. de apto.		Ciudad		Estado	
						Código postal	
Núm. de teléfono (casa)		Domicilio postal <i>(si es diferente)</i>					
( )							

## 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

- Dental 100 (sin cargo)  
  Dental 1000  
  Dental 3000  
  Dental 5000  
  Dental 3500  
  Dental 4000

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. PL 0206).

Si escoge los planes 1000 ó 3000, debe seleccionar un dentista:

Dentista:

Núm. de identificación:

- Marque si el dentista seleccionado es el proveedor actual  
  Marque si desea que se le asigne un dentista

### Cobertura de la vista

- Visión (sin cargo)  
  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 <sup>†</sup> <input type="checkbox"/> Vista	<input type="checkbox"/> Méd <input type="checkbox"/> Dent <sup>†</sup> <input type="checkbox"/> Vista	<input type="checkbox"/> Méd <input type="checkbox"/> Dent <sup>†</sup> <input type="checkbox"/> Vista	<input type="checkbox"/> Méd <input type="checkbox"/> Dent <sup>†</sup> <input type="checkbox"/> Vista
Si es residente del Condado de Los angeles (LA), elija un PCP. Si es residente de San Diego o México, el PCP es SIMNSA (marque lo que corresponda abajo).	<input type="checkbox"/> PCP _____ <input type="checkbox"/> México: El proveedor es SIMNAS	<input type="checkbox"/> PCP _____ <input type="checkbox"/> México: El proveedor es SIMNAS	<input type="checkbox"/> PCP _____ <input type="checkbox"/> México: El proveedor es SIMNAS	<input type="checkbox"/> PCP _____ <input type="checkbox"/> México: El proveedor es SIMNAS	<input type="checkbox"/> PCP _____ <input type="checkbox"/> México: El proveedor es SIMNAS

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

\* 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. No se requiere que los suscriptores de Kaiser Permanente escojan un PCP.

† 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).

POR FAVOR FIRME Y FECHE AL REVERSO DEL FORMULARIO LAS SECCIONES QUE APLIQUEN

CC0194SP 12/2004

## D. Su reconocimiento LEGAL (Leer, firmar y fechar a pie de página)

Al presentar esta solicitud firmada, acuerdo y entiendo que el plan que he elegido a través del programa CaliforniaChoice tendrá automáticamente un gravamen sobre cualquier pago de dinero proveniente de cualquier fuente, por servicios presentados en relación con una lesión causada por los actos u omisiones de terceros.

**Estoy de acuerdo**, en nombre propio y en el de mis dependientes, en aceptar los beneficios, copagos, deducibles, exclusiones, limitaciones y otros términos del contrato de grupo pequeño del plan de salud.

**Autorizo** a que mi médico, proveedor de atención médica, hospital, clínica u otro centro médicamente relacionado proporcionen mi información médica protegida, y la de mi dependiente o dependientes, incluidos expedientes médicos, al plan de salud que he elegido, a través del programa CaliforniaChoice o sus agentes autorizados con el propósito de revisar, investigar o evaluar una solicitud o reclamación, así como para una revisión de utilización y control de calidad. Autorizo a que CaliforniaChoice y el plan de salud que he elegido, así como a sus agentes, personas designadas o representantes, a divulgar a un hospital, plan de salud, compañía de seguros o proveedor de atención médica aquella información médica protegida que fuera necesaria para llevar a cabo cualquiera de esas actividades. Esta autorización entrará en vigor de inmediato y permanecerá vigente por un plazo máximo de 30 meses a partir de la fecha de su firma. Entiendo que yo, o una persona autorizada en mi nombre, tenemos el derecho de recibir una copia de este formulario de autorización.

**He leído y entiendo** la información que se me ha proporcionado en referencia a los Planes de Primas Solamente y las consecuencias impositivas.

Declaro bajo pena de perjurio de conformidad con las leyes del estado de California que las siguientes declaraciones son verdaderas, correctas y hacen referencia al Empleador nombrado en esta solicitud, a mí mismo y a mis dependientes nombrados en esta solicitud:

- Trabajo activamente o permanentemente para el Empleador y éste me considera elegible ya que trabajo 30 o más horas por semana o califico como participante de COBRA/Cal-COBRA.
- No soy empleado temporal, de temporada, por día o según el artículo 1099 del IRS ni estoy asegurado, ni califico para estar asegurado, por la póliza sindical del Empleador.
- Las fechas de nacimiento de mis hijos son correctas. Mis hijos son solteros y dependen económicamente de mí según las pautas del IRS. Mi cónyuge y/o mi pareja en unión libre yo somos los padres naturales de mis hijos o éstos han sido adoptados legalmente por mí y/o por mi o mi pareja en unión libre.

**Entiendo** que las declaraciones arriba indicadas están sujetas a confirmación en cualquier momento y **estoy de acuerdo** en proporcionar a CaliforniaChoice toda la información necesaria para probar su veracidad.

**Entiendo** que las declaraciones falsas y/o la falta de proporcionar la información que se me solicite ser-n causa suficiente para dar por terminados todos los beneficios de CaliforniaChoice 15 días después de la fecha del aviso de terminación de beneficios, y yo seré responsable de todos los servicios y cargos contraídos a través de los proveedores del programa CaliforniaChoice a partir de dicha fecha.

**Entiendo** que todas aquellas personas, negocios o planes de salud que sufran pérdidas debido a declaraciones falsas contenidas en este enunciado podrán presentar una demanda legal para recuperar dichas pérdidas.

La ley de California prohíbe que los planes de servicios de atención médica requieran o usen pruebas de VIH como condición de la obtención de 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 delito y podría estar sujeta a multas y a reclusión en la prisión del estado.**

**ARBITRAJE:** Entiendo que toda disputa o controversia que pueda surgir como consecuencia del cumplimiento, interpretación o incumplimiento del contrato entre mí (y/o cualquier dependiente inscrito) y mi plan de salud, ya surja o no a consecuencia de un acto ilícito, deberá ser sometida a arbitraje vinculante en lugar de juicio ante juez o ante jurado en caso de no resolverse de modo satisfactorio a través del proceso de presentación de quejas de mi plan de salud.

**PERSONAS INSCRITAS EN HEALTH NET:** Entiendo y estoy de acuerdo en que todas y cada una de las disputas o desacuerdos que yo (o cualquiera de los miembros inscritos de mi familia o herederos o representantes personales) tenga con Health Net of CA y/o Health Net Life referentes a la composición, interpretación, cumplimiento o incumplimiento del Certificado o Comprobante de Cobertura de Health Net, o referentes a otros asuntos relacionados o que surjan como consecuencia de mi membresía en Health Net, ya sea que estén en un acto ilícito, contrato o de otra manera, y ya sea que estén o no involucrados otros terceros tales como proveedores de atención médica, o sus agentes o empleados, deberán presentarse a arbitraje definitivo y vinculante en lugar de juicio ante juez o ante jurado. Entiendo que, al acordar presentar todas las disputas a arbitraje definitivo y vinculante, todas las partes, incluidas Health Net of CA y/o Health Net Life, renuncian a su derecho constitucional, en la medida en que lo permita la ley, de que su disputa se resuelva en un tribunal de justicia ante un jurado. Entiendo asimismo que las disputas que pueda tener con Health Net of CA y/o Health Net Life relacionadas con reclamaciones por conducta médica ilegal (es decir, si algún servicio médico prestado fuera innecesario o no autorizado, o fuera prestado de modo inapropiado, negligente o incompetente) también podrán estar sujetas a arbitraje definitivo y vinculante. En el Certificado o Comprobante de Cobertura de Health Net se incluye una disposición más detallada sobre arbitraje.

Los miembros inscritos en un plan de empleador que esté sujeto a la sección 1001 y subsiguientes de ERISA, 29 U.S.C., una ley federal que regula planes de beneficios, no tienen por qué someter a arbitraje vinculante obligatorio disputas acerca de ciertas "determinaciones de beneficios adversas" tomadas por Health Net of CA y/o Health Net Life. De conformidad con ERISA, una "determinación de beneficios adversa" es una decisión tomada por Health Net of CA y/o Health Net Life para denegar, reducir, terminar o no pagar un beneficio ya sea total o parcialmente. No obstante, yo y Health Net of CA y/o Health Net Life podrán acordar voluntariamente arbitrar disputas acerca de estas "determinaciones de beneficios adversas" en el momento en que surja la disputa. En el contrato de mi plan de salud o póliza de seguro se incluye una disposición más detallada sobre arbitraje. Al firmar y presentar esta solicitud, acuerdo por la presente cumplir los términos y condiciones anteriores, y confirmo que la información que figura en esta solicitud es correcta y verdadera.

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

<b>Solicitantes de COBRA:</b>	<b>Indicar el evento calificador:</b>	<b>Fecha del evento calificador</b>		
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	<input type="text"/>
<b>Para uso solamente de CaliforniaChoice</b>	<input type="checkbox"/> Nuevo grupo	<input type="checkbox"/> Nuevo empleado	<input type="checkbox"/> Inscripción abierta	Fecha de vigencia: _____

## RENUNCIA A BENEFICIOS MÉDICOS/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 hijo(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 \_\_\_\_\_