

SHARP Health Plan

Período de inscripción abierta para planes individuales y familiares

Solicitud de seguro de salud

Objetivo

El objetivo de este formulario es ayudarlo a solicitar el seguro de salud durante nuestro período de inscripción abierta anual. Completar este formulario significa que usted está solicitando un plan individual o familiar con Sharp Health Plan.

Instrucciones

Se requiere una sola solicitud y todos los inscritos deben estar en el mismo diseño de plan. Se requiere una solicitud aparte si cualquier miembro de la familia desea estar en un diseño de plan diferente o si se inscribe un hijo sin uno de los padres. En este último caso, la información se debe completar en la sección del suscriptor de la solicitud.

Afiliados de Covered California™: para agregar un dependiente o cambiar su plan de beneficios, comuníquese con Covered California al 1-800-300-1506. También puede cambiar o actualizar su cuenta en línea iniciando sesión en su cuenta de Covered California en coveredca.com.

Enviar



Por correo o en persona:*
Sharp Health Plan
Attention: IFP Sales
8520 Tech Way, Suite 200
San Diego, CA 92123



Por correo electrónico:
ifpsales@sharp.com



Por fax:
Attention: IFP Sales
1-858-499-8246

Agilice esta solicitud inscribiéndose en línea en sharphealthplan.com/get-a-quote.

Realizar un pago

Para pagar su prima con tarjeta de débito o crédito, ingrese en sharphealthplan.com/payment o envíe su cheque o giro a la siguiente dirección:

Sharp Health Plan
P.O. Box 57248
Los Angeles, CA 90074-7248



Si necesita asistencia, estamos aquí para ayudarlo.

Puede llamar a nuestro equipo de Ventas de IFP al 1-858-499-8211 o enviarnos un correo electrónico a ifpsales@sharp.com.
Estamos disponibles para ayudarlo de lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 5:00 p.m.

Información preliminar

¿Está inscrito actualmente en un plan individual o familiar de Sharp Health Plan? Sí No

Si la respuesta es afirmativa, escriba el número de identificación de suscriptor (que figura en la tarjeta de identificación del afiliado):

¿Se le inscribirá en algún otro seguro médico con otro prestador? Sí No

En caso afirmativo, proporcione la compañía de seguros:

¿Cómo supo de nosotros?

Publicidad Consultorio del médico Evento Corredor de seguros Afiliado anterior Boca a boca
 Otro

* Pautas de seguridad pendientes

Paso 1a. Información del suscriptor (titular de la póliza) Completar en letra de imprenta.

Nombre: _____ Inicial del segundo nombre: _____ Apellido: _____

Fecha de nacimiento: MM/DD/AA / / Número de Seguro Social: - - Estado civil: Soltero Casado Viudo
 Pareja doméstica registrada por el estado Solicitud solo para hijo

Sexo asignado al nacer: <input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/> No sabe <input type="checkbox"/> Prefiere no decirlo	Identidad de género: <input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/> Hombre transgénero/hombre trans/ mujer a hombre (FTM) <input type="checkbox"/> Mujer transgénero/mujer trans/ hombre a mujer (MTF) <input type="checkbox"/> No binario, ni exclusivamente masculino ni femenino <input type="checkbox"/> Categoría de género adicional u otra, especifique: _____ <input type="checkbox"/> Prefiere no decirlo	Pronombres: <input type="checkbox"/> Él/Lo/Su <input type="checkbox"/> Ella/La/Su <input type="checkbox"/> Elle/Le/Su <input type="checkbox"/> Otro, especifique: _____ <input type="checkbox"/> Prefiere no decirlo	Orientación sexual <input type="checkbox"/> Lesbiana, gay u homosexual <input type="checkbox"/> Heterosexual <input type="checkbox"/> Bisexual <input type="checkbox"/> Otro, especifique: _____ <input type="checkbox"/> No sabe <input type="checkbox"/> Prefiere no decirlo
--	---	--	---

¿Qué raza lo representa mejor? Seleccione todas las opciones que correspondan. <input type="checkbox"/> Indígena americano o nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Negro o afroamericano <input type="checkbox"/> Nativo hawaiano y otro isleño del Pacífico	<input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Otro: _____ <input type="checkbox"/> No sabe <input type="checkbox"/> Prefiere no decirlo	¿Es usted de origen hispano, latino o español? <input type="checkbox"/> No, no soy de origen hispano, latino ni español <input type="checkbox"/> Sí, cubano <input type="checkbox"/> Sí, mexicano, mexicano- americano, chicano <input type="checkbox"/> Sí, puertorriqueño	<input type="checkbox"/> Sí, otro origen hispano, latino o español <input type="checkbox"/> Dos o más razas <input type="checkbox"/> Sí, otros <input type="checkbox"/> No sabe <input type="checkbox"/> Prefiere no decirlo
--	---	---	---

Dirección (no debe ser P.O. Box): _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Dirección de facturación (si es diferente a la anterior): _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Número de teléfono celular: () Número de teléfono particular: () Otro número de teléfono: ()

Dirección de correo electrónico: _____

¿Desea recibir información de mercadeo de Sharp Health Plan por correo electrónico o mensaje de texto?
Para los mensajes de texto, es posible que se apliquen tarifas de mensajes o datos. Sí No

Indique si requiere asistencia en comunicación o si tiene necesidades especiales: _____

Idioma oral o escrito preferido (si no es el inglés): _____

Para buscar un médico afiliado a Sharp Health Plan que se ajuste a sus necesidades y su identificador nacional del proveedor (National Provider Identifier, NPI) visite sharphealthplan.com/findadoctor o llame a Atención al Cliente al 1-800-359-2002.

Médico de atención primaria (si deja el espacio en blanco, Sharp Health Plan le asignará un PCP):		¿Es paciente actual de este médico?	
Nombre:	NPI del proveedor:	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Plan dental pediátrico Tenga en cuenta que los solicitantes menores de 19 años quedarán inscritos automáticamente en un plan dental pediátrico de Delta Dental of California. Para buscar un dentista de Delta Dental que forme parte de su red, visite deltadentalins.com , haga clic en "Find a Dentist" (Buscar un dentista) y elija un dentista de la red de DeltaCare USA. Debe atenderse con un dentista de la red de DeltaCare USA para poder recibir los beneficios dentales.			
Paso 1b. Padre, madre o tutor legal Complete la siguiente información si el solicitante suscriptor indicado en el Paso 1a. anterior es menor de 18 años. De lo contrario, continúe con el Paso 1c.			
Nombre:	Inicial del segundo nombre:	Apellido:	
Fecha de nacimiento: MM/DD/AA / /	Número de Seguro Social: - -		
Sexo asignado al nacer: <input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/> No sabe <input type="checkbox"/> Prefiere no decirlo	Identidad de género: <input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/> Hombre transgénero/hombre trans/mujer a hombre (FTM) <input type="checkbox"/> Mujer transgénero/mujer trans/hombre a mujer (MTF) <input type="checkbox"/> No binario, ni exclusivamente masculino ni femenino <input type="checkbox"/> Categoría de género adicional u otra, especifique: _____ <input type="checkbox"/> Prefiere no decirlo	Pronombres: <input type="checkbox"/> Él/Lo/Su <input type="checkbox"/> Ella/La/Su <input type="checkbox"/> Elle/Le/Su <input type="checkbox"/> Otro, especifique: _____ <input type="checkbox"/> Prefiere no decirlo	Orientación sexual <input type="checkbox"/> Lesbiana, gay u homosexual <input type="checkbox"/> Heterosexual <input type="checkbox"/> Bisexual <input type="checkbox"/> Otro, especifique: _____ <input type="checkbox"/> No sabe <input type="checkbox"/> Prefiere no decirlo
¿Qué raza lo representa mejor? Seleccione todas las opciones que correspondan.		¿Es usted de origen hispano, latino o español?	
<input type="checkbox"/> Indígena americano o nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Negro o afroamericano <input type="checkbox"/> Nativo hawaiano y otro isleño del Pacífico	<input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Otro: _____ <input type="checkbox"/> No sabe <input type="checkbox"/> Prefiere no decirlo	<input type="checkbox"/> No, no soy de origen hispano, latino ni español <input type="checkbox"/> Sí, cubano <input type="checkbox"/> Sí, mexicano, mexicano-americano, chicano <input type="checkbox"/> Sí, puertorriqueño	<input type="checkbox"/> Sí, otro origen hispano, latino o español <input type="checkbox"/> Dos o más razas <input type="checkbox"/> Sí, otros <input type="checkbox"/> No sabe <input type="checkbox"/> Prefiere no decirlo
Dirección (no debe ser P.O. Box):			
Ciudad:	Estado:	Código postal:	
Número de teléfono celular: ()	Número de teléfono particular: ()	Otro número de teléfono: ()	
Dirección de correo electrónico:			

Paso 1c. Segundo tutor, cónyuge o pareja doméstica

Complete la siguiente información si desea agregar un segundo tutor/cónyuge/una pareja doméstica a esta póliza. De lo contrario, continúe con el Paso 1d.

Nombre:		Inicial del segundo nombre:		Apellido:					
Fecha de nacimiento: MM/DD/AA / /		Número de Seguro Social: - -		Relación con el suscriptor: <input type="checkbox"/> Tutor <input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Pareja doméstica registrada por el estado					
Sexo asignado al nacer: <input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/> No sabe <input type="checkbox"/> Prefiere no decirlo		Identidad de género: <input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/> Hombre transgénero/hombre trans/mujer a hombre (FTM) <input type="checkbox"/> Mujer transgénero/mujer trans/hombre a mujer (MTF) <input type="checkbox"/> No binario, ni exclusivamente masculino ni femenino <input type="checkbox"/> Categoría de género adicional u otra, especifique: _____ <input type="checkbox"/> Prefiere no decirlo		Pronombres: <input type="checkbox"/> Él/Lo/Su <input type="checkbox"/> Ella/La/Su <input type="checkbox"/> Elle/Le/Su <input type="checkbox"/> Otro, especifique: _____ <input type="checkbox"/> Prefiere no decirlo		Orientación sexual <input type="checkbox"/> Lesbiana, gay u homosexual <input type="checkbox"/> Heterosexual <input type="checkbox"/> Bisexual <input type="checkbox"/> Otro, especifique: _____ <input type="checkbox"/> No sabe <input type="checkbox"/> Prefiere no decirlo			
¿Qué raza lo representa mejor? Seleccione todas las opciones que correspondan. <input type="checkbox"/> Indígena americano o nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Negro o afroamericano <input type="checkbox"/> Nativo hawaiano y otro isleño del Pacífico				<input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Otro: _____ <input type="checkbox"/> No sabe <input type="checkbox"/> Prefiere no decirlo		¿Es usted de origen hispano, latino o español? <input type="checkbox"/> No, no soy de origen hispano, latino ni español <input type="checkbox"/> Sí, cubano <input type="checkbox"/> Sí, mexicano, mexicano-americano, chicano <input type="checkbox"/> Sí, puertorriqueño		<input type="checkbox"/> Sí, otro origen hispano, latino o español <input type="checkbox"/> Dos o más razas <input type="checkbox"/> Sí, otros <input type="checkbox"/> No sabe <input type="checkbox"/> Prefiere no decirlo	
Número de teléfono celular: ()			Número de teléfono particular: ()			Otro número de teléfono: ()			
Dirección de correo electrónico:									
Para buscar un médico afiliado a Sharp Health Plan que se ajuste a sus necesidades y su NPI de proveedor, visite sharphealthplan.com/findadoctor o llame a Atención al Cliente al 1-800-359-2002.									
Médico de atención primaria (si deja el espacio en blanco, Sharp Health Plan le asignará un PCP):						¿Su cónyuge o pareja doméstica es paciente actual de este médico? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
Nombre:			NPI del proveedor:						

Paso 1d. Dependientes

Complete la siguiente información para cada dependiente adicional, padre/madre o padrastro/madrastra que cumpla con la definición de familiar que califica. De lo contrario, continúe con el Paso 2.

1. Nombre: _____ Inicial del segundo nombre: _____ Apellido: _____

Fecha de nacimiento: MM/DD/AA / /	Número de Seguro Social: - -	Relación con el suscriptor:	Sexo <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
--------------------------------------	---------------------------------	-----------------------------	---

Número de teléfono celular: ()	Número de teléfono particular: ()	Otro número de teléfono: ()
------------------------------------	---------------------------------------	---------------------------------

Dirección de correo electrónico:

Para buscar un médico afiliado a Sharp Health Plan que se ajuste a sus necesidades y su NPI de proveedor, visite sharphealthplan.com/findadoctor o llame a Atención al Cliente al 1-800-359-2002.

Médico de atención primaria (si deja el espacio en blanco, Sharp Health Plan le asignará un PCP):		¿Su dependiente es paciente actual de este médico? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Nombre:	NPI del proveedor:	

2. Nombre: _____ Inicial del segundo nombre: _____ Apellido: _____

Fecha de nacimiento: MM/DD/AA / /	Número de Seguro Social: - -	Relación con el suscriptor:	Sexo <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
--------------------------------------	---------------------------------	-----------------------------	---

Número de teléfono celular: ()	Número de teléfono particular: ()	Otro número de teléfono: ()
------------------------------------	---------------------------------------	---------------------------------

Dirección de correo electrónico:

Para buscar un médico afiliado a Sharp Health Plan que se ajuste a sus necesidades y su NPI de proveedor, visite sharphealthplan.com/findadoctor o llame a Atención al Cliente al 1-800-359-2002.

Médico de atención primaria (si deja el espacio en blanco, Sharp Health Plan le asignará un PCP):		¿Su dependiente es paciente actual de este médico? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Nombre:	NPI del proveedor:	

3. Nombre: _____ Inicial del segundo nombre: _____ Apellido: _____

Fecha de nacimiento: MM/DD/AA / /	Número de Seguro Social: - -	Relación con el suscriptor:	Sexo <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
--------------------------------------	---------------------------------	-----------------------------	---

Número de teléfono celular: ()	Número de teléfono particular: ()	Otro número de teléfono: ()
------------------------------------	---------------------------------------	---------------------------------

Dirección de correo electrónico:

Para buscar un médico afiliado a Sharp Health Plan que se ajuste a sus necesidades y su NPI de proveedor, visite sharphealthplan.com/findadoctor o llame a Atención al Cliente al 1-800-359-2002.

Médico de atención primaria (si deja el espacio en blanco, Sharp Health Plan le asignará un PCP):		¿Su dependiente es paciente actual de este médico? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Nombre:	NPI del proveedor:	

DeltaCare USA está financiado en estos estados por las siguientes entidades: AL: Alpha Dental of Alabama, Inc.; AZ: Alpha Dental of Arizona, Inc.; CA: Delta Dental of California; CO, MA, MI, NC, OK, OR y WA: Dentegra Insurance Company; CT, DC, DE, FL, GA, LA, MS y TN: Delta Dental Insurance Company; ID, KY, MD, MO, NJ, OH y TX: Alpha Dental Programs, Inc.; UT: Alpha Dental of Utah, Inc.; NY: Delta Dental of New York, Inc.; PA: Delta Dental of Pennsylvania. Delta Dental Insurance Company es el administrador de DeltaCare USA en todos estos estados. Estas compañías son financieramente responsables de sus propios productos.

Plan de la vista pediátrico

Tenga en cuenta que: Los solicitantes menores de 19 años quedarán automáticamente inscritos en un plan de la vista pediátrico. Los servicios son brindados por Vision Service Plan (VSP). Visite vsp.com/advantage para obtener una lista de los oculistas disponibles.

Paso 2. Selección del plan

Cuando selecciona un plan, debe asegurarse de vivir en un área con un código postal que se encuentre dentro de la red del plan. Visite sharphealthplan.com/networks-by-zip para ver qué códigos postales están incluidos en cada red del plan. Una vez que haya confirmado su red, debe seleccionar un plan de beneficios de la lista que aparece a continuación.

Red Premier	
Nombre del plan	Categoría
<input type="checkbox"/> Sharp Platinum 90 Premier HMO	Platinum
<input type="checkbox"/> Sharp Gold 80 Premier HMO	Gold
<input type="checkbox"/> Sharp Silver 70 Off Exchange Premier HMO	Silver
<input type="checkbox"/> Sharp Bronze 60 HDHP Premier HMO	Bronze

Red Performance	
Nombre del plan	Categoría
<input type="checkbox"/> Sharp Platinum 90 Performance HMO	Platinum
<input type="checkbox"/> Sharp Gold 80 Performance HMO	Gold
<input type="checkbox"/> Sharp Silver 70 Off Exchange Performance HMO	Silver
<input type="checkbox"/> Sharp Bronze 60 Performance HMO	Bronze
<input type="checkbox"/> Sharp Minimum Coverage Performance HMO*	Cobertura mínima

Asimismo, cada plan ha designado un grupo de médicos y hospitales asociados a él, llamado Plan Medical Group (PMG). El plan que seleccione determinará los médicos que están disponibles para usted. Para buscar un médico afiliado a Sharp Health Plan que se ajuste a sus necesidades y su NPI de proveedor, visite sharphealthplan.com o llame a Atención al Cliente al 1-800-359-2002. Asegúrese de seleccionar un médico que esté afiliado a la red del plan para el plan de beneficios en el que desea inscribirse. **Si deja el campo del médico de atención primaria (Primary Care Physician, PCP) en blanco en el paso 1, Sharp Health Plan le asignará un PCP automáticamente.**

Fecha de vigencia de la cobertura

¿Cuál es la fecha de vigencia solicitada de la cobertura? _____

Durante nuestro período de inscripción abierta anual (del 1 de noviembre al 31 de enero**), corresponderán las siguientes fechas de vigencia:

Fecha de recepción de la solicitud completada	Fecha de vigencia
Del 1 de noviembre de 2023 al 15 de diciembre de 2023	1 de enero de 2024
Del 16 de diciembre de 2023 al 31 de enero de 2024**	1 de febrero de 2024

A fin de activar su cobertura a tiempo, Sharp Health Plan debe recibir el primer pago antes de su fecha de vigencia.

* Los planes de cobertura mínima están disponibles para las personas menores de 30 años, a partir de la fecha de vigencia de la cobertura. También están disponibles para aquellos a quienes se les ha otorgado una exención por dificultades económicas del gobierno federal debido a su asequibilidad o dificultades económicas. Si el solicitante tiene 30 años o más, debe proveer el certificado de exención a Sharp Health Plan para procesar la solicitud. Visite healthcare.gov para obtener más información.

** Las fechas para el período de inscripción abierta anual están sujetas a cambios. Llame para obtener la información más reciente sobre los plazos.

Se requiere la verificación de residencia de todos los solicitantes.

Esta solicitud requiere una verificación de residencia para el suscriptor. Si el solicitante es un menor que solicita cobertura como suscriptor, el padre, la madre o el tutor legal deben presentar una prueba de residencia. En el caso de maternidad subrogada, se requiere la residencia del tutor legal. No se requiere una prueba de residencia de la madre sustituta. Para solicitar la aprobación de un plan individual o familiar de Sharp Health Plan, se le solicita una prueba de que reside en el área de servicio de Sharp Health Plan. Los documentos de prueba de residencia deben recibirse dentro de los 10 días hábiles posteriores a la recepción de su solicitud.

- Sharp Health Plan requiere dos documentos que indiquen claramente su nombre completo y la dirección en la que reside actualmente.
- Los documentos de prueba de residencia deben ser la versión más reciente del documento disponible.

Ejemplos de documentos de residencia aceptables: estado de cuenta de gas, electricidad, agua o Internet, estado de cuenta bancario, licencia de conducir de California, contrato de alquiler, registros escolares, recibo de pago, declaración de impuestos, estado de cuenta de impuestos sobre la propiedad.

Sharp Health Plan puede aceptar otros tipos de documentos, según el caso. No se aceptarán documentos escritos a mano o vencidos.

Paso 3. Corredor de seguros/agente/miembro del personal

¿Trabajó con un corredor de seguros/agente/miembro del personal? Sí No

Si un agente, corredor de seguros o miembro del personal de Sharp Health Plan lo ayudó con esta solicitud, asegúrese de que completen esta sección. De lo contrario, continúe con el Paso 4.

Nombre del corredor de seguros/agente/ miembro del personal:	Nombre de la agencia:	Número de licencia:
---	-----------------------	---------------------

Aviso para el corredor de seguros/agente/miembro del personal: Si brindó ayuda al solicitante para enviar esta solicitud, las leyes le exigen que testifique esta asistencia. Si declara cualquier hecho pertinente a sabiendas de que es falso, usted queda sujeto a una sanción civil de hasta diez mil dólares (\$10,000), según lo autorizado conforme al Código de Salud y Seguridad de California, sección 1389.8(c).

Seleccione una opción:

- Ayudé al solicitante a enviar esta solicitud. A mi leal saber y entender, la información en esta solicitud es completa y precisa. Expliqué al solicitante, en un lenguaje fácil de entender, el riesgo que corre al brindar información inexacta, y el solicitante entendió la explicación.
- De ninguna manera ayudé al solicitante a completar o enviar esta solicitud. El solicitante completó toda la información sin recibir asistencia ni asesoramiento de mi parte.

Firma del corredor de seguros/agente/miembro del personal: x	Fecha:
---	--------

Paso 4. Divulgaciones y firmas

Lea la siguiente información cuidadosamente. Cada miembro de la familia mayor de 18 años debe revisar la solicitud completada y consignar su propia firma en la siguiente página. Guarde una copia de esta solicitud para sus registros.

Divulgaciones sobre el plan dental

Entiendo que si manifesté en este formulario que la cobertura del plan se debe brindar únicamente a un hijo dependiente, soy responsable del pago de la prima requerida y del cumplimiento de todas las disposiciones y condiciones del formulario/contrato de divulgación.

DERECHO AL REEMBOLSO: Yo, en nombre de los dependientes indicados en esta solicitud de inscripción, acepto por la presente que, en el caso de que otra parte tenga la responsabilidad primaria de pagar algún servicio dental que yo reciba o que se brinde a mis dependientes cubiertos por Delta Dental of California, debido a otra cobertura dental, informaré plenamente a Delta Dental of California y ejecutaré las asignaciones, los gravámenes y otros documentos que sean necesarios para que Delta Dental of California pueda recuperar el valor de los servicios y suministros brindados.

AVISO: Toda persona que, con la intención de defraudar o a sabiendas de que facilita un fraude contra la aseguradora, envía una solicitud o presenta una reclamación que contiene una declaración falsa o engañosa, es culpable de fraude al seguro y puede quedar sujeta a multas y encarcelamiento.

Divulgaciones de Sharp Health Plan

- Yo soy el único responsable de la precisión e integridad de la información proporcionada en esta solicitud. He revisado personalmente toda la información proporcionada en esta solicitud, incluso si no hubiera completado la solicitud yo mismo. A mi leal saber y entender, toda la información en esta solicitud es completa, exacta y verdadera. Si Sharp Health Plan determina que existe fraude (por acto, conducta u omisión) o una tergiversación intencional del hecho pertinente en la información de esta solicitud, entiendo que se puede rescindir la cobertura según lo permitido por la ley.
- Toda persona que, con la intención de defraudar o a sabiendas de que facilita un fraude contra la aseguradora, envía una solicitud o presenta una reclamación que contiene una declaración falsa o engañosa, es culpable de fraude al seguro y puede quedar sujeta a multas y encarcelamiento.
- De acuerdo con los requisitos de divulgación del Código de Salud y Seguridad de California, Sección 1363 (h), esto es para informarle que la proporción de gastos de atención médica de Sharp Health Plan sobre las primas recibidas durante el último año fiscal con respecto a los planes individuales y familiares de Sharp Health Plan fue del 88.3 %.
- El programa de comisiones de compensación de corredores de seguros de Sharp Health Plan para 2024 es del 5 % de la prima para las inscripciones iniciales y del 4 % de la prima para las renovaciones. Este importe se basa en la prima bruta e incluye la consideración de la compensación tanto directa como indirecta.
- Entiendo que Sharp Health Plan puede someterme a una auditoría, donde tendré que presentar pruebas de residencia, fecha de nacimiento y elegibilidad del dependiente (si corresponde). También entiendo que debo brindar a Sharp Health Plan toda información nueva que surja después de presentar esta solicitud, pero antes de que comience mi inscripción en Sharp Health Plan.
- Entiendo que este plan solo cubrirá los servicios provistos a través de la red de proveedores y centros de mi plan, a menos que yo reciba una autorización previa por escrito por parte de Sharp Health Plan o a menos que los servicios sean servicios de atención de emergencia o de atención de urgencias fuera del área del plan.
- Si en el Paso 1 indiqué que tengo un idioma preferencial que no sea el inglés y he completado la versión en inglés de esta solicitud (o una versión que no es en mi idioma de preferencia), confirmo que entiendo las preguntas de esta solicitud.
- Entiendo que las leyes de California prohíben a los planes de atención médica solicitar o utilizar pruebas de VIH como condición para obtener cobertura.
- Dependiendo de mi nivel de ingreso y tamaño del grupo familiar, comprendo que puedo ser elegible para recibir asistencia financiera para pagar la cobertura de salud si adquiero mi cobertura a través de Covered California. Los planes de beneficios de Sharp Health Plan están disponibles a través de Covered California. Debo inscribirme durante un período de inscripción abierta o especial. El período de inscripción abierta se extiende desde el 1 de noviembre hasta el 31 de enero. Sin embargo, entiendo que para que la cobertura empiece el 1 de enero, debo presentar la solicitud a más tardar el 15 de diciembre del año calendario anterior. Si se produce un cambio en mi vida, como un matrimonio, un divorcio, un nacimiento o la pérdida del empleo, puedo inscribirme en el momento en que se produce el cambio ("período de inscripción especial").
- Entiendo que tengo el derecho de usar el proceso interno de resolución de disputas de Sharp Health Plan si surge cualquier disputa o controversia con respecto a la aplicación, interpretación o incumplimiento del acuerdo entre Sharp Health Plan y yo (o un dependiente inscrito), ya sea dentro del contrato, extracontractualmente o de otro modo. Si no estoy satisfecho con el resultado del proceso de resolución de disputas, entiendo que tengo derecho a solicitar un arbitraje vinculante voluntario, el cual es el último paso para resolver reclamos. Después de recibir una solicitud de arbitraje, Sharp Health Plan acepta utilizar un árbitro neutral de una entidad adecuada. El arbitraje se llevará a cabo de conformidad con las normas y regulaciones de la entidad elegida.
- La persona abajo firmante acepta expresamente que Sharp Health Plan, sus socios comerciales y otros terceros, incluidos los recaudadores de deudas, le envíen comunicaciones electrónicas periódicas para cualquier fin legal, incluidos los fines comerciales o de marketing de rutina, a cualquier dirección de correo electrónico o número de teléfono que la persona proporcione. Los mensajes pueden enviarse por mensaje de texto (SMS), correo electrónico, sistemas de marcado telefónico automático (marcador automático), mensajes pregrabados o llamadas de operador en vivo. La frecuencia de los mensajes variará. Se aplican tarifas de mensajes y datos. La persona abajo firmante puede optar por no recibir más comunicaciones electrónicas automatizadas en cualquier momento. Para ello, debe enviar un mensaje de texto con la palabra STOP o llamar al 1-800-827-4277. El hecho de que la persona abajo firmante acepte recibir o no estos mensajes no afectará la atención ni la cobertura de ninguna manera. Visite www.sharphealthplan.com/terms para conocer todos los Términos de uso.

(continúa en la siguiente página)

Paso 4 (continuación)

- Sharp Health Plan le proporciona cobertura de cuidado de la salud. Las leyes estatales y federales nos exigen que protejamos su información de salud. Contamos con procesos internos para resguardar su información médica protegida (Protected Health Information, PHI) electrónica, oral e impresa. Debemos entregarle este aviso que especifica cómo podemos usar y compartir su información y cuáles son sus derechos. Tenemos derecho a modificar las prácticas de privacidad descritas en este aviso. Si implementamos algún cambio, el nuevo Aviso se encontrará disponible a pedido en nuestra oficina y en nuestro sitio web. Sharp Health Plan utilizará los datos para abordar las disparidades y concentrar los esfuerzos de mejora de la calidad en la prestación de servicios adecuados según los datos de raza, origen étnico, acceso e idioma (race, ethnicity, access and language, REAL), orientación sexual e identidad de género (sexual orientation and gender identity, SOGI), y servicios para personas con discapacidad. El uso no permitido de estos datos incluye el uso de los datos para la suscripción y la denegación de cobertura y beneficios.

Aviso de HICAP

- Si usted, su padre/madre o padrastro/madrastra dependiente es elegible para Medicare o está inscrito en Medicare, usted tiene derecho a ser informado y comprender sus derechos y opciones específicos antes de inscribirse. El Programa de Asesoramiento y Defensa de Seguros Médicos (Health Insurance Counseling and Advocacy Program, HICAP) brinda asesoramiento de seguros a los residentes de California de edad avanzada sin cargo.
 - Teléfono del programa HICAP en todo el estado: 1-800-434-0222
 - Programa HICAP local:
Dirección: 5151 Murphy Canyon Road, Suite 110
San Diego, CA 92123
Teléfono: 1-858-565-8772

Suscriptor (padre, madre o tutor legal del suscriptor si este es menor de 18 años)

Nombre:	Firma: x	Fecha:
---------	-------------	--------

Aviso de no discriminación

Sharp Health Plan cumple con las leyes federales pertinentes sobre derechos civiles y no discrimina por motivos de raza, color, nacionalidad, ascendencia, religión, sexo, estado civil, género, identidad de género, orientación sexual, edad o discapacidad. Sharp Health Plan no excluye a las personas ni las trata diferente debido a su raza, color, nacionalidad, ascendencia, religión, sexo, estado civil, género, identidad de género, orientación sexual, edad o discapacidad.

Sharp Health Plan:

- Ofrece ayuda y servicios gratuitos a las personas con discapacidades para que se puedan comunicar de manera efectiva con nosotros, como por ejemplo:
 - Intérpretes acreditados en el lenguaje de señas.
 - Información en otros formatos (como con letras grandes, audio, formatos electrónicos accesibles u otros formatos) sin cargo.
- Ofrece servicios de idiomas gratuitos a las personas cuya lengua principal no es el inglés, como los siguientes:
 - Intérpretes acreditados.
 - Información escrita en otros idiomas.

Si necesita estos servicios, comuníquese con Atención al Cliente al 1-800-359-2002.

Si usted cree que Sharp Health Plan no le ha brindado estos servicios o lo ha discriminado de alguna otra manera por su raza, color, nacionalidad, ascendencia, religión, sexo, estado civil, género, identidad de género, orientación sexual, edad o discapacidad, puede presentar una queja formal a nuestro coordinador de derechos civiles a través de la siguiente información de contacto:

- Dirección: Sharp Health Plan Appeal/Grievance Department, 8520 Tech Way, Suite 200, San Diego, CA 92123-1450
- Teléfono: 1-800-359-2002 (TTY 711)
- Fax: 1-619-740-8572

También puede presentar una queja formal personalmente o por correo o fax, o completar el formulario de queja formal/apelación en línea en el sitio web del plan en sharphealthplan.com. Si necesita ayuda para presentar una queja formal, llame a nuestro equipo de Atención al Cliente al 1-800-359-2002. También puede presentar una queja por discriminación si existe un problema de discriminación por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo a la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos por vía electrónica a través del Portal de Quejas de la Oficina de Derechos Civiles, disponible en ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf, o por correo o teléfono a través de la siguiente información de contacto: U.S. Department of Health and Human Services, 200 Independence Avenue SW, Room 509F, HHH Building, Washington, DC 20201, 1-800-368-1019, 1-800-537-7697 (TDD).

Los formularios de reclamos también están disponibles en hhs.gov/ocr/office/file/index.html.

El Departamento de Atención Médica Administrada de California es responsable de regular los planes de servicios de atención médica. Si su queja formal no ha sido resuelta de forma satisfactoria por Sharp Health Plan o si su queja formal sigue sin resolverse después de 30 días, puede comunicarse a la línea gratuita del Departamento de Atención Médica Administrada para recibir asistencia:

- 1-888-466-2219 Voz
- 1-877-688-9891 TDD

En el sitio web del Departamento de Atención Médica Administrada, puede encontrar instrucciones y formularios de reclamos en línea: www.dmhc.ca.gov

IMPORTANT: Can you read this letter? If not, we can have somebody help you read it. You may also be able to get this letter written in your language. For free help, please call Sharp Health Plan right away at 1-858-499-8300 or 1-800-359-2002.

IMPORTANTE: ¿Puede leer esta carta? Si no le es posible, podemos ofrecerle ayuda para que alguien se la lea. Además, usted también puede obtener esta carta en su idioma. Para ayuda gratuita, por favor llame a Sharp Health Plan inmediatamente al 1-858-499-8300 o 1-800-359-2002.

Servicios de asistencia en idiomas

English

ATTENTION: If you do not speak English, language assistance services, free of charge, are available to you. Call 1-800-359-2002 (TTY:711).

Español (Spanish)

ATENCIÓN: si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1-800-359-2002 (TTY:711).

繁體中文 (Chinese)

注意：如果您使用繁體中文，您可以免費獲得語言援助服務。請致電 1-800-359-2002 (TTY:711)。

Tiếng Việt (Vietnamese)

CHÚ Ý: Nếu bạn nói Tiếng Việt, có các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho bạn. Gọi số 1-800-359-2002 (TTY:711).

Tagalog (Tagalog – Filipino):

PAUNAWA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, maaari kang gumamit ng mga serbisyo ng tulong sa wika nang walang bayad. Tumawag sa 1-800-359-2002 (TTY:711).

한국어 (Korean):

주의: 한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. 1-800-359-2002 (TTY:711) 번으로 전화해 주십시오.

Հայերեն (Armenian):

ՈՒՇԱԴՐՈՒԹՅՈՒՆ՝ Եթե խոսում եք հայերեն, ապա ձեզ անվճար կարող են տրամադրվել լեզվական աջակցության ծառայություններ: Ջանգահարեք 1-800-359-2002 (TTY (հեռատիպ) 711)։

فارسی (Farsi):

توجه: اگر به زبان فارسی گفتگو می کنید، تسهیلات زبانی بصورت رایگان برای شما

فراهم می باشد. با 1-800-359-2002 (TTY:711) تماس بگیرید

Русский (Russian):

ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русском языке, то вам доступны бесплатные услуги перевода. Звоните 1-800-359-2002 (телетайп: 711).

日本語 (Japanese):

注意事項：日本語を話される場合、無料の言語支援をご利用いただけます。1-800-359-2002 (TTY:711) まで、お電話にてご連絡ください。

عربي (Arabic):

ملحوظة: إذا كنت تتحدث اذكر اللغة، فإن خدمات المساعدة اللغوية تتوافر لك بالمجان. اتصل برقم 1-800-359-2002 (رقم

هاتف الصم والبكم 711).

ਪੰਜਾਬੀ (Punjabi):

ਧਿਆਨ ਦਿਓ: ਜੇ ਤੁਸੀਂ ਪੰਜਾਬੀ ਬੋਲਦੇ ਹੋ, ਤਾਂ ਭਾਸ਼ਾ ਵੱਚਿ ਸਹਾਇਤਾ ਸੇਵਾ ਤੁਹਾਡੇ ਲਈ ਮੁਫਤ ਉਪਲਬਧ ਹੈ। 1-800-359-2002 (TTY:711) 'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ।

ខ្មែរ (Mon Khmer, Cambodian):

ប្រយ័ត្ន: បើសិនជាអ្នកនិយាយ ភាសាខ្មែរ, សេវាជំនួយផ្នែកភាសា ដោយមិនគិតថ្លៃ គឺអាចមានសំរាប់អ្នក។ ចូរ ទូរស័ព្ទ 1-800-359-2002 (TTY:711)។

Hmoob (Hmong):

LUS CEEV: Yog tias koj hais lus Hmoob, cov kev pab txog lus, muaj kev pab dawb rau koj. Hu rau 1-800-359-2002 (TTY:711).

हिंदी (Hindi):

ध्यान दें: यदि आप हिंदी बोलते हैं तो आपके लिए मुफ्त में भाषा सहायता सेवाएं उपलब्ध हैं। 1-800-359-2002 (TTY:711) पर कॉल करें।

ภาษาไทย (Thai):

เรียน: ถ้าคุณพูดภาษาไทยคุณสามารถใช้บริการช่วยเหลือทางภาษาได้ฟรี โทร 1-800-359-2002 (TTY:711).