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**.

Cómo presentar el formulario

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 la 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

Sharp Health Plan Customer Care
1-858-499-8300



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 ayudarle de lunes a viernes, de 8 a. m. a 5 p.m.

Información preliminar

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

En caso afirmativo, ingrese su número de identificación de suscriptor (figura en su tarjeta de ID de miembro): _____

¿Se inscribirá en cualquier otro seguro de salud con otra aseguradora? ☐ Sí ☐ No

En caso afirmativo, provea la compañía de seguros: _____

¿Su empleador le ha ofrecido un Acuerdo de reembolso de salud de cobertura individual (ICHRA)? ☐ Sí ☐ No ☐ No aplica

¿Cómo supo de nosotros?

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

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

Nombre:	Inicial del segundo nombre:	Apellido:

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

Sexo asignado al nacer:	Identidad de género:	Pronombres:	Orientación sexual
☐ Masculino ☐ Femenino ☐ No sabe ☐ Prefiere no decirlo	☐ Hombre ☐ Mujer ☐ Hombre transgénero/hombre trans/mujer a hombre (FTM) ☐ Mujer transgénero/mujer trans/ hombre a mujer (MTF) ☐ No binario, ni exclusivamente masculino ni femenino ☐ Categoría de género adicional u otra, especifique: _____ ☐ Prefiere no decirlo	☐ Él/lo/su ☐ Ella/la/su ☐ Elle/le/su ☐ Otra. Por favor, especifique: _____ ☐ Prefiere no decirlo	☐ Lesbiana, gay u homosexual ☐ Heterosexual ☐ Bisexual ☐ Otra. Por favor, especifique: _____ ☐ Prefiere no decirlo

¿Qué raza le representa mejor? Seleccione todas las opciones que correspondan.		¿Es usted de origen hispano, latino o español?	
☐ Indígena americano o nativo de Alaska ☐ Asiática ☐ Negra o afroamericana ☐ Nativa hawaiana y otra isleña del Pacífico	☐ Blanca ☐ Otra: _____ ☐ No sabe ☐ Prefiere no decirlo	☐ No, no soy de origen hispano, latino ni español ☐ Sí, cubano ☐ Sí, mexicano, mexicano-americano o chicano ☐Sí, puertorriqueño	☐ Sí, otro origen hispano, latino o español ☐ Dos o más razas ☐ Sí, otro ☐ No sabe ☐ 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:

☐ He leído y acepto recibir mensajes de texto o llamadas de voz automatizadas y pregrabadas de conformidad con los términos y condiciones que establece Sharp Health Plan. Para obtener más información, visite **sharphealthplan.com/terms**.

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

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

Para buscar un proveedor afiliado a Sharp Health Plan que se ajuste a sus necesidades y encontrar el identificador nacional del proveedor (NPI), ingrese en **sharphealthplan.com/findaprovider** o llame a Servicio 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:	☐ Sí ☐ 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 encontrar un dentista de Delta Dental en su red, visite **deltadentalins.com**, haga clic en "Find a Dentist" (Buscar un dentista) y elija un dentista en la red de DeltaCare USA. Debe atenderse con un dentista de la red de DeltaCare USA para poder recibir los beneficios dentales.

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 lo siguiente: 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 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 1d.

Nombre:	Inicial del segundo nombre:	Apellido:

Fecha de nacimiento: MM/DD/AAAA / /	Número de Seguro Social: – –

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 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 1d.

Nombre:	Inicial del segundo nombre:	Apellido:

Fecha de nacimiento: MM/DD/AAAA / /	Número de Seguro Social: – –

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 1d. Cónyuge o pareja doméstica

Complete la siguiente información si quiere agregar a su cónyuge o pareja doméstica a esta póliza. De lo contrario, continúe con el Paso 1e.

Nombre: Inicial del segundo nombre: Apellido:

Fecha de nacimiento: MM/DD/AAAA / /

Número de Seguro Social: – –

Relación con el suscriptor:
☐ Cónyuge ☐ Pareja doméstica registrada por el estado

Sexo asignado al nacer:
☐ Masculino
☐ Femenino
☐ No sabe
☐ Prefiere no decirlo

Identidad de género:
☐ Hombre
☐ Mujer
☐ Hombre transgénero/hombre trans/mujer a hombre (FTM)
☐ Mujer transgénero/mujer trans/hombre a mujer (MTF)
☐ No binario, ni exclusivamente masculino ni femenino
☐ Categoría de género adicional u otra, especifique:
_____
☐ Prefiere no decirlo

Pronombres:
☐ Él/lo/su
☐ Ella/la/su
☐ Elle/le/su
☐ Otra. Por favor, especifique:
_____
☐ Prefiere no decirlo

Orientación sexual
☐ Lesbiana, gay u homosexual
☐ Heterosexual
☐ Bisexual
☐ Otra. Por favor, especifique:
_____
☐ Prefiere no decirlo

¿Qué raza le representa mejor? Seleccione todas las opciones que correspondan.

☐ Indígena americano o nativo de Alaska
☐ Asiática
☐ Negra o afroamericana
☐ Nativa hawaiana y otra isleña del Pacífico
☐ Blanca
☐ Otra: _____
☐ No sabe
☐ Prefiere no decirlo

¿Es usted de origen hispano, latino o español?

☐ No, no soy de origen hispano, latino ni español
☐ Sí, cubano
☐ Sí, mexicano, mexicano-americano o chicano
☐ Sí, puertorriqueño
☐ Sí, otro origen hispano, latino o español
☐ Dos o más razas
☐ Sí, otro
☐ No sabe
☐ Prefiere no decirlo

Número de teléfono celular: ( )

Número de teléfono particular: ( )

Otro número de teléfono: ( )

Dirección de correo electrónico:

Para buscar un proveedor afiliado a Sharp Health Plan que se ajuste a sus necesidades y encontrar el identificador nacional del proveedor (NPI), ingrese en **sharphealthplan.com/findaprovider** o llame a Servicio al Cliente, al 1-800-359-2002.

Médico de atención primaria (si deja el espacio en blanco, Sharp Health Plan le asignará un PCP):

Nombre:

NPI del proveedor:

¿Su cónyuge o pareja doméstica es paciente actual de este médico?
☐ Sí ☐ No

Paso 1e. Dependientes

Complete la siguiente información para cada dependiente adicional, padre/madre o padrastro/madrastra dependientes 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/AAAA / /	Número de Seguro Social: – –	Relación con el suscriptor:	Sexo ☐ M ☐ F ☐ Otro

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

Dirección de correo electrónico:

Para buscar un proveedor afiliado a Sharp Health Plan que se ajuste a sus necesidades y encontrar el identificador nacional del proveedor (NPI), ingrese en **sharphealthplan.com/findaprovider** o llame a Servicio 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?
Nombre:	NPI del proveedor:	☐ Sí ☐ No

2. Nombre: Inicial del segundo nombre: Apellido:

Fecha de nacimiento: MM/DD/AAAA / /	Número de Seguro Social: – –	Relación con el suscriptor:	Sexo ☐ M ☐ F ☐ Otro

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

Dirección de correo electrónico:

Para buscar un proveedor afiliado a Sharp Health Plan que se ajuste a sus necesidades y encontrar el identificador nacional del proveedor (NPI), ingrese en **sharphealthplan.com/findaprovider** o llame a Servicio 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?
Nombre:	NPI del proveedor:	☐ Sí ☐ No

3. Nombre: Inicial del segundo nombre: Apellido:

Fecha de nacimiento: MM/DD/AAAA / /	Número de Seguro Social: – –	Relación con el suscriptor:	Sexo ☐ M ☐ F ☐ Otro

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

Dirección de correo electrónico:

Para buscar un proveedor afiliado a Sharp Health Plan que se ajuste a sus necesidades y encontrar el identificador nacional del proveedor (NPI), ingrese en **sharphealthplan.com/findaprovider** o llame a Servicio 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?
Nombre:	NPI del proveedor:	☐ Sí ☐ No

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 abajo.

Red Premier	
Nombre del plan	**Nivel de cobertura**
☐ Sharp Platinum 90 Premier HMO	Platinum
☐ Sharp Gold 80 Premier HMO	Gold
☐ Sharp Silver 70 Off Exchange Premier HMO	Silver
☐ Sharp Bronze 60 HDHP Premier HMO[1]	Bronze

Red Performance	
Nombre del plan	**Nivel de cobertura**
☐ Sharp Platinum 90 Performance HMO	Platinum
☐ Sharp Gold 80 Performance HMO	Gold
☐ Sharp Silver 70 Off Exchange Performance HMO	Silver
☐ Sharp Bronze 60 Performance HMO[1]	Bronze
☐ Sharp Minimum Coverage Performance HMO[1,2]	Cobertura mínima

Asimismo, cada plan ha designado un grupo de médicos y hospitales asociados a él, llamado grupo médico del plan (Plan Medical Group, PMG). La red del plan que seleccione determinará los proveedores que están disponibles para usted. Para buscar un proveedor afiliado a Sharp Health Plan que se ajuste a sus necesidades y encontrar el identificador nacional del proveedor (NPI), ingrese en **sharphealthplan.com/findaprovider** o llame a Servicio al Cliente, al 1-800-359-2002. Asegúrese de seleccionar un proveedor que esté afiliado a la red del plan para el plan de beneficios en el que desea afiliarse. **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 2026 al 15 de diciembre de 2026	1 de enero de 2027
Del 1 de noviembre de 2026 al 31 de enero de 2027*	1 de febrero de 2027

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

1 Es posible que los solicitantes afiliados en un plan de salud con deducible alto (High-Deductible Health Plan, HDHP), un plan Bronze individual y familiar, o una cobertura mínima individual y familiar sean elegibles para abrir una cuenta de ahorros para gastos de la salud (HSA) con un banco o institución financiera de su elección.

2 Los planes de cobertura mínima están disponibles para las personas que tengan menos 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 debe 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 ni 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:	Número de productor nacional (NPN):

Aviso para el corredor de seguros/agente/miembro del personal: Si brindó ayuda al solicitante para presentar 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 presentar 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 ni a presentar 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, aunque no haya sido yo quien la completó. A mi leal saber y entender, toda la información incluida en esta solicitud es correcta y verdadera, y está completa. Si Sharp Health Plan determina que existe fraude (por acción, práctica u omisión) o una tergiversación intencional de algún hecho sustancial 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 89 %.
- El programa de comisiones de compensación de corredores de seguros de Sharp Health Plan para 2027 es del $18 al mes por afiliado, para las inscripciones iniciales y para las renovaciones.

(continúa en la siguiente página)

Paso 4 (continuación)

- 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 prefiero un idioma que no es 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 exigir o utilizar pruebas de VIH como condición para obtener cobertura.
- Dependiendo de mi nivel de ingreso y del tamaño del grupo familiar, entiendo 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 presentar la solicitud 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 presentar la solicitud en el momento en que se produce el cambio (“período de inscripción especial”).
- Entiendo que tengo derecho a usar el proceso interno de resolución de disputas de Sharp Health Plan si surge cualquier disputa o controversia con respecto al cumplimiento, la interpretación o el incumplimiento del acuerdo entre Sharp Health Plan y yo (o un dependiente inscrito), ya sea en virtud del contrato, por actos civiles ilícitos o por otra causa. Si no estoy conforme con el resultado del proceso de resolución de disputas, entiendo que tengo derecho a solicitar un arbitraje voluntario vinculante, el cual es el último paso para resolver quejas. 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 las 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. Las comunicaciones 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 esto, debe enviar un mensaje de texto con la palabra STOP (detener) 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 **sharphealthplan.com/terms** para conocer todos los términos de uso.
- 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, 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 aplicables sobre derechos civiles y no discrimina por motivos de raza, color, nacionalidad, ascendencia, religión, sexo, estado civil, género, identidad de género, orientación sexual, edad ni 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 ni discapacidad. También se puede acceder a una copia del Aviso de no discriminación en **sharphealthplan.com/members/notices-and-disclosures**.

Sharp Health Plan:

- Ofrece ayuda y servicios gratuitos, como intérpretes acreditados en la lengua de señas, a las personas con discapacidades para que se puedan comunicar de manera efectiva con nosotros.
- Ofrece modificaciones razonables a las personas con discapacidades, y ayudas y servicios auxiliares adecuados, incluidos intérpretes acreditados para personas con discapacidades e información en formatos alternativos, como braille o letra grande, sin cargo y de manera oportuna, cuando dichas modificaciones, ayudas y servicios sean necesarios para garantizar la accesibilidad y la igualdad de oportunidades de participación a las personas con discapacidades.
- Ofrece servicios de idiomas gratuitos a las personas cuya lengua principal no es el inglés, como los siguientes:
  - Intérpretes acreditados y servicios de asistencia lingüística, que incluyen traducción de documentos electrónicos y escritos, e interpretación oral, sin cargo y de manera oportuna, cuando dichos servicios sean un paso razonable para proporcionar el acceso significativo a una persona con dominio limitado del inglés. Si necesita estos servicios, comuníquese con Atención al Cliente al 1-800-359-2002 (TTY 711).

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 y al coordinador de no discriminación de la sección 1557 usando la siguiente información de contacto:

- Dirección: Sharp Health Plan Compliance Department, Attn: Director of Compliance and Regulatory Affairs Department, 8520 Tech Way, Suite 200, San Diego, CA 92123-1450
- Teléfono: 1-800-359-2002 (TTY 711)
- Fax: 1-619-740-8572
- Correo electrónico: shpcompliance@sharp.com

También puede presentar una queja formal personalmente, por correo postal o por fax, o completar el formulario de queja formal/apelación en línea en el sitio web del plan: **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 si existe alguna preocupación relacionada con discriminación por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU. de manera electrónica mediante el portal de quejas de la Oficina de Derechos Civiles, disponible en **ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf**. También puede hacerlo por correo o por teléfono: 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 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 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, encontrará formularios de queja e instrucciones: **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: Զանգահարեք 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 (TTY:711) 1-800-359-2002 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。

العربية **(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 ਵਿੱਚ ਸਹਾਇਤਾ ਸੇਵਾ ਤੁਹਾਡੇ ਲਈ ਮੁਫਤ ਉਪਲਬਧ ਹੈ। 1-800-359-2002 (TTY:711) 'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ।

ខ្មែរ **(Mon Khmer, Cambodian):**
ប្រយ័ត្ន៖ បើសិនជាអ្នកនិយាយ ភាសាខ្មែរ, សេវាជំនួយផ្នែកភាសា ដោយមិនគិតឈ្នួល គឺអាចមានសំរាប់បំរើអ្នក។ 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 है तो आपके लिए मुफ्त में भाषा सहायता सेवाएं उपलब्ध है। 1-800-359-2002 (TTY:711) पर कॉल करें।

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