

Formulario de Inscripción para Empleados de Grupos de Grandes Empresas de California/ CA Large Groups Employee Enrollment Form

UnitedHealthcare Insurance Company
UnitedHealthcare of California
UnitedHealthcare Benefits Plan of California

Para agilizar el proceso de inscripción, sea cuidadoso y llene
todas las secciones que correspondan./To speed the enrollment
process, please be thorough and fill out all sections that apply.

El Empleador Debe Llenar esta Sección/ To Be Completed by Employer		Fecha de Vigencia Solicitada de la Cobertura/Fecha de Cambio/ Requested Effective Date of Coverage/Date of Change ____/____/____		
Nombre del Grupo/Group Name: _____				
Opera como (si corresponde)/DBA (if applicable): _____				
	Producto/ Product	N.º de Grupo/ Group #	N.º de Variación de Plan/ Plan Variation #	Código de Presentación de Informes/Reporting Code
Fecha de Contratación/Date of Hire ____/____/____	Plan Médico/ Medical			
Puesto/Cargo/Position/Title	Plan Dental/ Dental			
Horas Trabajadas por Semana/Hours Worked per Week	Plan de la Vista/Vision			
Sueldo/Salary \$ _____ Obligatorio solo si el Plan de Seguro de Vida, STD o LTD se basa en el sueldo/Required only if Life, STD or LTD Plan based on salary	Vida/Life			

Razón de la Solicitud/Reason for Application ☐ Nuevo Plan de Grupo/ New Group Plan ☐ Evento de Vida/Fecha/Life Event/Date ____/____/____ ☐ Cambio de Estado/ Status Change _____ ☐ Agregar/Eliminar Dependiente/Dependent Add/Delete ☐ Cambio de Nombre/ Dirección/Change Name/ Address ☐ Renuncia a la Cobertura/ Waiving Coverage ☐ Otro/ Other _____		Tipo de Empleado (Marque todas las opciones que correspondan)/ Employee Type (Check all that apply) ☐ Activo/Active ☐ Sindicado/Union ☐ No Sindicado/Non-Union ☐ Por Hora/Hourly ☐ Asalariado/Salary ☐ Otro/Other _____ ☐ Jubilado Anticipado/Early Retiree ☐ Jubilado/Retired ☐ COBRA ☐ Cal COBRA Fecha de inicio/Start date ____/____/____ Fecha de finalización/End date ____/____/____ Indique el Evento que Califica/ Indicate Qualifying Event _____ Fecha del Evento que Califica Original/Original Qualifying Event Date Fecha de inicio/BEGIN date ____/____/____ Fecha de finalización/End date ____/____/____		Cancelaciones/Cancellations: Última Fecha de Empleo/ Last Date of Employment ____/____/____ Fecha de Vigencia Solicitada de la Cancelación/ Requested Effective Date of Cancellation ____/____/____ ☐ Cancelar toda la cobertura/Cancel all coverage ☐ Cancelar todo lo detallado a continuación – Sección B (información de la familia)/Cancel all listed below – Section B (family information) ☐ Muerte/Death ☐ Despido del Empleado/Employee Terminated ☐ Divorcio/Divorce ☐ Se mudó fuera del área de servicio/Moved out of service area ☐ El dependiente alcanzó la edad máxima para dependientes/Dependent reached dependent maximum age ☐ Otro (describir)/ Other (describe) _____
---	--	---	--	--

A. Información sobre el Empleado/Employee Information			Llene todas las secciones. Si renuncia a toda la cobertura, llene solo las Secciones A y F./Complete all sections. If you are waiving all coverage, please complete only Sections A and F.		
Apellido/Last Name	Nombre/First Name	Inicial del 2.º Nombre/MI	Número de Seguro Social/Social Security Number	Teléfono Residencial/Home Phone Teléfono del Trabajo/Work Phone	
Dirección/Address	N.º de Dpto./Apt. #	Ciudad/City	Estado/State	Código Postal/ZIP	Dirección de correo electrónico/E-mail address
Fecha de Nacimiento/Date of Birth ____/____/____	Sexo/Sex ☐ M ☐ F	Estado Civil/Marital Status ☐ Soltero/Single ☐ Casado/Married ☐ Divorciado/Divorce ☐ Viudo/Widowed ☐ Pareja de Unión Libre/Domestic Partner			
¿Usted o alguno de sus dependientes ha sido alguna vez miembro de UnitedHealthcare?/Have you or your dependents ever been a UnitedHealthcare member? ☐ Sí/Yes ☐ No	¿Ha consumido tabaco en los últimos 12 meses?/Have you used tobacco within the past 12 months? ☐ Sí/Yes ☐ No	Idioma Preferido/Preferred Language: ☐ Inglés/English ☐ Español/Spanish ☐ Chino/Chinese ☐ Vietnamita/Vietnamese ☐ Coreano/Korean ☐ Otro/Other _____			
Nombre del Médico de Atención Primaria ⁽¹⁾ /Primary Care Physician ⁽¹⁾ Paciente Actual/Existing Patient ☐ Sí/Yes ☐ No Nombre/Name: _____ Dirección/Address _____ N.º de Id./ID# _____			Nombre del Dentista de Atención Primaria ⁽²⁾ /Primary Care Dentist ⁽²⁾ Paciente Actual/Existing Patient ☐ Sí/Yes ☐ No Nombre/Name: _____ N.º de Id./ID# _____		

B. Información Familiar del Cónyuge/ Family Information for Spouse		Llene todas las secciones para todos los miembros de la familia./Complete all sections for all family members.			
Parentesco ⁽³⁾ / Relationship ⁽³⁾ Cónyuge/ Pareja de Unión Libre/ Spouse/ Domestic Partner	Apellido/Last Name	Nombre/First Name	Inicial del 2.º Nombre/MI	Sexo/Sex ☐ M ☐ F	Fecha de Nacimiento/ Date of Birth ____/____/____
	Número de Seguro Social/Social Security Number			¿Consumió tabaco en los últimos 12 meses?/Used tobacco within the last 12 months? ☐ Sí/Yes ☐ No	
Marque la Casilla que Corresponda/ Check Appropriate Box ☐ Inscribir/ Enroll ☐ Cancelar/ Cancel ☐ Cambiar/ Change	Dirección (si es distinta a la del Empleado)/Address (if different from Employee)		Idioma Preferido/Preferred Language: ☐ Inglés/English ☐ Español/Spanish ☐ Chino/Chinese ☐ Vietnamita/Vietnamese ☐ Coreano/Korean ☐ Otro/Other _____		
	Nombre del Médico de Atención Primaria ⁽¹⁾ /Primary Care Physician ⁽¹⁾ Paciente Actual/Existing Patient ☐ Sí/Yes ☐ No Nombre/Name: _____		Nombre del Dentista de Atención Primaria ⁽²⁾ /Primary Care Dentist ⁽²⁾ Paciente Actual/Existing Patient ☐ Sí/Yes ☐ No Nombre/Name: _____		
	Dirección/Address _____ N.º de Id./ID# _____		N.º de Id./ID# _____		

IMPORTANTE: (1) Use el Directorio de Proveedores de UnitedHealthcare para elegir un Médico de Atención Primaria para usted y cada uno de sus dependientes cubiertos para los productos que requieren la designación de un Médico de Atención Primaria. (2) Use el Directorio Dental para elegir un Dentista de Atención Primaria para usted y cada uno de sus dependientes cubiertos para los productos que requieren la designación de un Dentista de Atención Primaria. (3) En el caso de dependientes ordenados por un tribunal, se debe adjuntar la documentación legal. (4) Si respondió "Sí" en Discapacitado y el hijo dependiente es mayor de 26 años de edad, soltero, depende principalmente del suscriptor/persona cubierta para su manutención y no es capaz de mantenerse a sí mismo debido a una lesión, enfermedad o condición que le produce una discapacidad física o mental, adjunte un certificado médico de la discapacidad./IMPORTANT: (1) Please use the UnitedHealthcare Provider Directory to select a Primary Care Physician for yourself and each of your covered dependents for products requiring a Primary Care Physician designation. (2) Please use the Dental Directory to select a Primary Care Dentist for yourself and each of your covered dependents for products requiring a Primary Care Dentist designation. (3) For court-ordered dependent, legal documentation must be attached. (4) If you answered "Yes" for Disabled and the dependent child is 26 years of age or older, unmarried, chiefly dependent upon subscriber/covered person for support and is not able to be self-supporting because of a physically or mentally disabling injury, illness or condition, please attach a medical certification of disability.

B. Información Familiar de los Dependientes/ Family Information for Dependents		Llene todas las secciones para todos los miembros de la familia. (Adjunte más hojas si es necesario)/Complete all sections for all family members. (Attach sheet if necessary)			
Parentesco ⁽³⁾ / Relationship ⁽³⁾ Dependiente/ Dependent	Apellido/Last Name _____	Nombre/First Name _____	Inicial del 2.º Nombre/MI _____	Sexo/Sex ☐ M ☐ F	Fecha de Nacimiento/ Date of Birth ____/____/____
	Número de Seguro Social/Social Security Number _____		Con Discapacidad permanente y mayor de 26 años de edad ⁽⁴⁾ / Permanently Disabled and age 26 or older ⁽⁴⁾ ☐ Sí/Yes ☐ No		
Marque la Casilla que Corresponda/ Check Appropriate Box ☐ Inscribir/ Enroll ☐ Cancelar/ Cancel ☐ Cambiar/ Change	Dirección (si es distinta a la del Empleado)/Address (if different from Employee) _____		¿Consumió tabaco en los últimos 12 meses?/Used tobacco within the last 12 months? ☐ Sí/Yes ☐ No Idioma Preferido/Preferred Language: ☐ Inglés/English ☐ Español/Spanish ☐ Chino/Chinese ☐ Vietnamita/Vietnamese ☐ Coreano/Korean ☐ Otro/Other _____		
	Nombre del Médico de Atención Primaria ⁽¹⁾ /Primary Care Physician ⁽¹⁾ Paciente Actual/Existing Patient ☐ Sí/Yes ☐ No Nombre/Name: _____ Dirección/Address _____ N.º de Id./ID# _____		Nombre del Dentista de Atención Primaria ⁽²⁾ /Primary Care Dentist ⁽²⁾ Paciente Actual/Existing Patient ☐ Sí/Yes ☐ No Nombre/Name: _____ N.º de Id./ID# _____		
Parentesco ⁽³⁾ / Relationship ⁽³⁾ Dependiente/ Dependent	Apellido/Last Name _____	Nombre/First Name _____	Inicial del 2.º Nombre/MI _____	Sexo/Sex ☐ M ☐ F	Fecha de Nacimiento/ Date of Birth ____/____/____
	Número de Seguro Social/Social Security Number _____		Con Discapacidad permanente y mayor de 26 años de edad ⁽⁴⁾ / Permanently Disabled and age 26 or older ⁽⁴⁾ ☐ Sí/Yes ☐ No		
Marque la Casilla que Corresponda/ Check Appropriate Box ☐ Inscribir/ Enroll ☐ Cancelar/ Cancel ☐ Cambiar/ Change	Dirección (si es distinta a la del Empleado)/Address (if different from Employee) _____		¿Consumió tabaco en los últimos 12 meses?/Used tobacco within the last 12 months? ☐ Sí/Yes ☐ No Idioma Preferido/Preferred Language: ☐ Inglés/English ☐ Español/Spanish ☐ Chino/Chinese ☐ Vietnamita/Vietnamese ☐ Coreano/Korean ☐ Otro/Other _____		
	Nombre del Médico de Atención Primaria ⁽¹⁾ /Primary Care Physician ⁽¹⁾ Paciente Actual/Existing Patient ☐ Sí/Yes ☐ No Nombre/Name: _____ Dirección/Address _____ N.º de Id./ID# _____		Nombre del Dentista de Atención Primaria ⁽²⁾ /Primary Care Dentist ⁽²⁾ Paciente Actual/Existing Patient ☐ Sí/Yes ☐ No Nombre/Name: _____ N.º de Id./ID# _____		
Parentesco ⁽³⁾ / Relationship ⁽³⁾ Dependiente/ Dependent	Apellido/Last Name _____	Nombre/First Name _____	Inicial del 2.º Nombre/MI _____	Sexo/Sex ☐ M ☐ F	Fecha de Nacimiento/ Date of Birth ____/____/____
	Número de Seguro Social/Social Security Number _____		Con Discapacidad permanente y mayor de 26 años de edad ⁽⁴⁾ / Permanently Disabled and age 26 or older ⁽⁴⁾ ☐ Sí/Yes ☐ No		
Marque la Casilla que Corresponda/ Check Appropriate Box ☐ Inscribir/ Enroll ☐ Cancelar/ Cancel ☐ Cambiar/ Change	Dirección (si es distinta a la del Empleado)/Address (if different from Employee) _____		¿Consumió tabaco en los últimos 12 meses?/Used tobacco within the last 12 months? ☐ Sí/Yes ☐ No Idioma Preferido/Preferred Language: ☐ Inglés/English ☐ Español/Spanish ☐ Chino/Chinese ☐ Vietnamita/Vietnamese ☐ Coreano/Korean ☐ Otro/Other _____		
	Nombre del Médico de Atención Primaria ⁽¹⁾ /Primary Care Physician ⁽¹⁾ Paciente Actual/Existing Patient ☐ Sí/Yes ☐ No Nombre/Name: _____ Dirección/Address _____ N.º de Id./ID# _____		Nombre del Dentista de Atención Primaria ⁽²⁾ /Primary Care Dentist ⁽²⁾ Paciente Actual/Existing Patient ☐ Sí/Yes ☐ No Nombre/Name: _____ N.º de Id./ID# _____		

IMPORTANTE: (1) Use el Directorio de Proveedores para elegir un Médico de Atención Primaria para usted y cada uno de sus dependientes cubiertos para los productos que requieren la designación de un Médico de Atención Primaria. (2) Use el Directorio Dental para elegir un Dentista de Atención Primaria para usted y cada uno de sus dependientes cubiertos para los productos que requieren la designación de un Dentista de Atención Primaria. (3) En el caso de dependientes ordenados por un tribunal, se debe adjuntar la documentación legal. (4) Si respondió "Sí" en Discapacitado y el hijo dependiente es mayor de 26 años de edad, soltero, depende principalmente del suscriptor/persona cubierta para su manutención y no es capaz de mantenerse a sí mismo debido a una lesión, enfermedad o condición que le produce una discapacidad física o mental, adjunte un certificado médico de la discapacidad./IMPORTANT: (1) Please use the Provider Directory to select a Primary Care Physician for yourself and each of your covered dependents for products requiring a Primary Care Physician designation. (2) Please use the Dental Directory to select a Primary Care Dentist for yourself and each of your covered dependents for products requiring a Primary Care Dentist designation. (3) For court-ordered dependent, legal documentation must be attached. (4) If you answered "Yes" for Disabled and the dependent child is 26 years of age or older, unmarried, chiefly dependent upon subscriber/covered person for support and is not able to be self-supporting because of a physically or mentally disabling injury, illness or condition, please attach a medical certification of disability.

C. Selección de Productos/ Product Selection

Marque la casilla de cada cobertura en la que usted o sus dependientes se inscriban. Si su empresa ofrece una variedad de planes, indique cuál es el plan que elige. Indique la cantidad de dinero seleccionada para los planes de Seguro de Vida y por Muerte y Desmembramiento Accidental (AD&D), Seguro de Vida Suplementario, Seguro por Discapacidad a Corto Plazo (STD), y Seguro por Discapacidad a Largo Plazo (LTD). Las ofertas de beneficios dependen de la elección de la empresa para la cual trabaja./Please check the box for each coverage in which you or your dependents are enrolling. If your employer offers a choice of plans, indicate which plan you are selecting. Indicate the dollar amount selected for the Life and Accidental Death & Dismemberment (AD&D), Supplemental Life, Short- Term Disability (STD), and Long-Term Disability (LTD) plans. Benefit offerings are dependent upon employer selection.

Persona/ Person	Plan Médico/ Medical	Plan Dental/ Dental	Plan de la Vista/ Vision	Seguro Básico de Vida/AD&D/ Basic Life/AD&D	Seguro Sup. de Vida/AD&D/ Supp Life/AD&D	Seguro Voluntario AD&D/Voluntary AD&D
Empleado/Employee	☐ _____	☐ _____	☐	☐ \$ _____	☐ \$ _____	☐ \$ _____
Cónyuge/Pareja de Unión Libre/Spouse/Domestic Partner	☐	☐	☐	☐ \$ _____	☐ \$ _____	☐ \$ _____
Dependiente/Dependent	☐	☐	☐	☐ \$ _____	☐ \$ _____	☐ \$ _____
Persona/Person	STD	LTD	STD Buy Up	LTD Buy Up	Sueldo/Salary \$ _____ Obligatorio solo si el Seguro de Vida, STD o LTD se basa en el sueldo/Required only if Life, STD, or LTD based on salary	
Empleado/Employee	☐	☐	☐	☐		
Nombre Completo y Dirección del Beneficiario del Seguro de Vida (si solicita el Seguro de Vida con UnitedHealthcare)/ Life Insurance Beneficiary Full Name and Address (if applying for Life Insurance with UnitedHealthcare)						Parentesco/Relationship
Primario/Primary						
Secundario/ Secondary						

D. Información sobre la Cobertura del Plan de Salud/Seguro Médico Anterior/ Prior Medical Insurance/Health Plan Coverage Information

Se debe llenar esta sección para recibir crédito por una cobertura de plan de salud/seguro médico anterior./This section must be completed to receive credit for prior medical insurance/health plan coverage.

En los últimos 12 meses, ¿usted, su cónyuge/pareja de unión libre o sus dependientes tuvieron alguna otra cobertura médica?/Within the last 12 months, have you, your spouse/domestic partner, or your dependents had any other medical coverage?

☐ NO ☐ SÍ (Si la respuesta es SÍ, llene esta sección y adjunte un comprobante de cobertura)/YES (If YES, please complete this section and attach proof of coverage)

Nombre de la compañía de seguro médico anterior/Prior medical carrier name _____

Fecha de vigencia/Effective date ____/____/____ Fecha de finalización/End date ____/____/____

N.º de Póliza (si corresponde)/Policy # (if applicable) _____

Tipo de cobertura anterior/Prior coverage type: ☐ Empleado/Employee ☐ Cónyuge/Pareja de Unión Libre/Spouse/Domestic Partner
☐ Hijos/Child(ren) ☐ Familiar/Family

¿Alcanzó alguno de sus deducibles de año calendario?/Have you met any of your calendar year deductible? ☐ Sí/Yes ☐ No (Si la respuesta es Sí, adjunte la Explicación de Beneficios/Explicación de Pago más actual del plan de servicios de atención de la salud/compañía de seguros anterior)./(If Yes, attach most current Explanation of Benefits/Explanation of Payment from the previous insurance company/health care service plan.)

E. Información sobre la Cobertura de Otro Plan de Salud/Seguro Médico/Other Medical Insurance/Health Plan Coverage Information

Se debe llenar esta sección. (Adjunte más hojas si es necesario)./This section must be completed. (Attach sheet if necessary.)

El día que comience esta cobertura, ¿usted, su cónyuge/pareja de unión libre o alguno de sus dependientes estará cubierto por otro plan médico de salud o por otra póliza, incluido otro plan de UnitedHealthcare o de Medicare?/On the day this coverage begins, will you, your spouse/domestic partner or any of your dependents be covered under any other medical health plan or policy, including another UnitedHealthcare plan or Medicare?

☐ SÍ (continúe llenando esta sección)/YES (continue completing this section)

☐ NO (Si la respuesta es NO, omita esta sección)./If NO, then skip this section.)

Nombre de la otra compañía de seguros/Name of other carrier _____

N.º de póliza de la otra compañía de seguros/Other carrier policy# _____

Información sobre la Cobertura de Otro Plan de Salud/ Seguro Médico (detalle solo las personas que están cubiertas por el otro plan)/Other Medical Insurance/ Health Plan Coverage Information (only list those covered by other plan)	Tipo (B/S/F)/+/- Type (B/S/F)+	Fecha de Vigencia MM/DD/AA/ Effective Date MM/DD/YY	Fecha de Finalización MM/DD/AA/ End Date MM/DD/YY	Nombre y fecha de nacimiento del titular de la póliza/empleo cubierto por otro seguro/plan de salud/Name and date of birth of policyholder/ covered employee for other insurance/health plan coverage
Empleado/Employee:		/ /	/ /	
Nombre del Cónyuge/Pareja de Unión Libre/ Spouse/Domestic Partner Name:		/ /	/ /	
Nombre del Dependiente/ Dependent Name:		/ /	/ /	
Nombre del Dependiente/ Dependent Name:		/ /	/ /	
Nombre del Dependiente/ Dependent Name:		/ /	/ /	

+ B. Ingrese 'B' si este dependiente está cubierto por su salud plan/seguro y por el de su cónyuge (casados)./Enter 'B' when this dependent is covered under both you and your spouse's insurance/health plan coverage (married).

S. Ingrese 'S' si usted es el padre (o la madre) al que se le ha otorgado la custodia de este dependiente y no se le exige a ninguna otra persona que pague los gastos médicos de este dependiente./Enter 'S' if you are the parent awarded custody of this dependent and no other individual is required to pay for this dependent's medical expenses.

F. Ingrese 'F' si este dependiente está cubierto por otra persona (que no sea un familiar) a quien se le exige que pague los gastos médicos del dependiente./ Enter 'F' if this dependent is covered by another individual (not a member of your household) required to pay for this dependent's medical expenses.

Medicare – Información del Empleado/ Medicare – Employee Information:

(Si está inscrito, adjunte una copia de su tarjeta de identificación de Medicare)./ (If enrolled, please attach a copy of your Medicare ID card.)

N.º de Id. de Medicare/Medicare ID# _____

- ☐ Inscrito en la Parte A: Fecha de Vigencia/ Enrolled in Part A: Effective Date ____/____/____

☐ Inscrito en la Parte B: Fecha de Vigencia/ Enrolled in Part B: Effective Date ____/____/____

☐ Inscrito en la Parte D: Fecha de Vigencia/ Enrolled in Part D: Effective Date ____/____/____
- ☐ No Elegible para la Parte A*/ Ineligible for Part A*

☐ No Elegible para la Parte B*/ Ineligible for Part B*

☐ No Elegible para la Parte D*/ Ineligible for Part D*
- ☐ No Inscrito en la Parte A (eligió no inscribirse)/ Not Enrolled in Part A (chose not to enroll)

☐ No Inscrito en la Parte B (eligió no inscribirse)/ Not Enrolled in Part B (chose not to enroll)

☐ No Inscrito en la Parte D (eligió no inscribirse)/ Not Enrolled in Part D (chose not to enroll)

Razón de la elegibilidad para Medicare/Reason for Medicare eligibility: ☐ Mayor de 65 años/Over 65 ☐ Enfermedad Renal/Kidney Disease

☐ Discapacitado/Disabled ☐ Discapacitado, pero activo en el trabajo/Disabled but actively at work

¿Está recibiendo el Seguro por Discapacidad del Seguro Social (SSDI)?/Are you receiving Social Security Disability Insurance (SSDI)?

☐ SÍ/YES ☐ NO

Fecha de Inicio/Start Date ____/____/____

E. Información sobre la Cobertura de Otro Plan de Salud/Seguro Médico (Continuación)/ Other Medical Insurance/Health Plan Coverage Information (Continued)

Se debe llenar esta sección. (Adjunte más hojas si es necesario)/This section must be completed. (Attach sheet if necessary.)

Medicare – Nombre del Cónyuge/Pareja de Unión Libre/Dependiente/Medicare – Spouse/Domestic Partner/Dependent Name: _____
(Si está inscrito, adjunte una copia de su tarjeta de identificación de Medicare)/.(If enrolled, please attach a copy of your Medicare ID card.)

N.º de Id. de Medicare/Medicare ID# _____

- ☐ Inscrito en la Parte A: Fecha de Vigencia/
Enrolled in Part A: Effective Date ____/____/____
- ☐ No Elegible para la Parte A*/
Ineligible for Part A*
- ☐ No Inscrito en la Parte A (eligió no inscribirse)/
Not Enrolled in Part A (chose not to enroll)
- ☐ Inscrito en la Parte B: Fecha de Vigencia/
Enrolled in Part B: Effective Date ____/____/____
- ☐ No Elegible para la Parte B*/
Ineligible for Part B*
- ☐ No Inscrito en la Parte B (eligió no inscribirse)/
Not Enrolled in Part B (chose not to enroll)
- ☐ Inscrito en la Parte D: Fecha de Vigencia/
Enrolled in Part D: Effective Date ____/____/____
- ☐ No Elegible para la Parte D*/
Ineligible for Part D*
- ☐ No Inscrito en la Parte D (eligió no inscribirse)/
Not Enrolled in Part D (chose not to enroll)

Razón de la elegibilidad para Medicare/Reason for Medicare eligibility: ☐ Mayor de 65 años/Over 65 ☐ Enfermedad Renal/Kidney Disease
☐ Discapacitado/Disabled ☐ Discapacitado, pero activo en el trabajo/Disabled but actively at work

* Solo marque “No Elegible” si ha recibido documentación de sus beneficios del Seguro Social que indique que usted no es elegible para Medicare./*Only check “Ineligible” if you have received documentation from your Social Security benefits that indicate that you are not eligible for Medicare.

E. Renuncia a la Cobertura/Waiver of Coverage

Llene solo si renuncia a la cobertura para usted o algún miembro de su familia./Complete only if you are waiving coverage for yourself and/or any family member.

Rechazo toda cobertura para/ I decline all coverage for:	[Plan Médico/ Medical	Plan Dental/ Dental	Plan de la Vista/ Vision	Seguro Básico de Vida/AD&D/ Basic Life/AD&D	Seguro Sup. de Vida/AD&D/ Supp Life/AD&D	Seguro Vol. AD&D/ Vol. AD&D	STD	LTD	STD Buy Up	LTD Buy Up
Mí Mismo/Myself	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Cónyuge/Pareja de Unión Libre/ Spouse/Domestic Partner	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Hijos Dependientes/ Dependent Children	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Mí mismo y todos los dependientes/ Myself and all dependents	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

Rechazo de la cobertura debido a la existencia de otra cobertura/Declining coverage due to existence of other coverage:

☐ Plan de la Empresa del Cónyuge/Spouse’s Employer’s Plan ☐ Plan Individual/Individual Plan ☐ Tri-Care

☐ Cubierto por Medicare/Covered by Medicare ☐ Medicaid ☐ Elegibilidad para VA/VA Eligibility

☐ COBRA de la Empresa Anterior/COBRA from Prior Employer ☐ Cal-COBRA ☐ Cal-COBRA AB1401

☐ Yo (Nosotros) no tengo (tenemos) otra cobertura en este momento/I (we) have no other coverage at this time ☐ Otro/Other _____

Las referencias a Condiciones Preexistentes no se aplican a ninguna persona menor de 19 años cuyo plan esté sujeto a la reforma de atención de la salud establecida en la Ley del Cuidado de Salud a Bajo Precio (Affordable Care Act)/Any references to Preexisting Conditions do not apply to anyone under the age of 19 whose plan is subject to health care reform contained in the Affordable Care Act.

ANALICE DETENIDAMENTE SUS OPCIONES ANTES DE RECHAZAR ESTA COBERTURA. DEBE TENER EN CUENTA QUE LAS COMPAÑÍAS QUE VENDEN SEGUROS DE SALUD INDIVIDUALES GENERALMENTE EXIGEN UNA REVISIÓN DE SUS ANTECEDENTES MÉDICOS, QUE PODRÍA RESULTAR EN UNA PRIMA MÁS ELEVADA O SE LE PODRÍA DENEGAR LA COBERTURA POR COMPLETO./PLEASE EXAMINE YOUR OPTIONS CAREFULLY BEFORE DECLINING THIS COVERAGE. YOU SHOULD BE AWARE THAT COMPANIES SELLING INDIVIDUAL HEALTH INSURANCE TYPICALLY REQUIRE A REVIEW OF YOUR MEDICAL HISTORY THAT COULD RESULT IN A HIGHER PREMIUM OR YOU COULD BE DECLINED COVERAGE ENTIRELY.

**E. Renuncia a la Cobertura (Continuación)/
Waiver of Coverage (Continued)**

**Llene solo si renuncia a la cobertura para usted o algún miembro de su familia./
Complete only if you are waiving coverage for yourself and/or any family member.**

Reconozco que la empresa para la cual trabajo me ha explicado las coberturas disponibles y que se me ha concedido el derecho y he tenido la oportunidad de solicitar la cobertura. He decidido no inscribirme ni inscribir a mi(s) dependiente(s), si corresponde. En este momento rechazo la inscripción para mí y para mi cónyuge/pareja de unión libre o mi(s) dependiente(s) en el plan de salud de mi empresa. He tomado esta decisión voluntariamente y nadie ha tratado de influenciarme ni me ha presionado para que rechace la cobertura. **RECONOZCO QUE MIS DEPENDIENTES Y YO PODRÍAMOS TENER QUE ESPERAR HASTA DOCE (12) MESES PARA INSCRIBIRNOS EN EL PLAN MÉDICO DE GRUPO. EL PERÍODO DE ESPERA DE HASTA DOCE (12) MESES NO SE APLICARÁ SI YO O MIS DEPENDIENTES TENEMOS DERECHO A UN PERÍODO DE INSCRIPCIÓN FUERA DE CICLO DEBIDO AL CAMBIO EN CIERTAS CIRCUNSTANCIAS (P. EJ., LA ADQUISICIÓN O LA PÉRDIDA DE OTRA COBERTURA A TRAVÉS DE UN DEPENDIENTE).** El período de doce (12) meses no se aplicará si/I acknowledge that the available coverages have been explained to me by my employer and I know that I have been given the right and have been given the chance to apply for coverage. I have decided not to enroll myself and/or my dependent(s), if any. I now decline to enroll myself, my spouse/domestic partner and/or my dependent(s) in my employer health plan. I have made this decision voluntarily, and no one has tried to influence me or put any pressure on me to decline coverage. **I ACKNOWLEDGE THAT MY DEPENDENTS AND I MAY HAVE TO WAIT UP TO TWELVE (12) MONTHS TO BE ENROLLED IN THE GROUP MEDICAL PLAN. THE WAIT OF UP TO TWELVE (12) MONTHS WILL NOT APPLY IF I AND/OR MY DEPENDENTS ARE ENTITLED TO AN OFF-CYCLE ENROLLMENT PERIOD DUE TO CERTAIN CHANGED CIRCUMSTANCES (E.G., ACQUISITION OF A DEPENDENT OR LOSS OF OTHER COVERAGE THROUGH A DEPENDENT.)** The twelve (12)-month wait will not apply if:

1. Certifico en el momento de la inscripción inicial que la cobertura de otro plan de beneficios de salud de la empresa, Programa Healthy Families o cobertura de Medi-Cal sin participación en los costos fue el motivo para rechazar la inscripción y pierdo la cobertura de dicho plan de beneficios de salud de la empresa, Programa Healthy Families o cobertura de Medi-Cal sin participación en los costos/I certify at the time of initial enrollment that the coverage under another employer health benefit plan, Healthy Families Program, or no share-of-cost Medi-Cal coverage was the reason for declining enrollment and I lose coverage under that employer health benefit plan, Healthy Families Program, or no share-of-cost Medi-Cal;
2. la empresa para la cual trabajo ofrece varios planes de beneficios de salud y elegí otro plan durante un período de inscripciones abiertas/my employer offers multiple health benefit plans and I elected a different plan during an open enrollment period;
3. un tribunal me ordena que proporcione la cobertura de este plan a un cónyuge o hijo menor de edad; o/a court orders that I provide coverage under this plan for a spouse or minor child; or
4. Tengo un nuevo dependiente como resultado de matrimonio, pareja de unión libre, nacimiento, adopción o puesta en adopción y si se solicita la inscripción dentro de los 30 días después del matrimonio, pareja de unión libre, nacimiento, adopción o puesta en adopción./I have a new dependent as a result of marriage, domestic partnership, birth, adoption or placement for adoption and if enrollment is requested within 30 days after the marriage, domestic partnership, birth, adoption or placement for adoption.

Si rechazo la inscripción para mí o para mi(s) dependiente(s) (incluido mi cónyuge/pareja de unión libre) debido a la cobertura de otro plan de salud de grupo o seguro de salud, debo solicitar la inscripción en un plazo de 30 días a partir del fin de la otra cobertura (o después de que la empresa deje de contribuir a la otra cobertura)./If I am declining enrollment for myself and/or my dependent(s) (including my spouse/domestic partner) because of other health insurance or group health plan coverage, I must request enrollment within 30 days after the other coverage ends (or after the employer stops contributing toward the other coverage).

Firma del Empleado (solo si renuncia a la cobertura para sí mismo o dependientes)/Employee Signature (only if waiving coverage for self and/or dependents)

Fecha/Date

_____/_____/_____

G. Autorización para Divulgar Información Médica y Firma/Authorization to Release Medical Information and Signature

Su inscripción en el plan está expresamente condicionada a su aceptación de todos los términos y condiciones que se incluyen en esta solicitud de inscripción. Si no está de acuerdo con los siguientes términos y condiciones, no puede inscribirse./Your enrollment in the plan is expressly conditioned upon your acceptance of all terms and conditions contained in this enrollment application. If you do not agree to the following terms and conditions, you may not complete your enrollment.

TÉRMINOS Y CONDICIONES/TERMS AND CONDITIONS

Como condición de mi participación y la participación de mis dependientes en el plan, y en consideración de los privilegios que provienen de la participación en el plan, por medio del presente documento acepto lo siguiente en mi nombre y en el de mis dependientes/As a condition of my and/or my dependents' participation in the plan, and in consideration for the privileges that come from participation in the plan, I hereby agree for myself and/or for my dependents as follows:

Reconozco y entiendo que el plan tiene contratos con médicos y otros proveedores que forman parte de la red del plan. Reconozco que todos los médicos y otros proveedores que participan en la red del plan están sujetos a los requisitos de acreditación conforme a las normas estatales correspondientes y en virtud del proceso de acreditación de la red del plan. Entiendo que dicha acreditación incluye una revisión de la educación, la capacitación y la licencia de los proveedores. Sin embargo, al participar en el plan, por medio del presente documento reconozco y acepto que el plan no es un proveedor de servicios médicos, y soy consciente de que la decisión de obtener o no obtener atención médica representa riesgos significativos, como lesiones graves e incluso la muerte. Reconozco que la acreditación de los médicos y otros proveedores no reduce este riesgo de ninguna manera. Acepto asumir todos los riesgos y la responsabilidad de todas las demandas, incluidas aquellas por lesiones personales o muerte, discapacidad, pérdida de salario y pérdida del poder remunerativo que puedan incurrirse o se relacionen con el tratamiento médico obtenido a través de un médico u otro proveedor participante. Reconozco que todos los médicos y otros proveedores que participan en la red del plan son contratistas independientes y no son empleados ni representantes del plan, y que son los únicos responsables de mala praxis, resultados adversos o cualquier otra demanda que surja a partir del tratamiento médico prestado a mi persona y a mis dependientes. POR MEDIO DEL PRESENTE DOCUMENTO ACEPTO QUE EL PLAN NO ES RESPONSABLE DE NINGÚN CONSEJO, TRATAMIENTO, DIAGNÓSTICO NI DE NINGÚN OTRO TIPO DE INFORMACIÓN, SERVICIOS O PRODUCTOS QUE OBTENGA YO O QUE OBTENGAN MIS DEPENDIENTES A TRAVÉS DE UN MÉDICO U OTRO PROVEEDOR DE LA RED PARTICIPANTE./I recognize and understand that the plan contracts with physicians and other providers that make up the plan network. I recognize that all physicians and other providers that participate in the plan network are subject to credentialing under applicable State regulations and pursuant to the plan's network credentialing process. I understand that such credentialing includes a review of provider education, training and licensure. However, by participating in the plan I hereby acknowledge and accept that the plan is not a provider of medical services, and I am aware that obtaining or not obtaining medical care involves significant risks such as serious injury and even death. I acknowledge that the credentialing of physicians and other providers does not in any way reduce this risk. I agree to assume all risks and responsibility for any claims including personal injury or death, disability, lost wages, and loss of earning capacity which may be incurred or associated with medical treatment obtained through a participating physician or other provider. I recognize that all physicians and other providers that participate in the plan network are independent contractors and not the plan's employees or agents and are solely responsible for any malpractice, adverse outcomes, or any other claims arising from medical treatment rendered to me and my dependents. I HEREBY AGREE THAT THE PLAN IS NOT RESPONSIBLE NOR LIABLE FOR ANY ADVICE, COURSE OF TREATMENT, DIAGNOSIS OR ANY OTHER INFORMATION, SERVICES OR PRODUCTS THAT I OR MY DEPENDENTS OBTAIN THROUGH A PARTICIPATING NETWORK PHYSICIAN OR OTHER PROVIDER.

Reconozco y entiendo que el plan no recomienda, avala ni hace ninguna declaración sobre la aptitud o idoneidad de ninguna prueba, producto, procedimiento, tratamiento, opinión o servicio específico. Reconozco que el plan, los documentos del plan y la información sobre salud y bienestar proporcionada por el plan no pretenden ni implican reemplazar el consejo, diagnóstico o tratamiento médico profesional. Acepto confirmar con otras fuentes cualquier información médica obtenida de parte o a través del plan, y que revisaré con mi médico toda la información relacionada con mi condición o tratamiento médico. POR MEDIO DEL PRESENTE DOCUMENTO ACEPTO NO DESESTIMAR NUNCA EL CONSEJO MÉDICO PROFESIONAL NI DEMORAR LA BÚSQUEDA DE TRATAMIENTO MÉDICO DEBIDO A ALGO QUE HAYA LEÍDO O A LO QUE HAYA ACCEDIDO A TRAVÉS DEL PLAN./I recognize and understand that the plan does not recommend, endorse or make any representation about the appropriateness or suitability of any specific tests, products, procedures, treatments, services, or opinions. I recognize that the plan, plan documents, and any health and wellness information provided by the plan, are not intended or implied to be a substitute for professional medical advice, diagnosis or treatment. I agree to confirm any medical information obtained from or through the plan with other sources, and will review all information regarding any medical condition or treatment with my physician. I HEREBY AGREE TO NEVER DISREGARD PROFESSIONAL MEDICAL ADVICE OR DELAY SEEKING MEDICAL TREATMENT BECAUSE OF SOMETHING I HAVE READ OR ACCESSED THROUGH THE PLAN.

Reconozco que el plan, los documentos del plan y la información sobre salud y bienestar proporcionada por el plan no pretenden ni implican reemplazar el consejo, diagnóstico o tratamiento médico profesional./I recognize that the plan, plan documents, and any health and wellness information provided by the plan, are not intended or implied to be a substitute for professional medical advice, diagnosis or treatment.

Autorizo a UnitedHealthcare Insurance Company y sus afiliadas ("UnitedHealthcare y Afiliadas") a obtener, usar y divulgar mis registros médicos, de reclamos o beneficios, incluida cualquier información de salud individualmente identificable que se encuentre en dichos registros. Entiendo que estos registros podrían contener información creada por otras personas o entidades (p. ej., proveedores de atención de la salud) así como información sobre el consumo de drogas o de alcohol, VIH/SIDA, salud mental (que no sean notas de psicoterapia), enfermedades de transmisión sexual y servicios de salud reproductiva. Autorizo a cualquier proveedor de atención de la salud, administrador de beneficios farmacéuticos, otra compañía de seguros o de reaseguro, hospital, clínica u otro establecimiento médico, centro de intercambio de información de ATENCIÓN DE LA salud y cualquiera de sus afiliadas, representantes o socios comerciales, que podrían tener en su poder mi información de salud confidencial, a divulgar mi información a UnitedHealthcare y Afiliadas. Entiendo que esta autorización es voluntaria y que puedo negarme a firmarla. Sin embargo, dicha negación podría afectar mi capacidad para inscribirme en el plan de salud o recibir beneficios, si lo autoriza la ley. Entiendo que puedo revocar esta autorización en cualquier momento notificando por escrito a mi representante de UnitedHealthcare y Afiliadas, salvo que ya se haya actuado en virtud de esta autorización. De acuerdo con lo exigido por la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico (Health Insurance Portability and Accountability Act, HIPAA), UnitedHealthcare y Afiliadas también requieren que yo reconozca lo siguiente, lo cual reconozco: Entiendo que la información usada u obtenida por una persona o entidad que cuente con mi autorización para ello se puede volver a divulgar (con excepción de la información de salud sobre VIH/SIDA) y ya no estará protegida por las normas federales de privacidad, excepto según lo prohibido por la ley estatal. Esta autorización, a menos que se revoque antes, vence 30 meses después de la fecha en que se firme./I authorize UnitedHealthcare Insurance Company and its affiliates ("UnitedHealthcare and Affiliates") to obtain, use and disclose my medical, claim or benefit records, including any individually identifiable health information contained in these records. I understand these records may contain information created by other persons or entities (including health care providers) as well as information regarding the use of drug, alcohol, HIV/AIDS, mental health (other than psychotherapy notes), sexually transmitted disease and reproductive health services. I authorize any health

**G. Autorización para Divulgar Información Médica y Firma (Continuación)/
Authorization to Release Medical Information and Signature (Continued)**

care provider, pharmacy benefit manager, other insurer or reinsurer, hospital, clinic or other medical facility, health care clearinghouse, and any of their affiliates, representatives or business associates, who may be in possession of my confidential health information, to disclose my information to UnitedHealthcare and Affiliates. I understand this authorization is voluntary and I may refuse to sign the authorization. My refusal may, however, affect my ability to enroll in the health plan or receive benefits, if permitted by law. I understand I may revoke this authorization at any time by notifying my UnitedHealthcare and Affiliates representative in writing, except to the extent that action has already been taken in reliance on this authorization. As required by HIPAA, UnitedHealthcare and Affiliates also request that I acknowledge the following, which I do: I understand that information I authorize a person or entity to obtain and use may be re-disclosed (with the exception of HIV/AIDS health information) and no longer protected by federal privacy regulations except as prohibited by state law. This authorization, unless revoked earlier, expires 30 months after the date it is signed.

Entiendo que estoy llenando una solicitud de seguro de salud, y que todas las respuestas deben ser completas y exactas. Solicito (Solicitamos) la cobertura médica de grupo indicada, para mí mismo y, si el plan la proporciona, para mis dependientes. Autorizo a que se deduzca de mis ingresos cualquier contribución necesaria para la prima. No le he (hemos) dado al agente ni a ninguna otra persona ninguna información de salud que no esté incluida en la Solicitud de Cobertura. Entiendo (entendemos) que las Organizaciones para el Mantenimiento de la Salud o compañías de seguros no deben acatar ninguna declaración que yo (nosotros) haya (hayamos) hecho a algún agente o a cualquier otra persona, si tales declaraciones no son por escrito ni están impresas en esta Solicitud de Cobertura o en cualquier documento adjunto. UnitedHealthcare solamente pretende recopilar información sobre el estado de salud actual de las personas incluidas en la solicitud. Usted no debe incluir información genética. No incluya información sobre antecedentes médicos familiares relacionada con servicios genéticos o enfermedades genéticas que crea que usted o sus dependientes podrían correr el riesgo de adquirir. I understand that I am completing a health application and that each response must be complete and accurate. I (we) request the indicated group medical coverage for myself and, if the plan provides, for my dependents. I authorize any required premium contributions to be deducted from earnings. I (we) have not given the agent or any other persons any health information not included on the Request for Coverage. I (we) understand that the HMO/insurance company(ies) is not bound by any statements I (we) have made to any agent or to any other persons, if those statements are not written or printed on this Request for Coverage and any attachments. UnitedHealthcare is only seeking to collect information about the current health status of those persons listed on the application. You should not include any genetic information. Please do not include any family medical history information related to genetic services or genetic diseases for which you believe you or your dependents may be at risk.

Conserve una copia de esta autorización como constancia./Please maintain a copy of this authorization for your records.

Firma del Empleado/Employee Signature	Nombre del Empleado (en letra de imprenta)/ Employee Name (please print)	Fecha/Date ____/____/____
---------------------------------------	---	------------------------------

**H. Arbitraje Obligatorio y Definitivo/
Binding Arbitration**

ACEPTO Y ENTIENDO QUE SE RESOLVERÁN MEDIANTE ARBITRAJE OBLIGATORIO Y DEFINITIVO TODAS Y CADA UNA DE LAS DISPUTAS, INCLUIDOS LOS RECLAMOS RELACIONADOS CON LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS CONFORME AL PLAN Y LAS DEMANDAS POR NEGLIGENCIA MÉDICA (ES DECIR, CON RESPECTO AL HECHO DE QUE ALGUNO DE LOS SERVICIOS MÉDICOS PRESTADOS POR EL PLAN FUERON INNECESARIOS O NO FUERON AUTORIZADOS, O SE PRESTARON DE MANERA INADECUADA, NEGLIGENTE O INCOMPETENTE), EXCEPTO EN EL CASO DE DEMANDAS SUJETAS A LA LEY DE SEGURIDAD DE LOS INGRESOS DE JUBILACIÓN PARA LOS EMPLEADOS DE 1974 (ERISA), ENTRE MI PERSONA Y MIS DEPENDIENTES INSCRITOS EN EL PLAN (INCLUIDO CUALQUIER HEREDERO O SUCESOR) Y UNITEDHEALTHCARE OF CALIFORNIA, UNITEDHEALTHCARE O CUALQUIERA DE SUS EMPRESAS MATRICES, SUBSIDIARIAS O AFILIADAS. NINGUNA DE TALES DISPUTAS SERÁ RESUELTA MEDIANTE UN JUICIO O RECURSO DE PROCESO JUDICIAL, SALVO QUE LA LEY FEDERAL DE ARBITRAJE ESTIPULE LA REVISIÓN JUDICIAL DE PROCEDIMIENTOS DE ARBITRAJE. TODAS LAS PARTES DE ESTE ACUERDO RENUNCIAN A SU DERECHO CONSTITUCIONAL A QUE LA DISPUTA SE RESUELVA EN UN TRIBUNAL ANTE UN JURADO Y, EN CAMBIO, ACEPTAN USAR UN ARBITRAJE OBLIGATORIO Y DEFINITIVO./I AGREE AND UNDERSTAND THAT ANY AND ALL DISPUTES, INCLUDING CLAIMS RELATING TO THE DELIVERY OF SERVICES UNDER THE PLAN AND CLAIMS OF MEDICAL MALPRACTICE (THAT IS, AS TO WHETHER ANY MEDICAL SERVICES RENDERED UNDER THE HEALTH PLAN WERE UNNECESSARY OR UNAUTHORIZED OR WERE IMPROPERLY, NEGLIGENTLY OR INCOMPETENTLY RENDERED), EXCEPT FOR CLAIMS SUBJECT TO ERISA, BETWEEN MYSELF AND MY DEPENDENTS ENROLLED IN THE PLAN (INCLUDING ANY HEIRS OR ASSIGNS) AND UNITEDHEALTHCARE OF CALIFORNIA, UNITEDHEALTHCARE OR ANY OF ITS PARENTS, SUBSIDIARIES OR AFFILIATES, SHALL BE DETERMINED BY SUBMISSION TO BINDING ARBITRATION. ANY SUCH DISPUTE WILL NOT BE RESOLVED BY A LAWSUIT OR RESORT TO COURT PROCESS, EXCEPT AS THE FEDERAL ARBITRATION ACT PROVIDES FOR JUDICIAL REVIEW OF ARBITRATION PROCEEDINGS. ALL PARTIES TO THIS AGREEMENT ARE GIVING UP THEIR CONSTITUTIONAL RIGHTS TO HAVE ANY SUCH DISPUTE DECIDED IN A COURT OF LAW BEFORE A JURY, AND INSTEAD ARE ACCEPTING THE USE OF BINDING ARBITRATION.

Firma del Empleado (Obligatoria)/ Employee Signature (Required)	Nombre del Empleado (aclaración en imprenta)/Employee Name (please print) (Obligatoria)/(Required)	Fecha (Obligatoria)/ Date (Required) ____/____/____
--	---	---

I. Información del Censo/ Census Information

NOTA: Los datos recopilados en esta sección solo se usarán para ayudar a comunicarse con los afiliados e informarles sobre programas específicos para mejorar su bienestar. Esta información no se usará en el proceso de elegibilidad./NOTE: Data collected in this section will be used only to help communicate with enrollees and inform them of specific programs to enhance their wellbeing. This information will not be used in the eligibility process.

Raza, marque todas las que correspondan/Race, check all that apply:

☐ Blanco/White	☐ Negro, Afroamericano/Black, African-American	☐ Indoamericano/Nativo de Alaska/ American Indian/Alaska Native
☐ Nativo de Hawaii/de otra Isla del Pacifico/Native Hawaiian/Pacific Islander		
☐ Asiático/Asian	☐ Hispano/Latino/Hispanic/Latino	
☐ Otra Raza, especifique/Other Race, please specify _____		

La cobertura del plan de salud es proporcionada por o a través de UnitedHealthcare Insurance Company, UnitedHealthcare Benefits Plan of California y UnitedHealthcare of California. Los servicios administrativos son prestados por United Healthcare Services, Inc., OptumRx, Inc. u OptumHealth Care Solutions, Inc. Los productos de salud conductual son proporcionados por U.S. Behavioral Health Plan, California (USBHPC) o United Behavioral Health (UBH). La cobertura dental es proporcionada por UnitedHealthcare Insurance Company y Dental Benefit Providers of California, Inc. La cobertura de la vista es proporcionada por UnitedHealthcare Insurance Company./Health plan coverage provided by or through UnitedHealthcare Insurance Company, UnitedHealthcare Benefits Plan of California and UnitedHealthcare of California. Administrative services provided by United Healthcare Services, Inc., OptumRx, Inc or OptumHealth Care Solutions, Inc. Behavioral health products are provided by U.S. Behavioral Health Plan, California (USBHPC) or United Behavioral Health (UBH). Dental coverage provided by UnitedHealthcare Insurance Company and Dental Benefit Providers of California, Inc. Vision coverage provided by UnitedHealthcare Insurance Company.

LAS LEYES DE CALIFORNIA PROHÍBEN QUE LOS PLANES DE SERVICIOS DE ATENCIÓN DE LA SALUD Y LAS COMPAÑÍAS DE SEGUROS EXIJAN O USEN UN EXAMEN DE DETECCIÓN DEL VIH COMO CONDICIÓN PARA OBTENER COBERTURA./CALIFORNIA LAW PROHIBITS AN HIV TEST FROM BEING REQUIRED OR USED BY HEALTH CARE SERVICE PLANS AND INSURANCE COMPANIES AS A CONDITION OF OBTAINING COVERAGE.