

2027 年大企業申請 團體投保和變更

健保計畫是由 Health Net of California, Inc. 提供。牙科 HMO 和 PPO 計畫是由 Dental Benefit Providers of California, Inc. (DBP) 提供。視力計畫由 Health Net Life Insurance Company 核保，由 EyeMed Vision Care, LLC（「EyeMed」）管理。人壽/意外身故及殘廢 (AD&D) 保險計畫由 Health Net Life Insurance Company 核保。DBP 和 EyeMed 都不隸屬於 Health Net。牙科計畫的義務不是 Health Net 的義務，也不受 Health Net 的保證。

歡迎加入 Health Net

填寫表格的簡單步驟：

1. 查看您投保資料包中所附的資料。確保您瞭解雇主為您提供的保險選項。
- 2a. **如果您拒絕**為自己 and/或您的眷屬**投保**，則需要填寫第 7 部分。不要填寫任何其他部分。
- 2b. **如果您接受**為自己 and/或您的眷屬**投保**，則需要填寫第 1、2、3、4（如適用）、5 和 8 部分。

《平價醫療法案》(ACA) 要求 Health Net 向美國國稅局 (IRS) 提供您自己作為保戶和受保眷屬的醫療保險確認。IRS 使用這些資訊來確認每個會員都有基本保險。請確保您自己和您投保的每個眷屬的社會安全號碼 (SSN) 是準確的。瞭解有關個人分擔責任支付條款的更多資訊，請造訪 <http://www.irs.gov/uac/Questions-and-Answers-on-the-Individual-Shared-Responsibility-Provision>。

3. 如果您選擇投保 HMO、ExcelCare HMO、SmartCare HMO、Salud HMO y Más、Salud Mexico、Elect Open Access (EOA)、Select POS 或 Dental HMO 計畫，您必須選擇您的簽約醫師團體 (PPG)、主治醫師 (PCP) 或牙科醫療服務提供者。請務必填寫 Health Net 線上 ProviderSearch 工具中顯示的姓名和數字。

注意：如果您沒有選擇 PPG、PCP 和/或牙科醫療服務提供者，我們將為您選擇一位。

4. 如果您選擇入保 PPO 計畫，則無需選擇入保 PPG 或 PCP。
5. 將填寫好的申請書複印一份，作為存檔。 **若需更正，請將錯誤資訊劃掉，並在旁邊清楚寫上正確資訊，同時確保更正內容清晰可辨。**

僅供行政管理使用：

現有企業/團體

PO Box 9103
Van Nuys, CA 91409-9103
www.healthnet.com

新企業/團體

請將所有已完成的檔案發送給
您指定的帳戶主管或經紀人。

由雇主填寫**雇主名稱：****請求的生效日期：**

/ /

雇主團體編號（醫療）：**員工符合投保資格日期（僅限新員工）：**☐ 與聘用日期相同 ☐ 其他： / /

重要事項：請用黑色墨水筆工整填寫所有部分。在選擇計畫之前，您有權查看福利及承保範圍摘要（SBC）。如果您沒有所選計畫的 SBC，請聯繫您的雇主。

1. 健保計畫資訊（請選擇保險。）**HMO**

☐ HMO ☐ SmartCare HMO¹ ☐ ExcelCare HMO² ☐ Salud HMO y Más³ ☐ EOA ☐ ExcelCare EOA² ☐ Select POS
☐ 其他：_____

PPO

☐ PPO ☐ OOS PPO ☐ 可搭配 HSA 使用的 PPO ☐ OOS 可搭配 HSA 使用的 PPO
☐ 其他：_____

牙科和視力

☐ 牙科 (DHMO) ☐ 牙科 (DPPO) ☐ 視力 (PPO)

2. 申請的原因**現有合約變更**

☐ 計畫變更
☐ 變更地址（通訊/郵寄）
☐ 去除眷屬
☐ 變更出生日期 (DOB)
☐ 變更姓名
☐ 恢復先前保險
☐ 其他：_____

☐ 新員工/新符合資格☐ 開放投保☐ 失去先前保險**特殊投保期**

符合資格事件日期：

_____/_____/_____

COBRA☐ 生效日期：_____/_____/_____

COBRA 符合資格事件：_____

COBRA 符合資格事件：

_____/_____/_____

新增配偶/眷屬：☐ 結婚☐ 失去/收養/法定監護/法院命令/承擔親子關係☐ 失去先前保險：_____/_____/_____☐ 其他（請指明）：_____**3. 員工個人資訊****姓氏：****名字：****中間名字首：**☐ 男性☐ 女性**居住地址：****城市：****州：****郵遞區號：****郵寄地址（如適用）：****城市：****州：****郵遞區號：****出生日期（月月/日日/年年）：**

/ /

社會安全號碼/身分證號碼（所有申請人必須填寫）：**職位：****電話號碼：**

()

工作電話號碼：

()

電子郵件地址：**聘用日期（月月/日日/年年）：**

/ /

部門號碼：**婚姻狀況：**☐ 單身 ☐ 已婚 ☐ 同居伴侶如有提供，我希望以西班牙文接收通信和計畫資訊：☐ 是 ☐ 否**簽約醫師團體名稱：****主治醫師姓名：****PPG 和醫師投保 ID #：**這是您現時的 PCP 嗎？☐ 是 ☐ 否¹在 Los Angeles、Marin、Orange、Placer、Riverside、San Bernardino、San Diego、Santa Clara 和 Santa Cruz 縣的全部或部分地區提供。²在 Kern、Los Angeles、Orange、Riverside、San Bernardino、San Diego、San Francisco、Santa Clara、Stanislaus 和 Ventura 縣的全部或部分地區提供。³在 Imperial 和 Orange 縣和 Kern、Los Angeles、Riverside、San Diego 以及 San Bernardino 縣特定的郵遞區號提供。

4. 家庭資訊 – 請列出所有符合投保條件的家庭成員（如有必要，請附加表格。）

配偶/同居伴侶 ☐ 男性 ☐ 女性	姓氏：	名字：	中間名字首：
居住／郵寄地址： ☐ 如果與投保人相同，請在此勾選		城市：	州： 郵遞區號：
出生日期（月月/日日/年年年年）： / /		社會安全號碼/身分證號碼：	
簽約醫師團體名稱：		主治醫師姓名：	
PPG 和醫師投保 ID #：		這是您現時的 PCP 嗎？ ☐ 是 ☐ 否	

☐ 兒子 ☐ 女兒	殘障眷屬： ☐ 是 ☐ 否 如果「是」，對於年滿 26 歲以上的眷屬，請提供殘障眷屬證明。		
姓氏：	名字：	中間名字首：	
居住地址： ☐ 如果與投保人相同，請在此勾選	城市：	州：	郵遞區號：
出生日期（月月/日日/年年年年）： / /	社會安全號碼/身分證號碼：		
簽約醫師團體名稱：	主治醫師姓名：		
PPG 和醫師投保 ID #：	這是您現時的 PCP 嗎？ ☐ 是 ☐ 否		

☐ 兒子 ☐ 女兒	殘障眷屬： ☐ 是 ☐ 否 若回答「是」，請對於年滿 26 歲以上的眷屬，提供殘障眷屬證明。		
姓氏：	名字：	中間名字首：	
居住地址： ☐ 如果與投保人相同，請在此勾選	城市：	州：	郵遞區號：
出生日期（月月/日日/年年年年）： / /	社會安全號碼/身分證號碼：		
簽約醫師團體名稱：	主治醫師姓名：		
PPG 和醫師投保 ID #：	這是您現時的 PCP 嗎？ ☐ 是 ☐ 否		

☐ 兒子 ☐ 女兒	殘障眷屬： ☐ 是 ☐ 否 若回答「是」，請對於年滿 26 歲以上的眷屬，提供殘障眷屬證明。		
姓氏：	名字：	中間名字首：	
居住地址： ☐ 如果與投保人相同，請在此勾選	城市：	州：	郵遞區號：
出生日期（月月/日日/年年年年）： / /	社會安全號碼/身分證號碼：		
簽約醫師團體名稱：	主治醫師姓名：		
PPG 和醫師投保 ID #：	這是您現時的 PCP 嗎？ ☐ 是 ☐ 否		

5. 您或您的眷屬是否有其他健康保險？

☐ 否 ☐ 是 如果「是」，請填寫此部分，包括 Medicare。

☐ 自己	姓名：	其他保險公司名稱：		先前保險開始日期 (月月/日日/年年)： / /	
先前保險結束日期 (月月/日日/年年)： / /	結束保險的原因：	團體號碼/ 保單 ID 號碼：	是否承保？ 醫療： ☐ 是 ☐ 否 牙科： ☐ 是 ☐ 否 視力： ☐ 是 ☐ 否	Medicare: ☐ A 部分 ☐ B 部分	Medicare 理賠/ HICN 號碼：

☐ 配偶 ☐ 同居伴侶	姓名：	其他保險公司名稱：		先前保險開始日期 (月月/日日/年年)： / /	
先前保險結束日期 (月月/日日/年年)： / /	結束保險的原因：	團體號碼/ 保單 ID 號碼：	這是您眷屬的主要保險嗎？ ☐ 是 ☐ 否	是否承保？ 醫療： ☐ 是 ☐ 否 牙科： ☐ 是 ☐ 否 視力： ☐ 是 ☐ 否	Medicare: ☐ A 部分 ☐ B 部分
Medicare 理賠/ HICN 號碼：					

☐ 兒子 ☐ 女兒	姓名：	其他保險公司名稱：		先前保險開始日期 (月月/日日/年年)： / /	
先前保險結束日期 (月月/日日/年年)： / /	結束保險的原因：	團體號碼/ 保單 ID 號碼：	這是您眷屬的主要保險嗎？ ☐ 是 ☐ 否	是否承保？ 醫療： ☐ 是 ☐ 否 牙科： ☐ 是 ☐ 否 視力： ☐ 是 ☐ 否	Medicare: ☐ A 部分 ☐ B 部分
Medicare 理賠/ HICN 號碼：					

☐ 兒子 ☐ 女兒	姓名：	其他保險公司名稱：		先前保險開始日期 (月月/日日/年年)： / /	
先前保險結束日期 (月月/日日/年年)： / /	結束保險的原因：	團體號碼/ 保單 ID 號碼：	這是您眷屬的主要保險嗎？ ☐ 是 ☐ 否	是否承保？ 醫療： ☐ 是 ☐ 否 牙科： ☐ 是 ☐ 否 視力： ☐ 是 ☐ 否	Medicare: ☐ A 部分 ☐ B 部分
Medicare 理賠/ HICN 號碼：					

☐ 兒子 ☐ 女兒	姓名：	其他保險公司名稱：		先前保險開始日期 (月月/日日/年年)： / /	
先前保險結束日期 (月月/日日/年年)： / /	結束保險的原因：	團體號碼/ 保單 ID 號碼：	這是您眷屬的主要保險嗎？ ☐ 是 ☐ 否	是否承保？ 醫療： ☐ 是 ☐ 否 牙科： ☐ 是 ☐ 否 視力： ☐ 是 ☐ 否	Medicare: ☐ A 部分 ☐ B 部分
Medicare 理賠/ HICN 號碼：					

6. 團體定期人壽保險（如適用）（對於額外或多位受益人，請另外附頁。）

人壽/意外身故及殘廢 (AD&D) 保險：☐ 是 ☐ 否 如果「是」，請填寫此部分。

人壽受益人（姓名）：	關係：	%
人壽受益人（姓名）：	關係：	%
人壽受益人（姓名）：	關係：	%
人壽受益人（姓名）：	關係：	%

7. 拒絕保險 (如果您或您符合條件的眷屬拒絕任何保險, 請填寫此部分。)

員工個人資訊

姓氏:	名字:	中間名字首:	社會安全號碼/身分證號碼:
為以下人員拒絕醫療保險: ☐ 自己 ☐ 配偶 ☐ 同居伴侶 ☐ 眷屬 姓名: _____		原因: ☐ 透過此雇主提供的其他團體保險 ☐ 個人保險 ☐ 由其他團體 (例如配偶的雇主) 提供的其他團體保險 ☐ 其他: _____	
為以下人員拒絕牙科保險: ☐ 自己 ☐ 配偶 ☐ 同居伴侶 ☐ 眷屬 姓名: _____		原因: ☐ 透過此雇主提供的其他團體保險 ☐ 個人保險 ☐ 由其他團體 (例如配偶的雇主) 提供的其他團體保險 ☐ 其他: _____	
為以下人員拒絕視力保險: ☐ 自己 ☐ 配偶 ☐ 同居伴侶 ☐ 眷屬 姓名: _____		原因: ☐ 透過此雇主提供的其他團體保險 ☐ 個人保險 ☐ 由其他團體 (例如配偶的雇主) 提供的其他團體保險 ☐ 其他: _____	

只有在您拒絕保險時才簽名, 請停下來仔細閱讀

我已決定為我自己和/或我的眷屬拒絕保險。我理解, 我和我的家屬可能不得不等到下一個年度開放投保期或特殊投保期才能因符合條件事件而入保。我的雇主已經向我解釋了可用的保險, 我有機會申請可用的保險。此外, 在下面簽名, 即如上面的複選標記所示, 證明我拒絕保險的原因是準確的。

員工簽名: _____ 日期: ____/____/____

(只有在拒絕保險時才簽名。如果誤簽, 請劃掉並寫上姓名首字母。)

8. 接受保險 (必需簽名。)

California法律禁止健康保險公司要求或使用愛滋病毒檢測作為獲得健康保險的條件。

確認和協議: 我理解並同意, 投保 Health Net 和/或 DBP 並接受其服務, 即表示我和任何投保的的眷屬有義務理解並遵守計畫契約或保險單的條款、條件和規定。⁴ 我已閱讀並理解本申請書的條款, 我在下面簽名, 即表明, 據我所知, 本申請書中輸入的資訊是完整、真實和正確的, 我接受這些條款。

約束性仲裁: 本人, 即申請人, 理解並同意, 我 (包括我的任何投保家庭成員或繼承人或個人代表) 與 Health Net 之間的任何和所有爭議, 除《美國聯邦法規》45 CFR 147.136 中定義的與不利福利決定有關的爭議外, 必須提交給個人、最終和約束性仲裁, 而不是陪審團或法庭審判, 我放棄集體仲裁的所有權利。本仲裁協議包括根據任何法律理論所述, 由承保範圍證明或保險證書或我的 Health Net 會員資格或承保範圍引起或與之有關的任何爭議。即使醫療保健提供者或其代理人或員工等其他方參與爭議, 本仲裁任何爭議的協議也適用。本人理解, 同意將所有爭議提交個人、最終和約束性仲裁, 包括 Health Net 在內的各方, 即放棄了由陪審團在法庭上裁決爭議的憲法權利。本人也理解, 我可能與 Health Net 發生的涉及醫療事故理賠的糾紛 (即所提供的任何醫療服務是否為不必要或未經授權, 或是否為不適當、疏忽或不稱職) 也應接受最終的約束性仲裁。本人理解, 承保範圍證明或保險證書包含了更詳細的仲裁條款。本人在下面簽名, 即表明我理解並同意本約束性仲裁協議的條款, 並同意將任何爭議提交約束性裁決, 而不是法院。

員工簽名: _____ 日期: ____/____/____

(只有在接受保險時才簽名。如果誤簽, 請劃掉並寫上姓名首字母。)

⁴ 「計畫合約」指 Health Net of California, Inc. 和/或 Dental Benefit Providers of California, Inc. 團體服務協議和承保範圍證明; 「保險保單」指 Health Net Life Insurance Company 團體保單和保險證書。

如果您填寫此表格需要幫助或對您的承保範圍有疑問，請撥打以下免費電話之一聯繫 Health Net 會員服務部：

英語	800-522-0088
廣東話	877-891-9050
韓語	877-339-8596
國語	877-891-9053
西班牙語	800-331-1777
他加祿語	877-891-9051
越南語	877-339-8621

如果您對牙科、視力或人壽保險有疑問，請致電：

牙科	866-249-2382
視力	866-392-6058
人壽	800-865-6288

如果您對 PPG 或 PCP 有任何疑問，請直接致電您的 PPG，或致電 800-641-7761 聯繫 Health Net 醫療服務提供者服務部。

您可以使用您的 Health Net 投保表格副本作為您的臨時會員卡，直到您收到您的永久會員卡。

急診及緊急需求照護

- 如果您的情況危及生命或出現緊急情況：請撥 911 或前往最近的醫院。
- 如果您的情況不那麼嚴重：如果您無法致電您的主治醫師或醫師團體，或者您需要立即接受醫療護理，請前往最近的醫院或緊急照護中心／機構。
- 如果您不在醫師團體的服務範圍內：請前往最近的醫院、醫療中心，或撥 911。在所有情況下，請盡快聯繫您的主治醫師或簽約醫師團體，將您的病情告知他們。
- 在入院後 48 小時內或盡快撥打您會員卡上的號碼。

預先證明

作為會員，您負責獲得某些服務的證明。請檢查您的計畫證書以獲取需要預先證明的服務清單。

如需預先證明，請致電 800-522-0088。

殘障條件

如果您或您的家庭成員在先前健康保險公司終止保險之日致殘，並且保險失去是由於雇主的保險單終止造成，您可能有權根據《California 保險法》第 10128 節獲得健康福利的延長。根據該法律，先前保險公司應保留責任，直到以下情況中的任何一個最先發生：(a) 該會員不再完全殘疾；(b) 支付了先前保險公司保險的最大福利，或 (c) 自先前保險公司的保險終止之日起，已經過連續 12 個月。

產品／實體

Health Net of California, Inc. 提供以下產品：

PPO、PPO HSA、HMO、ExcelCare HMO、SmartCare HMO、Salud HMO y Más、Salud Mexico、Elect Open Access (EOA) 和 Select POS。

Dental Benefit Providers of California, Inc. 提供以下產品：牙科 HMO 和 PPO。

Health Net Life Insurance Company 提供以下產品：人壽和 AD&D 保險。

Health Net Life Insurance Company 核保下列產品，由 EyeMed Vision Care, LLC 管理：PPO 視力。

拒絕保險

如果您因其他健康保險的承保範圍而拒絕為自己或符合條件的眷屬投保，並且您失去了該保險，或者如果您因婚姻、同居伴侶關係、出生、收養、收養安置或承擔親子關係而獲得新眷屬，您和您的眷屬均有資格獲得特殊投保權。您必須在失去保險或獲得新眷屬後 30 天內申請特殊投保。

English

No Cost Language Services. You can get an interpreter. You can get documents read to you and some sent to you in your language. For help, call us at the number listed on your ID card or call **1-800-522-0088** (TTY: 711).

Arabic

خدمات اللغة مجانية. يمكنك الحصول على مترجم فوري. ويمكنك الحصول على وثائق مقروءة لك. للحصول على المساعدة، اتصل بنا على الرقم الموجود على بطاقة الهوية، أو اتصل على مركز الاتصال التجاري **1-800-522-0088** (TTY: 711)

Armenian

Անվճար լեզվական ծառայություններ: Դուք կարող եք բանավոր թարգմանիչ ստանալ: Փաստաթղթերը կարող են կարդալ ձեզ համար: Օգնության համար զանգահարեք մեզ ձեր ID քարտի վրա նշված հեռախոսահամարով կամ զանգահարեք **1-800-522-0088** (TTY: 711).

Chinese

免費語言服務。您可使用口譯員。您可請人使用您的語言將文件內容唸給您聽，並請我們將有您語言版本的部分文件寄給您。如需協助，請致電您會員卡上所列的電話號碼與我們聯絡，或致電 **1-800-522-0088** (TTY: 711)。

Hindi

बनिा लागत की भाषा सेवाएँ। आप एक दुभाषयिा प्राप्त कर सकते हैं। आपको दस्तावेज पढ़ कर सुनाए जा सकते हैं। मदद के लिए, आपके आईडी कार्ड पर दिए गए सूचीबद्ध नंबर पर हमें कॉल करें, या **1-800-522-0088** (TTY: 711)।

Hmong

Kev Pab Txhais Lus Dawb. Koj xav tau neeg txhais lus los tau. Koj xav tau neeg nyeem cov ntaub ntawv kom yog koj hom lus los tau. Xav tau kev pab, hu peb tau rau tus xov tooj ntawm koj daim npav los yog hu **1-800-522-0088** (TTY: 711).

Japanese

無料の言語サービス。通訳をご利用いただけます。文書をお読みします。援助が必要な場合は、IDカードに記載されている番号までお電話いただくか、**1-800-522-0088**、(TTY: 711)。

Khmer

សេវាភាសាដោយឥតគិតថ្លៃ។ អ្នកអាចទទួលបានអ្នកបកប្រែផ្ទាល់មាត់។ អ្នកអាចស្តាប់គេអានឯកសារឱ្យអ្នក។ សម្រាប់ជំនួយ សូមទាក់ទងយើងខ្ញុំតាមរយៈលេខទូរសព្ទដែលមាននៅលើកាតសម្គាល់ខ្លួនរបស់អ្នក ឬ ទាក់ទងទៅមជ្ឈមណ្ឌលទំនាក់ទំនងពាណិជ្ជកម្មនៃក្រុមហ៊ុន **1-800-522-0088** (TTY: 711)។

Korean

무료 언어 서비스. 통역 서비스를 받을 수 있습니다. 귀하가 구사하는 언어로 문서의 낭독 서비스를 받으실 수 있습니다. 도움이 필요하시면 보험 ID 카드에 수록된 번호로 전화하시거나 **1-800-522-0088** (TTY: 711).

Navajo

Saad Bee Áká E'eyeed T'áá Jíík'e. Ata' halne'ígíí hólq. T'áá hó hazaad k'ehjí naaltsoos hach'í' wóltah. Shíká a'doowoł nínízingo naaltsoos bee néího'dólzínígíí bikáa'gi béesh bee hane'í bikáá' áají' hodíílnih éí doodaii' **1-800-522-0088** (TTY: 711).

Persian (Farsi)

خدمات زبان به طور رایگان. می توانید یک مترجم شفاهی بگیرید. می توانید درخواست کنید که اسناد برای شما قرائت شوند. برای دریافت راهنمایی، با ما به شماره ای که روی کارت شناسایی شما درج شده تماس بگیرید یا با مرکز تماس بازرگانی **1-800-522-0088** (TTY: 711).

Panjabi (Punjabi)

ਬਨਿੰ ਕਸਿ ਲਾਗਤ ਤੇ ਭਾਸ਼ਾ ਸੇਵਾਵਾਂ। ਤੁਸੀਂ ਇੱਕ ਦੁਭਾਸ਼ੀ ਪ੍ਰਾਪਤ ਕਰ ਸਕਦੇ ਹੋ। ਤੁਹਾਨੂੰ ਦਸਤਾਵੇਜ਼ ਤੁਹਾਡੀ ਭਾਸ਼ਾ ਵਿੱਚ ਪੜ੍ਹ ਕੇ ਸੁਣਾਏ ਜਾ ਸਕਦੇ ਹਨ। ਮਦਦ ਲਈ, ਆਪਣੇ ਆਈਡੀ ਕਾਰਡ ਤੇ ਦਿੱਤੇ ਨੰਬਰ ਤੇ ਸਾਨੂੰ ਕਾਲ ਕਰੋ ਜਾਂ ਕਰਿਪਾ ਕਰਕੇ 1-800-522-0088 (TTY: 711).

Russian

Бесплатная помощь переводчиков. Вы можете получить помощь устного переводчика. Вам могут прочесть документы. За помощью обращайтесь к нам по телефону, приведенному на вашей идентификационной карточке участника плана. Кроме того, вы можете позвонить в 1-800-522-0088 (TTY: 711).

Spanish

Servicios de idiomas sin costo. Puede solicitar un intérprete. Puede obtener el servicio de lectura de documentos y recibir algunos en su idioma. Para obtener ayuda, llámenos al número que figura en su tarjeta de identificación o comuníquese con el 1-800-522-0088 (TTY: 711).

Tagalog

Walang Bayad na Mga Serbisyo sa Wika. Makakakuha kayo ng isang interpreter. Makakakuha kayo ng mga dokumento na babasahin sa inyo. Para sa tulong, tawagan kami sa nakalistang numero sa inyong ID card o tawagan ang 1-800-522-0088 (TTY: 711).

Thai

ไม่มีค่าบริการด้านภาษา คุณสามารถใช้ล่ามได้ คุณสามารถให้อ่านเอกสารให้ฟังได้ สำหรับความช่วยเหลือ โทรหาเราตาม หมายเลขที่ให้ไว้บนบัตรประจำตัวของคุณ หรือ โทรหาศูนย์ติดต่อเชิงพาณิชย์ของ 1-800-522-0088 (TTY: 711)

Vietnamese

Các Dịch Vụ Ngôn Ngữ Miễn Phí. Quý vị có thể có một phiên dịch viên. Quý vị có thể yêu cầu được đọc cho nghe tài liệu. Để nhận trợ giúp, hãy gọi cho chúng tôi theo số được liệt kê trên thẻ ID của quý vị hoặc gọi 1-800-522-0088 (TTY: 711).