

# 소기업 그룹 가입 및 변경 신청서



Health Net 소규모 그룹 HMO 및 PPO 플랜들은 규제 검토의 완료를 기다리고 있습니다

의료 및 생명/AD&D 플랜은 Health Net of California, Inc. 및/또는 Health Net Life Insurance Company(통칭“Health Net”)에서 제공합니다. 소아 치과를 제외한 Health Net Dental HMO 및 PPO 플랜은 Dental Benefit Providers of California, Inc. (DBP)에서 제공 및 운영합니다. 소아 안과를 제외한 안과 플랜은 Health Net Life Insurance Company에서 인수하며 EyeMed Vision Care, LLC(“EyeMed”) 및 Envolve Vision, Inc.에서 서비스를 제공합니다.

소아 치과 HMO 및 PPO 플랜은 Health Net of California, Inc.에서 제공하며 DBP에서 운영합니다.

DBP 및 EyeMed 모두 Health Net과 제휴되어 있지 않습니다. 소아 치과를 제외한 치과 플랜에 따른 의무 사항은 Health Net의 의무 사항이 아니며 Health Net에서 보장하지 않습니다.

## Health Net에 오신 것을 환영합니다

### 간단한 양식 작성 절차:

1. 가입 패키지에 포함된 # 자료를 검토하십시오. 고용주에 의해 귀하에게 제공되는 보장 옵션에 대해 반드시 이해하십시오.
- 2a. 귀하가 본인 및/또는 귀하의 피부양자를 위한 **보장을 거절하는 경우** 섹션 7은 반드시 기재해야 합니다. 다른 섹션에는 기입하지 마십시오.
- 2b. 귀하가 본인 및/또는 귀하의 피부양자를 위한 **보장을 승인하는 경우**, 섹션 1, 2, 3, 5 및 8을 반드시 작성해야 합니다.

건강 보험 개혁법(Affordable Care Act, ACA)에 따라 Health Net은 계약자로서 귀하 본인 및 귀하의 보장된 피부양자를 위한 의료 보장 확인서를 국세청(IRS)에 제공해야 합니다. 국세청(IRS)은 본 정보를 이용해 각 가입자가 최소 필수 보장을 갖고 있는지 확인합니다. 또한 캘리포니아 상원법 78(California Senate Bill 78)에 의거해 모든 거주자 및 그들의 피부양자는 월 최소 필수 보장을 갖고 유지해야 합니다. 또한 사회 보장 번호(Social Security Number, SSN)를 Franchise tax Board에 제공해야 합니다. 저희는 귀하 본인 및 귀하가 등록하신 각 피부양자에 대한 정확한 사회 보장 번호(SSN) 또는 납세자 식별 번호(Tax Identification number, TIN)를 제공해 줄 것을 요청드립니다. Matricular ID 번호는 Salud HMO y Más 플랜에 가입하는 경우 멕시코에 거주하는 가입자를 위해 필요합니다. 개인 분담금 책임 조항에 대해 더 많은 정보가 필요한 경우,

<http://www.irs.gov/uac/Questions-and-Answers-on-the-Individual-Shared-Responsibility-Provision>을 방문하십시오.

3. Full HMO, WholeCare HMO, CommunityCare HMO, SmartCare HMO, Salud HMO y Más 또는 Dental HMO(DHMO) 플랜에 가입하기로 선택한 경우, 귀하는 본인의 참여 의사 그룹(participating physician group, PPG), 주치의(primary care physician, PCP) 또는 치과 공급자를 선택해야 합니다. Health Net의 온라인 ProviderSearch(공급자 찾기) 도구에 나타난 대로 해당 이름 및 번호를 반드시 기재하십시오.

**주:** 참여 의사 그룹(PPG), 주치의(PCP) 및/또는 치과 공급자를 선택하지 않은 경우 귀하를 대신해 선택해드립니다.

4. PPO 플랜에 가입하기로 선택한 경우, 귀하는 가입을 위해 참여 의사 그룹(PPG) 또는 주치의(PCP)를 선택할 필요가 없습니다.
5. 작성이 완료된 신청서를 귀하의 기록을 위해 복사해두십시오. **수정이 필요할 경우, 선을 그어 지우고 수정된 각 부분에 이름의 첫 글자(이니셜)를 쓰십시오. 수정용 제품을 사용하지 마십시오.**

### 내부 처리용:

#### 기존 비즈니스/그룹

PO Box 9103  
Van Nuys, CA 91409-9103  
[www.healthnet.com](http://www.healthnet.com)

#### 신규 비즈니스/그룹

작성한 모든 서류를 귀하의 지정된 계정 담당자 또는 브로커에게 보내 주십시오.

**이 페이지는 여백으로 남겨두십시오**



<b>고용주가 작성</b>	
고용주 이름:	
요청된 효력 발생일:	고용주 그룹 번호(의료):
직원 자격 날짜(신규 고용만 해당):	
<input type="checkbox"/> 고용일과 동일 <input type="checkbox"/> 기타: _____	

**중요사항:** 모든 섹션을 검정색 잉크로 정자체로 작성하십시오. 귀하를 위한 플랜을 선택하기 전 혜택 및 보장 요약서(Summary of Benefits and Coverage, SBC)를 볼 자격이 있습니다. 선택하신 플랜의 혜택 및 보장 요약서(SBC)가 없는 경우, 고용주에게 문의하십시오.

## 1. 건강 보험 정보(모든 의료 플랜은 소아 치과 및 안과 보장을 포함.)

Full HMO 네트워크 <sup>1</sup>			SmartCare HMO 네트워크 <sup>2</sup>		
Platinum <input type="checkbox"/> \$0 <input type="checkbox"/> \$10 <input type="checkbox"/> \$20 <input type="checkbox"/> \$30	Gold <input type="checkbox"/> \$30 <input type="checkbox"/> \$35 <input type="checkbox"/> \$40 <input type="checkbox"/> \$50	Silver <input type="checkbox"/> \$55	Platinum <input type="checkbox"/> \$0 <input type="checkbox"/> \$10 <input type="checkbox"/> \$20 <input type="checkbox"/> \$30	Gold <input type="checkbox"/> \$30 <input type="checkbox"/> \$35 <input type="checkbox"/> \$40 <input type="checkbox"/> \$50	Silver <input type="checkbox"/> \$55
WholeCare HMO 네트워크 <sup>1</sup>			Salud HMO y Más 네트워크 <sup>3</sup>		
Platinum <input type="checkbox"/> \$0 <input type="checkbox"/> \$10 <input type="checkbox"/> \$20 <input type="checkbox"/> \$30	Gold <input type="checkbox"/> \$30 <input type="checkbox"/> \$35 <input type="checkbox"/> \$40 <input type="checkbox"/> \$50	Silver <input type="checkbox"/> \$55	Platinum <input type="checkbox"/> \$0 <input type="checkbox"/> \$10 <input type="checkbox"/> \$20 <input type="checkbox"/> \$30	Gold <input type="checkbox"/> \$30 <input type="checkbox"/> \$35 <input type="checkbox"/> \$40 <input type="checkbox"/> \$50	Silver <input type="checkbox"/> \$55
CommunityCare HMO 네트워크 <sup>4</sup>					
Silver <input type="checkbox"/> \$2,250/\$50		Bronze <input type="checkbox"/> \$6,300/\$65			

Full PPO 네트워크			
<input type="checkbox"/> Platinum PPO 0/15	<input type="checkbox"/> Gold PPO 500/20	<input type="checkbox"/> Silver PPO 2500/55	<input type="checkbox"/> Bronze PPO 6300/65
<input type="checkbox"/> Platinum PPO 250/15	<input type="checkbox"/> Gold PPO 1000/35	<input type="checkbox"/> Silver PPO 2250/60	<input type="checkbox"/> Bronze HDHP PPO 7000/0%
<input type="checkbox"/> Gold PPO 0/35	<input type="checkbox"/> Gold PPO 1600/0	<input type="checkbox"/> Silver HDHP PPO 1500/50%	
<input type="checkbox"/> Gold PPO 350/25	<input type="checkbox"/> Gold PPO 750/15	<input type="checkbox"/> Silver PPO 1700/50	

**기타 플랜(들):**

Dental(DHMO)	치과(DPPO)	안과(PPO)
<input type="checkbox"/> HN Plus 150 <input type="checkbox"/> HN Plus 225	<input type="checkbox"/> Classic 5 1500(치과 교정 포함) <input type="checkbox"/> Essential 2 1000 <input type="checkbox"/> Essential 6 1500 <input type="checkbox"/> Classic 4 1500 <input type="checkbox"/> Essential 5 1500(치과 교정 포함)	<input type="checkbox"/> Elite 1010-1 <input type="checkbox"/> Supreme 010-2 <input type="checkbox"/> Preferred 1025-2 <input type="checkbox"/> Preferred 1025-3 <input type="checkbox"/> Preferred Value 10-3 <input type="checkbox"/> Plus 20-1 <input type="checkbox"/> 검진만 해당

## 2. 신청 사유

<input type="checkbox"/> 플랜 변경 <input type="checkbox"/> 주소/이름 변경 <input type="checkbox"/> 피부양자 삭제(아래 이름 작성) <input type="checkbox"/> 기타: _____	<input type="checkbox"/> 신규 직원 <input type="checkbox"/> 연례 가입 기간 <b>특별 가입 기간</b> 적격 사유 발생 날짜: ___/___/___ 피부양자 추가: <input type="checkbox"/> 결혼 <input type="checkbox"/> 신생아/입양/법적 보호자/법원 명령/친자 관계 추정 <input type="checkbox"/> 이전 보장 상실 <input type="checkbox"/> 동거인 <input type="checkbox"/> 기타(구체적으로 기재): _____	<input type="checkbox"/> COBRA <sup>5</sup> 효력 발생일: ___/___/___ <b>적격 사유:</b> _____ <b>적격 사유 발생 날짜:</b> ___/___/___
---	---	---

<sup>1</sup>Alameda, Contra Costa, El Dorado, Fresno, Kern, Kings, Los Angeles, Madera, Marin, Merced, Napa, Nevada, Orange, Placer, Riverside, Sacramento, San Bernardino, San Diego, San Francisco, San Joaquin, San Mateo, Santa Barbara, Santa Clara, Santa Cruz, Solano, Sonoma, Stanislaus, Tulare, Ventura, 및 Yolo 카운티 일부 또는 모든 지역에서 이용 가능.  
<sup>2</sup>Los Angeles, Orange, Riverside, San Diego, San Bernardino, Santa Clara 및 Santa Cruz 카운티 일부 또는 모든 지역에서 이용 가능.  
<sup>3</sup>Orange 카운티 및 Kern, Los Angeles, Riverside, San Diego 및 San Bernardino 카운티의 특정 우편번호 지역에서 이용 가능.  
<sup>4</sup>Los Angeles, Orange 및 San Diego 카운티에서 이용 가능.  
<sup>5</sup>귀하가 총 18개월 또는 36개월 동안 COBRA(Cal-COBRA 포함)의 자격이 있는지 여부에 상관없이 COBRA가 최초 시작된 날짜에 따라 효력 발생일 제공.

직원 이름: \_\_\_\_\_

사회 보장 번호/TIN 마지막 4자리: \_\_\_\_\_

**3. 직원 개인 정보**

성:	이름:	중간 이름 이니셜:	<input type="checkbox"/> 남성 <input type="checkbox"/> 여성
거주 주소:			
도시:	주:	우편번호:	카운티:
생년월일(월/일/년):	사회 보장 번호/TIN/Matricular ID 번호:		직위:
전화번호: ( )	직장 전화번호: ( )	이메일 주소:	
고용 날짜: / /	부서 번호:	결혼 상태: <input type="checkbox"/> 미혼 <input type="checkbox"/> 결혼 <input type="checkbox"/> 동거	
참여 의사 그룹:		주치의:	
참여 의사 그룹(PPG)/주치의(PCP) 가입 ID 번호(4자리 참여 의사 그룹(PPG) 및 6자리 주치의(PCP) 번호):		귀하의 현재 주치의(PCP)입니까? <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요	
치과 HMO 공급자 이름:		치과 HMO 공급자 ID 번호:	

**4. 가족 정보, 가입하려는 모든 해당 가족 구성원에 대해 작성해주십시오.  
(필요한 경우 추가 용지에 작성해주십시오.)**

배우자/동거인 <input type="checkbox"/> 남 <input type="checkbox"/> 여	성:	이름:	중간 이름 이니셜:
거주 주소: <input type="checkbox"/> 계약자와 동일한 경우 여기에 표시하십시오			
도시:	주:	우편번호:	
생년월일(월/일/년):	사회 보장 번호/TIN/Matricular ID 번호:		
참여 의사 그룹:	주치의:		
참여 의사 그룹(PPG)/주치의(PCP) 가입 ID 번호(4자리 참여 의사 그룹(PPG) 및 6자리 주치의(PCP) 번호):	귀하의 현재 주치의(PCP)입니까? <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요		
치과 HMO 공급자 이름:	치과 HMO 공급자 ID 번호:		

<input type="checkbox"/> 아들 <input type="checkbox"/> 딸	성:	이름:	중간 이름 이니셜:
거주 주소: <input type="checkbox"/> 계약자와 동일한 경우 여기에 표시하십시오			
도시:	주:	우편번호:	
생년월일(월/일/년):	사회 보장 번호/TIN/Matricular ID 번호:		
참여 의사 그룹:	주치의:		
참여 의사 그룹(PPG)/주치의(PCP) 가입 ID 번호(4자리 참여 의사 그룹(PPG) 및 6자리 주치의(PCP) 번호):	귀하의 현재 주치의(PCP)입니까? <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요		
치과 HMO 공급자 이름:	치과 HMO 공급자 ID 번호:		

직원 이름: \_\_\_\_\_

사회 보장 번호/TIN 마지막 4자리: \_\_\_\_\_

**4. 가족 정보, 가입하려는 모든 해당 가족 구성원에 대해 작성해 주십시오. (계속)**  
(필요한 경우 추가 용지를 첨부하십시오.)

<input type="checkbox"/> 아들 <input type="checkbox"/> 딸	성:	이름:	중간 이름 이니셜:
거주 주소: <input type="checkbox"/> 계약자와 동일한 경우 여기에 표시하십시오			
도시:			주:      우편번호:
생년월일 (월/일/년):		사회 보장 번호/TIN/Matricular ID 번호:	
참여 의사 그룹:		주치의:	
참여 의사 그룹(PPG)/주치의(PCP) 가입 ID 번호(4자리 참여 의사 그룹(PPG) 및 6자리 주치의(PCP) 번호):		귀하의 현재 주치의(PCP)입니까? <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요	
치과 HMO 공급자 이름:		치과 HMO 공급자 ID 번호:	
<input type="checkbox"/> 아들 <input type="checkbox"/> 딸	성:	이름:	중간 이름 이니셜:
거주 주소: <input type="checkbox"/> 계약자와 동일한 경우 여기에 표시하십시오			
도시:			주:      우편번호:
생년월일 (월/일/년):		사회 보장 번호/TIN/Matricular ID 번호:	
참여 의사 그룹:		주치의:	
참여 의사 그룹(PPG)/주치의(PCP) 가입 ID 번호(4자리 참여 의사 그룹(PPG) 및 6자리 주치의(PCP) 번호):		귀하의 현재 주치의(PCP)입니까? <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요	
치과 HMO 공급자 이름:		치과 HMO 공급자 ID 번호:	

### 5. 귀하 또는 피부양자가 다른 의료 보장을 받고 있습니까?

아니요  예 “예”인 경우, Medicare를 포함하여 이 섹션을 작성해 주십시오.

<input type="checkbox"/> 본인	이름:	다른 보험 회사 이름:			이전 보장 시작일 (월/일/년):	
이전 보장 종료일 (월/일/년):	보장 종료 이유:	그룹 번호/약관 ID 번호:	보장 범위 의료: <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요 치과: <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요 안과: <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요	Medicare: <input type="checkbox"/> 파트 A <input type="checkbox"/> 파트 B	Medicare 클레임/ HICN 번호:	
<input type="checkbox"/> 배우자 <input type="checkbox"/> 동거인	이름:	다른 보험 회사 이름:			이전 보장 시작일 (월/일/년):	
이전 보장 종료일 (월/일/년):	보장 종료 이유:	그룹 번호/ 약관 ID 번호:	귀하의 피부양자의 기본 보장입니까? <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요	보장 범위 의료: <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요 치과: <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요 안과: <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요	Medicare: <input type="checkbox"/> 파트 A <input type="checkbox"/> 파트 B	Medicare 클레임/ HICN 번호:
<input type="checkbox"/> 아들 <input type="checkbox"/> 딸	이름:	다른 보험 회사 이름:			이전 보장 시작일 (월/일/년):	
이전 보장 종료일 (월/일/년):	보장 종료 이유:	그룹 번호/ 약관 ID 번호:	귀하의 피부양자의 기본 보장입니까? <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요	보장 범위 의료: <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요 치과: <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요 안과: <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요	Medicare: <input type="checkbox"/> 파트 A <input type="checkbox"/> 파트 B	Medicare 클레임/ HICN 번호:
<input type="checkbox"/> 아들 <input type="checkbox"/> 딸	이름:	다른 보험 회사 이름:			이전 보장 시작일 (월/일/년):	
이전 보장 종료일 (월/일/년):	보장 종료 이유:	그룹 번호/ 약관 ID 번호:	귀하의 피부양자의 기본 보장입니까? <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요	보장 범위 의료: <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요 치과: <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요 안과: <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요	Medicare: <input type="checkbox"/> 파트 A <input type="checkbox"/> 파트 B	Medicare 클레임/ HICN 번호:
<input type="checkbox"/> 아들 <input type="checkbox"/> 딸	이름:	다른 보험 회사 이름:			이전 보장 시작일 (월/일/년):	
이전 보장 종료일 (월/일/년):	보장 종료 이유:	그룹 번호/ 약관 ID 번호:	귀하의 피부양자의 기본 보장입니까? <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요	보장 범위 의료: <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요 치과: <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요 안과: <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요	Medicare: <input type="checkbox"/> 파트 A <input type="checkbox"/> 파트 B	Medicare 클레임/ HICN 번호:

### 6. 그룹 조건 생명 보험, 해당하는 경우. (추가 또는 우발 수혜자에 대해 별도의 용지를 첨부해 주십시오.)

생명/AD&D 보장:  예  아니요

생명 보험 수혜자(전체 이름):	관계:	%
생명 보험 수혜자(전체 이름):	관계:	%
생명 보험 수혜자(전체 이름):	관계:	%
생명 보험 수혜자(전체 이름):	관계:	%

“플랜 계약”은 Health Net of California, Inc. 및/또는 Dental Benefit Providers of California, Inc. 그룹 서비스 동의 및 보험 보장 증서를 의미합니다. “보험 약관”은 Health Net Life Insurance Company 그룹 약관 및 보험 증명서를 의미합니다.

### 7. 보장 거절 (귀하 또는 적격한 피부양자가 보장을 거절하는 경우 이 섹션을 작성해주시오.)

#### 직원 개인 정보

성:	이름:	중간 이름 이니셜:	사회 보장 번호/Matricular ID 번호:
의료 보장 거절 대상: <input type="checkbox"/> 본인 <input type="checkbox"/> 배우자 <input type="checkbox"/> 동거인 <input type="checkbox"/> 피부양자(들) 이름(들): _____		이유: <input type="checkbox"/> 본 고용주를 통한 기타 그룹 보장 <input type="checkbox"/> 개인 보장 <input type="checkbox"/> 다른 그룹에 의한 기타 그룹 보장(예를 들어 배우자의 고용주) <input type="checkbox"/> 기타: _____	
치과 보장 거절 대상: <input type="checkbox"/> 본인 <input type="checkbox"/> 배우자 <input type="checkbox"/> 동거인 <input type="checkbox"/> 피부양자(들) 이름(들): _____		이유: <input type="checkbox"/> 본 고용주를 통한 기타 그룹 보장 <input type="checkbox"/> 개인 보장 <input type="checkbox"/> 다른 그룹에 의한 기타 그룹 보장(예를 들어 배우자의 고용주) <input type="checkbox"/> 기타: _____	
안과 보장 거절 대상: <input type="checkbox"/> 본인 <input type="checkbox"/> 배우자 <input type="checkbox"/> 동거인 <input type="checkbox"/> 피부양자(들) 이름(들): _____		이유: <input type="checkbox"/> 본 고용주를 통한 기타 그룹 보장 <input type="checkbox"/> 개인 보장 <input type="checkbox"/> 다른 그룹에 의한 기타 그룹 보장(예를 들어 배우자의 고용주) <input type="checkbox"/> 기타: _____	

#### 보장을 거절하는 경우 - 작성을 멈추고 주의 깊게 읽어 보십시오

본인은 본인 및/또는 본인의 피부양자(들)를 위한 보장을 거절하기로 결정하였습니다. 본인은 본인과 본인의 피부양자들이 다음 연간 등록 기간 또는 적격한 사유 발생으로 인한 특별 가입 기간까지 가입을 위해 기다려야 할 수 있음을 이해합니다. 본인은 본인의 고용주로부터 이용 가능한 보장에 대한 설명을 들었고 본인은 이용 가능한 보장을 신청할 기회를 가졌었습니다. 또한 본인은 아래에 서명함으로써 본인이 알거나 믿는 한 보장을 거절하는 이유가 위에 표시한 대로 정확함을 확인합니다.

**직원 서명(또는 전자 서명):** \_\_\_\_\_ **날짜:** \_\_\_\_\_  
 (보장을 거절하는 경우에만 서명하십시오. 실수로 서명한 경우, 선을 그어 지우고 이름의 첫 글자(이니셜)를 쓰십시오.)

### 8. 보장 수락(서명 필수)

캘리포니아법은 건강 보험 회사들이 건강 보험 보장의 조건으로 HIV 검사를 요구하거나 이용할 수 없도록 금지하고 있습니다.

**확인 및 동의:** 본인은 Health Net 및/또는 DBP의 서비스에 가입 또는 서비스를 수락함으로써 본인 및 가입된 피부양자가 플랜 계약 또는 보험 약관의 조건 및 조항을 이해하고 준수할 의무가 있음을 이해하고 동의합니다. 본인은 신청서의 조건을 읽고 이해했으며, 본 신청서에 기재된 정보가 본인이 아는 한 온전하고 사실이며 정확하고, 이러한 조건을 수락하기에 아래와 같이 서명합니다.

**구속력 있는 중재 합의:** 본인, 즉 신청자는 45 CFR 147.136에 명시된 대로 불리한 혜택 결정에 관한 분쟁을 제외하고 보험 보장 증서 또는 보험 증명서 또는 본인의 Health Net 보장 또는 그에 관련되어 발생하는 본인(본인의 가입된 가족 가입자 또는 상속자 또는 개인 대리인 포함)과 Health Net 사이의 어떠한 그리고 모든 분쟁은 배심원 또는 재판 대신 개인적이고 최종적이며 구속력 있는 중재로 제출되어야 하며 집단 중재에 대한 모든 권리를 포기함을 이해하고 이에 동의합니다. 본 중재 합의는 의료 공급자들 또는 그들의 에이전트 또는 직원과 같은 제삼자가 분쟁에 관계된 경우에도 적용됩니다. 본인을 불리한 혜택 결정에 대한 분쟁을 제외한 모든 분쟁을 최종적이며 구속력 있는 중재를 통해 해결하는 것에 동의함으로써 Health Net을 포함한 모든 당사자들이 분쟁을 배심원이 있는 법원에서 판결받을 수 있는 헌법적 권리를 포기하는 것임을 이해하고 있습니다. 본인은 또한 의료 사고(제공된 의료 서비스가 불필요하거나 승인되지 않았거나 부적절했거나 부주의하게 또는 불완전하게 제공되었는지 여부)에 대한 주장과 관련해 Health Net에 제기할 수 있는 모든 분쟁 역시 최종적이며 구속력 있는 중재의 적용을 받는다는 것을 이해하고 있습니다. 본인은 중재에 대한 자세한 규정이 보험 보장 증서 또는 보험 증명서에 포함되어 있다는 것을 이해하고 있습니다. 고용주의 플랜이 ERISA, 29 U.S.C. §§ 1001-1461에 의한 경우, 의무 중재는 특정 분쟁에 적용되지 않을 수 있습니다. 아래 본인의 서명은 본인이 구속력 있는 중재의 조건을 이해하고 그에 동의하며, 불리한 혜택 결정에 대한 분쟁을 제외하고 모든 분쟁을 재판 대신 구속력 있는 중재에 제출하는 것에 동의함을 의미합니다.

**직원 서명(또는 전자 서명):** \_\_\_\_\_ **날짜:** \_\_\_\_\_  
 (보장을 수락하는 경우에만 서명하십시오. 실수로 서명한 경우, 선을 그어 지우고 이름의 첫 글자(이니셜)를 쓰십시오.)

Health Net of California, Inc. 및 Health Net Life Insurance Company는 Health Net, LLC의 계열사입니다. Health Net 및 Salud con Health Net은 Health Net, LLC의 등록된 서비스 표시입니다. 모든 기타 확인된 상표/서비스 표시는 해당 회사의 소유입니다. 모든 사용 권한은 Health Net, LLC에 있습니다.

양식을 작성하는 데 도움이 필요하거나 귀하의 보장에 관해 질문이 있는 경우, 아래 무료 전화번호를 이용해 Health Net 고객 서비스 센터로 문의하십시오.

영어	1-800-522-0088
광둥어	1-877-891-9053
한국어	1-877-339-8596
북경어	1-877-891-9053
스페인어	1-800-331-1777
타갈로그어	1-877-891-9051
베트남어	1-877-339-8621

치과, 안과 또는 생명 보장에 관해 질문이 있는 경우, 다음 전화번호로 문의하십시오.

치과	1-866-249-2382
안과	1-866-392-6058
생명	1-800-865-6288

귀하의 참여 의사 그룹(PPG) 또는 주치의(PCP)에 대한 질문은 참여 의사 그룹(PPG)에 직접, 또는 Health Net 공급자 서비스 1-800-641-7761번으로 문의하십시오.

정식 ID 카드가 나올 때까지 Health Net 가입 양식 사본을 임시 ID 카드로 이용할 수 있습니다.

### 응급 및 긴급하게 필요한 진료

- 생명이 위독하거나 응급상황인 경우: 911에 전화하거나 가장 가까운 병원으로 가십시오.
- 상태가 심각하지 않은 경우: 주치의 또는 의사 그룹에 전화할 수 없거나 즉시 진료가 필요한 경우, 가까운 병원 또는 긴급 의료 센터로 가십시오.
- 귀하의 의사 그룹 서비스 지역 외에 있는 경우: 가장 가까운 병원 또는 의료 센터로 가거나 911에 전화하십시오. 어떤 경우라도 주치의 또는 참여 의사 그룹에 가능한 한 신속히 연락해 귀하의 상태를 알려십시오.
- 입원 후 48시간 이내 또는 가능한 한 신속하게 귀하의 ID 카드에 있는 전화번호로 전화하십시오.

### 사전 인증

귀하는 가입자로서 특정 서비스에 대해 인증을 받아야 할 책임이 있습니다. 플랜 증명서에서 인증을 받아야 하는 서비스 목록을 확인하십시오.

**사전 승인은 1-800-977-7282번으로 전화하십시오.**

### 장애 상태

귀하 또는 귀하의 가족이 이전 건강 보험의 보장이 종료되는 날 장애를 갖게 되었고, 고용주의 보험 약관의 종료로 인해 보장이 상실된 경우, 캘리포니아 보험 규정(California Insurance Code) 섹션 10128에 따라 건강 보장 혜택의 연장을 받을 자격이 있습니다. 이 법에 따라, 이전 보험사는 다음 중 먼저 발생하는 사건의 시점까지 보장의 책임이 있습니다. (a) 가입자가 더 이상 완전히 장애가 아님, (b) 이전 보장에서 최대 혜택 금액을 지급한 경우, 또는 (c) 이전 보험사의 보장 종료일로부터 연속 12개월이 지난 경우.

### 상품/주체

Health Net of California, Inc.에서 제공하는 상품: CommunityCare HMO 네트워크, Full HMO 네트워크, WholeCare HMO 네트워크, SmartCare HMO 네트워크, PPO 네트워크 및 Salud HMO y Más 네트워크.

Health Net Life Insurance Company에서 제공하는 상품: 생명 및 AD&D 보험.

Dental Benefit Providers of California, Inc.에서 제공하는 상품: Dental HMO(DHMO) 및 Dental PPO(DPPO).

Health Net Life Insurance Company에서 EyeMed Vision Care, LLC("EyeMed") 및 Envolve Vision, Inc.의 서비스를 통해 제공하는 상품: PPO 안과.

### 보장 거절

다른 건강 보험에서 보장을 받아서 본인 또는 적격한 피부양자의 보장을 거절하였으나 다른 건강 보험의 보장을 상실한 경우, 또는 결혼, 동거인, 출산, 입양, 입양 채택 또는 친자관계 추정 등으로 새로운 피부양자가 생긴 경우, 귀하와 피부양자는 특별 가입을 신청할 권리가 있을 수 있습니다. 특별 가입은 보장 상실 또는 새로운 피부양자가 생긴 지 60일 이내에 신청해야 합니다.



## 비차별 통지문

캘리포니아주 비차별 요구사항(혜택 보장 서류에 설명) 이외에도 Health Net of California, Inc.(Health Net)는 적용되는 연방 인권법을 준수하고 인종, 피부색, 출신 국가, 조상, 종교, 결혼 여부, 성적체성, 성적 성향, 연령, 장애 또는 성별을 근거로 차별하거나 제외하거나 또는 다르게 대하지 않습니다.

### HEALTH NET은

- 장애가 있으신 분들이 저희와 원활한 의사소통을 하실 수 있도록 자격을 갖춘 수화 통역사 및 기타 형식(큰 활자, 이용 가능한 전자 형식 및 기타)으로 작성된 정보 등 무료 지원 및 서비스를 제공합니다.
- 영어가 주 언어가 아닌 분들을 위해 자격을 갖춘 통역사 및 기타 언어로 작성된 정보 등 무료 언어 서비스를 제공합니다.

이러한 서비스가 필요하신 경우 Health Net 고객 서비스 센터로 연락하십시오.

**개인 및 가족 플랜(IFP) 가입자 On Exchange/Covered California** 1-888-926-4988 (TTY: 711)

**개인 및 가족 플랜(IFP) 가입자 Off Exchange** 1-800-839-2172 (TTY: 711)

**개인 및 가족 플랜(IFP) 신청자** 1-877-609-8711 (TTY: 711)

**Group Plans through Health Net** 1-800-522-0088 (TTY: 711)

Health Net이 이러한 서비스를 제공하지 못했거나 상기의 요인 중 하나를 근거로 차별했다고 생각하시는 경우 상기의 번호를 이용해 Health Net의 고객 서비스 센터(Customer Contact Center)로 전화해 불만사항을 제기하는 데 도움이 필요하다고 말씀하십시오. Health Net의 고객 서비스 센터는 귀하께서 불만사항을 제기하는 데 도움을 드릴 수 있습니다. 또한 우편, 팩스 또는 이메일로 불만사항을 제출하실 수 있습니다.

Health Net of California, Inc. Appeals & Grievances

PO Box 10348

Van Nuys, CA 91410-0348

팩스: 1-877-831-6019

이메일: Member.Discrimination.Complaints@healthnet.com (가입자) 또는

Non-Member.Discrimination.Complaints@healthnet.com (신청자)

귀하의 건강 문제가 긴급한 경우, 귀하가 이미 Health Net of California, Inc.에 불만사항을 신청하고 그 결과에 만족하지 않는 경우 또는 Health Net of California, Inc.에 불만사항을 신청한지 30일 이상이 지난 경우 관리보건국(Department of Managed Health Care, DMHC)에 독립 의료 심사/불만사항 양식(Independent Medical Review/Complaint Form)을 제출하실 수 있습니다. 1-888-466-2219(TDD: 1-877-688-9891)번을 이용해 DMHC 헬프 데스크(Help Desk)로 전화하거나 [www.dmhc.ca.gov/FileaComplaint](http://www.dmhc.ca.gov/FileaComplaint)에서 온라인으로 불만사항 양식을 제출하실 수 있습니다.

인종, 피부색, 출신 국가, 연령, 장애 또는 성별 때문에 차별을 당했다고 생각하시는 경우

<https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>에서 OCR 불만사항 포털(Complaint Portal)을 이용하거나 다음 주소 또는 전화번호를 통해 미 보건후생부(U.S. Department of Health and Human Services), 인권 사무소(Office for Civil Rights, OCR)로 인권 불만사항을 제기하실 수 있습니다. U.S. Department of Health and Human Services, 200 Independence Avenue SW, Room 509F, HHH Building, Washington, DC 20201, 1-800-368-1019 (TDD: 1-800-537-7697)번으로 전화해 주정부 공청회를 신청하실 수 있습니다.

불만사항 신고서는 <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>에서 이용하실 수 있습니다.

## 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, if you have an ID card, please call the Customer Contact Center number. Employer group applicants please call Health Net's Commercial Contact Center at 1-800-522-0088 (TTY: 711). Individual & Family Plan (IFP) applicants please call 1-877-609-8711 (TTY: 711).

## Arabic

خدمات لغوية مجانية. يمكننا أن نوفر لك مترجم فوري. ويمكننا أن نقرأ لك الوثائق بلغتك. للحصول على المساعدة، يرجى الاتصال برقم مركز خدمة العملاء المبين على بطاقتك. فيما يتعلق بمقدمي طلبات مجموعة صاحب العمل، يرجى التواصل مع مركز الاتصال التجاري في Health Net عبر الرقم: 1-800-522-0088 (TTY: 711). فيما يتعلق بمقدمي طلبات خطة الأفراد والعائلة، يرجى الاتصال بالرقم 1-877-609-8711 (TTY: 711).

## Armenian

Անվճար լեզվական ծառայություններ: Դուք կարող եք բանավոր թարգմանիչ ստանալ: Փաստաթղթերը կարող են կարդալ ձեր լեզվով: Եթե ID քարտ ունեք, օգնության համար խնդրում ենք զանգահարել Հաճախորդների սպասարկման կենտրոնի հեռախոսահամարով: Գործատուի խմբի դիմորդներին խնդրում ենք զանգահարել Health Net-ի Կոմերցիոն սպասարկման կենտրոն՝ 1-800-522-0088 հեռախոսահամարով (TTY՝ 711): Individual & Family Plan (IFP) դիմորդներին խնդրում ենք զանգահարել 1-877-609-8711 հեռախոսահամարով (TTY՝ 711):

## Chinese

免費語言服務。您可使用口譯員服務。您可請人將文件唸給您聽並請我們將某些文件翻譯成您的語言寄給您。如需協助且如果您有會員卡，請撥打客戶聯絡中心電話號碼。雇主團保計畫的申請人請撥打 1-800-522-0088（聽障專線：711）與 Health Net 私人保險聯絡中心聯絡。Individual & Family Plan (IFP) 的申請人請撥打 1-877-609-8711（聽障專線：711）。

## Hindi

बिना शुल्क भाषा सेवाएं। आप एक दुभाषिया प्राप्त कर सकते हैं। आप दस्तावेजों को अपनी भाषा में पढ़वा सकते हैं। मदद के लिए, यदि आपके पास आईडी कार्ड है तो कृपया ग्राहक संपर्क केंद्र के नंबर पर कॉल करें। नियोक्ता सामूहिक आवेदक कृपया हेल्थ नेट के कमर्शियल संपर्क केंद्र को 1-800-522-0088 (TTY: 711) पर कॉल करें। व्यक्तिगत और फैमिली प्लान (आईएफपी) आवेदक कृपया 1-877-609-8711 (TTY: 711) पर कॉल करें।

## Hmong

Tsis Muaj Tus Nqi Pab Txhais Lus. Koj tuaj yeem tau txais ib tus kws pab txhais lus. Koj tuaj yeem muaj ib tus neeg nyeem cov ntaub ntauv rau koj ua koj hom lus hais. Txhawm rau pab cuam, yog tias koj muaj daim npav ID, thov hu rau Neeg Qhua Lub Chaw Tiv Toj tus npawb. Tus tswv ntiav neeg ua haujlwm pab pawg sau ntauv thov ua haujlwm thov hu rau Health Net Qhov Chaw Tiv Toj Kev Lag Luam ntawm 1-800-522-0088 (TTY: 711). Tus Neeg thiab Tsev Neeg Qhov Kev Npaj (IFP) cov neeg thov ua haujlwm thov hu rau 1-877-609-8711 (TTY: 711).

## Japanese

無料の言語サービスを提供しております。通訳者もご利用いただけます。日本語で文書をお読みすることも可能です。ヘルプについては、IDカードをお持ちの場合は顧客連絡センターまでお電話ください。雇用主を通じた団体保険の申込者の方は、Health Netの顧客連絡センター（1-800-522-0088、TTY: 711）までお電話ください。個人・家族向けプラン（IFP）の申込者の方は、1-877-609-8711（TTY: 711）までお電話ください。

**Khmer**

សេវាភាសាដោយឥតគិតថ្លៃ។ លោកអ្នកអាចទទួលបានអ្នកបកប្រែផ្ទាល់មាត់។ លោកអ្នកអាចស្តាប់គេអានឯកសារឱ្យ  
លោកអ្នកជាភាសារបស់លោកអ្នក។ សម្រាប់ជំនួយ ប្រសិនបើលោកអ្នកមានប័ណ្ណសម្គាល់ខ្លួន សូមហៅទូរស័ព្ទទៅកាន់  
លេខរបស់មជ្ឈមណ្ឌលទំនាក់ទំនងអតិថិជន។ អ្នកដាក់ពាក្យសុំគម្រោងជាក្រុមដែលជាបុគ្គលិក សូមហៅទូរស័ព្ទទៅ  
កាន់មជ្ឈមណ្ឌលទំនាក់ទំនងរបស់ Health Net តាមរយៈលេខ 1-800-522-0088 (TTY: 711)។ អ្នកដាក់ពាក្យសុំ  
គម្រោងជាលក្ខណៈបុគ្គល និងក្រុមគ្រួសារ (IFP) សូមហៅទូរស័ព្ទទៅកាន់លេខ 1-877-609-8711 (TTY: 711)។

**Korean**

무료 언어 서비스입니다. 통역 서비스를 받으실 수 있습니다. 문서 낭독 서비스를 받으실 수 있으며  
일부 서비스는 귀하가 구사하는 언어로 제공됩니다. 도움이 필요하시면 ID 카드에 수록된 번호로  
고객서비스 센터에 연락하십시오. 고용주 그룹 신청인의 경우 Health Net의 상업 고객서비스 센터에  
1-800-522-0088(TTY: 711)번으로 전화해 주십시오. 개인 및 가족 플랜(IFP) 신청인의 경우  
1-877-609-8711(TTY: 711)번으로 전화해 주십시오.

**Navajo**

Doo bą́ą́h ílínígóó saad bee háká ada'iiyeed. Ata' halne'ígíí da ła' ná hádídóót'íjį́. Naaltsoos da t'áá  
shí shizaad k'éhjí shichí' yídooltaah nínízingo t'áá ná ákódoonííł. Ákót'éego shíká a'doowoł nínízingo  
Customer Contact Center hoolyéhíjį' hodíílnih ninaaltsoos nanitingo bee néého'dolzinígíí hodoonihjį'  
bikáá'. Naaltsoos nehiltsóosgo naanish bá dahikahígíí éí kojį' hodíílnih Health Net's Commercial  
Contact Center 1-800-522-0088 (TTY: 711). T'áá hó dóó ha'áłchíní (IFP) báhígíí éí kojį' hojilnih  
1-877-609-8711 (TTY: 711).

**Persian (Farsi)**

خدمات زبان بدون هزینه. می توانید یک مترجم شفاهی بگیرید. می توانید درخواست کنید اسناد به زبان شما برایتان خوانده شوند. برای  
دریافت کمک، اگر کارت شناسایی دارید، لطفاً با شماره مرکز تماس مشتریان تماس بگیرید. متقاضیان گروه کارفرما لطفاً با مرکز تماس  
تجاری Health Net به شماره 1-800-522-0088 (TTY:711) تماس بگیرید. متقاضیان طرح فردی و خانوادگی (IFP) \* لطفاً با  
شماره 1-877-609-8711 (TTY:711) تماس بگیرید.

**Panjabi (Punjabi)**

ਬਿਨਾਂ ਕਿਸੇ ਲਾਗਤ ਵਾਲੀਆਂ ਭਾਸ਼ਾ ਸੇਵਾਵਾਂ। ਤੁਸੀਂ ਇੱਕ ਦੁਭਾਸ਼ੀਏ ਦੀ ਸੇਵਾ ਹਾਸਲ ਕਰ ਸਕਦੇ ਹੋ। ਤੁਹਾਨੂੰ ਦਸਤਾਵੇਜ਼ ਤੁਹਾਡੀ ਭਾਸ਼ਾ  
ਵਿੱਚ ਪੜ੍ਹ ਕੇ ਸੁਣਾਏ ਜਾ ਸਕਦੇ ਹਨ। ਮਦਦ ਲਈ, ਜੇ ਤੁਹਾਡੇ ਕੋਲ ਇੱਕ ਆਈਡੀ ਕਾਰਡ ਹੈ, ਤਾਂ ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ ਗਾਹਕ ਸੰਪਰਕ  
ਕੇਂਦਰ ਨੰਬਰ ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ। ਮਾਲਕ ਦਾ ਗਰੁੱਪ ਬਿਨੈਕਾਰ, ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ ਹੈਲਥ ਨੈੱਟ ਦੇ ਵਪਾਰਕ ਸੰਪਰਕ ਕੇਂਦਰ ਨੂੰ  
1-800-522-0088 (TTY: 711) 'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ। ਵਿਅਕਤੀਗਤ ਅਤੇ ਪਰਿਵਾਰਕ ਯੋਜਨਾ (IFP) ਬਿਨੈਕਾਰਾਂ ਨੂੰ ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ  
1-877-609-8711 (TTY: 711) 'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ।

**Russian**

Бесплатная помощь переводчиков. Вы можете получить помощь переводчика. Вам могут прочитать  
документы на Вашем родном языке. Если Вам нужна помощь и у Вас при себе есть карточка  
участника плана, звоните по телефону Центра помощи клиентам. Участники коллективных планов,  
предоставляемых работодателем: звоните в коммерческий центр помощи Health Net по телефону  
1-800-522-0088 (TTY: 711). Участники планов для частных лиц и семей (IFP): звоните по телефону  
1-877-609-8711 (TTY: 711).

### **Spanish**

Servicios de idiomas sin costo. Puede solicitar un intérprete, obtener el servicio de lectura de documentos y recibir algunos en su idioma. Para obtener ayuda, si tiene una tarjeta de identificación, llame al número del Centro de Comunicación con el Cliente. Los solicitantes del grupo del empleador deben llamar al Centro de Comunicación Comercial de Health Net, al 1-800-522-0088 (TTY: 711). Los solicitantes de planes individuales y familiares deben llamar al 1-877-609-8711 (TTY: 711).

### **Tagalog**

Walang Bayad na Mga Serbisyo sa Wika. Makakakuha kayo ng interpreter. Makakakuha kayo ng mga dokumento na babasahin sa inyo sa inyong wika. Para sa tulong, kung mayroon kayong ID card, mangyaring tumawag sa numero ng Customer Contact Center. Para sa mga grupo ng mga aplikante ng tagapag-empleyo, mangyaring tumawag sa Commercial Contact Center ng Health Net sa 1-800-522-0088 (TTY: 711). Para sa mga aplikante ng Planong Pang-individuwal at Pampamilya (Individual & Family Plan, IFP), mangyaring tumawag sa 1-877-609-8711 (TTY: 711).

### **Thai**

ไม่มีค่าบริการด้านภาษา คุณสามารถใช้ล่ามได้ คุณสามารถให้อ่านเอกสารให้ฟังเป็นภาษาของคุณได้ หากต้องการความช่วยเหลือ และคุณมีบัตรประจำตัว โปรดโทรหมายเลขศูนย์ลูกค้าสัมพันธ์ ผู้สมัครกลุ่มนายจ้าง โปรดโทรหาศูนย์ลูกค้าสัมพันธ์เชิงพาณิชย์ของ Health Net ที่หมายเลข 1-800-522-0088 (โหมด TTY: 711) ผู้สมัครแผนบุคคลและครอบครัว (Individual & Family Plan: IFP) โปรดโทร 1-877-609-8711 (โหมด 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 bằng ngôn ngữ của quý vị. Để được giúp đỡ, nếu quý vị có thẻ ID, vui lòng gọi đến số điện thoại của Trung Tâm Liên Lạc Khách Hàng. Những người nộp đơn xin bảo hiểm nhóm qua hãng sở vui lòng gọi Trung Tâm Liên Lạc Thương Mại của Health Net theo số 1-800-522-0088 (TTY: 711). Người nộp đơn thuộc Chương Trình Cá Nhân & Gia Đình (IFP), vui lòng gọi số 1-877-609-8711 (TTY: 711).