

退保表



每位申請退保的保戶必須填寫自己的表格。

如果您申請退保，在退保生效日期之前，您必須繼續透過 Health Net Seniority Plus Employer (HMO) 獲得所有醫療照護。在 Health Net Seniority Plus Employer (HMO) 的網絡之外尋求醫療服務之前，請聯絡我們以確認您的退保情況。我們將在收到您的退保表後通知您生效日期。

如果您有任何疑問，請致電 1-800-275-4737 (TTY: 711) 與 Health Net Seniority Plus Employer (HMO) 聯絡。自 10 月 1 日起至 3 月 31 日止，您可以在週一到週日上午 8 點至晚上 8 點期間聯絡我們。自 4 月 1 日起至 9 月 30 日止，您可以在週一到週五上午 8 點至晚上 8 點期間聯絡我們。
下班時間、週末和聯邦假期請使用電話留言系統。

您可以鍵入內容來填寫本表。您亦可將本表列印出來進行填寫，在此情況下，請用黑色或藍色墨水並用正楷清晰書寫您的回答。填寫核取方塊時需使用「x」。

姓氏 _____ 名字 _____ 中間名 _____ 先生 太太 小姐 女士

Health Net Seniority Plus Employer (HMO) 投保人 ID 號碼 _____

Medicare 號碼 _____

出生日期 (MM/DD/YYYY) _____ 性別 男性 女性

住家電話號碼 _____ 手機號碼 _____

永久住所街道地址 (不得填寫郵政信箱) _____

城市 _____ 州 _____ 郵遞區號 _____

郵寄地址 (如果與永久住所不同) (允許填寫郵政信箱) _____

城市 _____ 州 _____ 郵遞區號 _____

電子郵件地址 _____

請仔細閱讀並填寫以下資訊，然後簽署本退保表並註明日期：

如果本人投保了另一項 Medicare Advantage 或 Medicare 處方藥計畫，本人瞭解 Medicare 將於新投保生效日期取消本人目前的 Health Net Seniority Plus Employer (HMO) 保戶資格。本人瞭解自己此時可能無法投保其他計畫。本人還瞭解，如果從 Medicare 處方藥保險退保，並希望在將來投保 Medicare 處方藥保險，本人可能會因遲延投保罰款而需要為此保險支付更高保費。

接下頁

本人瞭解，本人（或獲得授權可代表本人行事的人士）在本表上簽名即表明本人已閱讀並瞭解本表的內容。如果由授權代表簽名，則該簽名證明：該人士已獲得州法律授權以完成本退保手續，並且可按照要求提供此項授權的證明文件。

簽名*：_____ 今日日期：_____

*或根據您所居住州的法律授權代表您行事的人士的簽名。如果由授權代表（如上文所述）簽名，則該簽名證明：1) 該人士已獲得州法律授權以完成本退保手續；且 2) 可按照 Health Net Seniority Plus Employer (HMO) 或 Medicare 的要求提供此項授權的證明文件。

如果您是授權代表，則您必須在上方簽名並提供以下資訊：

姓名：_____ 電話號碼：_____

地址：_____ 與投保人的關係：_____

您通常僅可在每年 10 月 15 日至 12 月 7 日的年度投保期內，或在每年的 1 月 1 日至 3 月 31 日的 Medicare Advantage 開放投保期內從 Medicare Advantage 計畫退保。

但在例外情況下，您可能可以在此期間以外的時間退保。如果您對自己可以退保的時間有任何疑問，請致電保戶服務部尋求援助。

請選擇適用於您的退保原因

請仔細閱讀以下陳述，並勾選適用於您的陳述前面的方塊。透過勾選以下任何方塊即證明，就您所知，您符合選擇期的資格。

我的 Medicaid 最近於_____發生了變更（剛剛符合 Medicaid 的資格、Medicaid 援助等級發生了變更或喪失了 Medicaid 的資格）。

我的用於支付 Medicare 處方藥保險費用的額外幫助 (Extra Help) 最近於_____發生了變更（剛剛符合額外幫助的資格、額外幫助等級發生了變更或喪失了額外幫助的資格）。

我同時擁有 Medicare 和 Medicaid（或州政府幫助支付我的 Medicare 保費），或我獲得了額外幫助 (Extra Help) 來支付 Medicare 處方藥保險費用，但未發生變更。

我正要搬入、目前住在或最近搬出長期護理機構（例如護理院）。我已經/即將於_____搬入/搬離該機構。

我將於_____加入 PACE 計畫。

我將於_____加入僱主團體或工會保險。我申請退保的日期為_____，本人瞭解這需要 CMS 核准。

我已投保由 Medicare（或我的所在州）提供的計畫，我希望另選計畫。我投保的該計畫已經或即將於_____生效。

如果上述陳述均不適用於您或您不確定，請撥打 1-800-275-4737 (TTY: : 711) 與 Health Net Seniority Plus Employer (HMO) 聯絡，以確定您是否符合退保資格。自 10 月 1 日起至 3 月 31 日止，您可以在週一到週日上午 8 點至晚上 8 點期間聯絡我們。自 4 月 1 日起至 9 月 30 日止，您可以在週一到週五上午 8 點至晚上 8 點期間聯絡我們。下班時間、週末和聯邦假期請使用電話留言系統。

請選擇您退保的原因。

PCP 不在網絡內

專科醫生不在網絡內

共付額太高

無法獲得服務

保費太高

不清楚自己是否已投保該計畫

其他 _____

您可以將填妥的表格返回至：

Health Net of California

P.O. Box 10420

Van Nuys, CA 91410

傳真：**1-844-222-3180**



Section 1557 Non-Discrimination Language

Notice of Non-Discrimination

Health Net complies with applicable federal civil rights laws and does not discriminate on the basis of race, color, national origin, age, disability, or sex.

Health Net:

- Provides free aids and services to people with disabilities to communicate effectively with us, such as qualified sign language interpreters and written information in other formats (large print, audio, accessible electronic formats, other formats).
- Provides free language services to people whose primary language is not English, such as qualified interpreters and information written in other languages.

If you need these services, contact Member Services at **1-800-275-4737** (TTY: **711**). From October 1 to March 31, you can call us 7 days a week from 8 a.m. to 8 p.m. From April 1 to September 30, you can call us Monday through Friday from 8 a.m. to 8 p.m. A messaging system is used after hours, weekends, and on federal holidays.

If you believe that Health Net has failed to provide these services or discriminated in another way on the basis of race, color, national origin, age, disability, or sex, you can file a grievance by calling the number above and telling them you need help filing a grievance; Health Net's Member Services is available to help you.

You can also file a civil rights complaint with the U.S. Department of Health and Human Services, Office for Civil Rights, electronically through the Office for Civil Rights Complaint Portal, available at **<https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>** or by mail or phone at: 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**).

Complaint forms are available at **<http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>**.

Sección 1557: Mensaje de No Discriminación

Notificación de No Discriminación

Health Net cumple con las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discrimina por motivos de raza, color de piel, nacionalidad de origen, edad, discapacidad o sexo.

Health Net:

- Proporciona asistencia y servicios gratuitos a las personas con discapacidades para que puedan comunicarse adecuadamente con nosotros, tales como intérpretes calificados de lengua de señas e información escrita en otros formatos (letra grande, audio, formatos electrónicos accesibles y otros formatos).
- Proporciona servicios lingüísticos gratuitos a personas cuyo idioma principal no es el inglés, tales como intérpretes calificados e información escrita en otros idiomas.

Si necesita estos servicios, llame a Servicios para Miembros al **1-800-275-4737** (TTY: **711**). Desde el 1 de octubre hasta el 31 de marzo, puede llamarnos los 7 días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m. Desde el 1 de abril hasta el 30 de septiembre, puede llamarnos de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. Fuera del horario laboral, los fines de semana y los días festivos federales se utiliza un sistema de mensajería.

Si cree que Health Net no le ha brindado estos servicios o que lo(a) ha discriminado de alguna manera por motivos de raza, color de piel, nacionalidad de origen, edad, discapacidad o sexo, puede presentar una queja formal. Llame al número que aparece más arriba e informe que necesita ayuda para presentar una queja formal. El personal de Servicios para Miembros de Health Net está disponible para ayudarlo(a).

También puede presentar un reclamo sobre derechos civiles ante la Office for Civil Rights del U.S. Department of Health and Human Services, de manera electrónica a través del Portal de Reclamos de la Office for Civil Rights, disponible en **<https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>**, por correo postal o por teléfono a: 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**).

Los formularios de reclamo están disponibles en **<http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>**.

第 1557 條反歧視語言 反歧視通知

Health Net 遵循適用的聯邦民權法律，不會根據種族、膚色、國籍、年齡、殘疾或性別歧視他人。

Health Net：

- 為殘疾人士提供免費輔助和服務，例如：合格手語翻譯員以及其他格式 (大字版、音訊版、無障礙電子版、其他格式) 的書面資訊，以讓其可以有效地與我們溝通。
- 為非以英語為母語的人士提供免費的語言服務，例如：合格口譯員以及其他語言版本的書面資訊。

如果您需要這些服務，請聯絡會員服務部，電話 **1-800-275-4737** (TTY：**711**)。從 10 月 1 日至 3 月 31 日，您可以致電我們的時間為一週 7 天，上午 8 點至晚上 8 點。從 4 月 1 日至 9 月 30 日，您可以致電我們的時間為週一至週五，上午 8 點至晚上 8 點。非服務時間、週末和聯邦假日會由留言系統接聽。

如果您認為 Health Net 未能提供上述服務或基於種族、膚色、國籍、年齡、殘疾或性別等理由而透過其他方式歧視他人，您可致電上列電話號碼提出申訴，並告知對方您需要協助提出申訴；Health Net 的會員服務部將可為您提供協助。

您也可向美國衛生署和公眾服務部民權辦公室提出民權投訴，您可透過民權辦公室的投訴入口網站 <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf> 以電子方式提出投訴，或者透過郵件或電話提出投訴，聯絡資訊如下：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**)。

投訴表格可於此網站 <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html> 取得。

Multi-Language Insert
Multi-language Interpreter Services

Form Approved
OMB# 0938-1421

English: We have free interpreter services to answer any questions you may have about our health or drug plan. To get an interpreter, just call us at **1-800-275-4737** (TTY: **711**). Someone who speaks English/Language can help you. This is a free service.

Spanish: Contamos con los servicios gratuitos de un intérprete para responder las preguntas que tenga sobre nuestro plan de salud o de medicamentos. Para obtener un intérprete, llámenos al **1-800-275-4737** (TTY: **711**). Alguien que habla español puede ayudarle. Este es un servicio gratuito.

Chinese Mandarin: 我们提供免费的口译服务，可解答您对我们的健康或药物计划的有关疑问。如需译员，请拨打 **1-800-275-4737** (TTY: **711**)。您将获得讲汉语普通话的译员的帮助。这是一项免费服务。

Chinese Cantonese: 我們提供免費的口譯服務，可解答您對我們的健康或藥物計劃可能有的任何疑問。如需口譯員服務，請致電 **1-800-275-4737** (TTY: **711**)。會說廣東話的人員可以幫助您。此為免費服務。

Tagalog: May mga libre kaming serbisyo ng interpreter para sagutin ang anumang posible ninyong tanong tungkol sa aming planong pangkalusugan o plano sa gamot. Para kumuha ng interpreter, tawagan lang kami sa **1-800-275-4737** (TTY: **711**). May makakatulong sa inyo na nagsasalita ng Tagalog. Isa itong libreng serbisyo.

French: Nous proposons des services d'interprètes gratuits pour répondre à toutes vos questions sur notre régime de santé ou de médicaments. Pour obtenir les services d'un interprète, appelez-nous au **1-800-275-4737** (TTY: **711**). Quelqu'un parlant français pourra vous aider. Ce service est gratuit.

Vietnamese: Chúng tôi có dịch vụ thông dịch miễn phí để trả lời bất kỳ câu hỏi nào về chương trình sức khỏe hoặc chương trình thuốc của chúng tôi. Để nhận thông dịch viên, chỉ cần gọi chúng tôi theo số điện thoại **1-800-275-4737** (TTY: **711**). Một nhân viên nói tiếng Việt có thể giúp quý vị. Dịch vụ này được miễn phí.

German: Wir bieten Ihnen einen kostenlosen Dolmetschservice, wenn Sie Fragen zu unseren Gesundheits- oder Medikamentenplänen haben. Wenn Sie einen Dolmetscher brauchen, rufen Sie uns unter folgender Telefonnummer an: **1-800-275-4737** (TTY: **711**). Ein deutschsprachiger Mitarbeiter wird Ihnen behilflich sein. Dieser Service ist kostenlos.

Korean: 당사의 건강 또는 의약품 플랜과 관련해서 물어볼 수 있는 모든 질문에 답변하기 위한 무료 통역 서비스가 있습니다. 통역사가 필요한 경우, **1-800-275-4737**(TTY: **711**)번으로 당사에 연락해 주십시오. 한국어를 구사하는 통역사가 도움을 드릴 수 있습니다. 통역 서비스는 무료로 제공됩니다.

Russian: Если у вас возникли какие-либо вопросы о нашем плане медицинского страхования или плане с покрытием лекарственных препаратов, вам доступны бесплатные услуги переводчика. Если вам нужен переводчик, просто позвоните нам по номеру **1-800-275-4737** (TTY: **711**). Вам окажет помощь сотрудник, говорящий на русском языке. Данная услуга бесплатна.

Arabic: نوّقر خدمات ترجمة فورية مجانية للإجابة على أي أسئلة قد تكون لديك حول خطة الصحة أو الدواء الخاصة بنا. للحصول على مترجم فوري، ما عليك سوى الاتصال بنا على الرقم **1-800-275-4737** (TTY: **711**). يمكن أن يساعدك شخص يتحدث العربية. وتتوفر هذه الخدمة بشكل مجاني.

Hindi: हमारे स्वास्थ्य या ड्रग प्लान के बारे में आपके किसी भी सवाल का जवाब देने के लिए, हम मुफ्त में दुभाषिया सेवाएं देते हैं। दुभाषिया सेवा पाने के लिए, बस हमें **1-800-275-4737** (TTY: **711**) पर कॉल करें। हिन्दी में बात करने वाला सहायक आपकी मदद करेगा। यह एक निःशुल्क सेवा है।

Italian: Sono disponibili servizi di interpretariato gratuiti per rispondere a qualsiasi domanda possa avere in merito al nostro piano farmacologico o sanitario. Per usufruire di un interprete, è sufficiente contattare il numero **1-800-275-4737** (TTY: **711**). Qualcuno la assisterà in lingua italiana. È un servizio gratuito.

Portuguese: Temos serviços de intérprete gratuitos para responder a quaisquer dúvidas que possa ter sobre o nosso plano de saúde ou medicação. Para obter um intérprete, contacte-nos através do número **1-800-275-4737** (TTY: **711**). Um falante de português poderá ajudá-lo. Este serviço é gratuito.

French Creole: Nou gen sèvis entèprèt gratis pou reponn nenpòt kesyon ou ka genyen sou plan sante oswa plan medikaman nou an. Pou jwenn yon entèprèt, jis rele nou nan **1-800-275-4737** (TTY: **711**). Yon moun ki pale Kreyòl Ayisyen ka ede w. Se yon sèvis gratis.

Polish: Oferujemy bezpłatną usługę tłumaczenia ustnego, która pomoże Państwu uzyskać odpowiedzi na ewentualne pytania dotyczące naszego planu leczenia lub planu refundacji leków. Aby skorzystać z usługi tłumaczenia ustnego, wystarczy zadzwonić pod numer **1-800-275-4737** (TTY: **711**). Zapewni to Państwu pomoc osoby mówiącej po polsku. Usługa ta jest bezpłatna.

Japanese: 弊社の健康や薬剤計画についてご質問がある場合は、無料の通訳サービスをご利用いただけます。通訳を利用するには、**1-800-275-4737** (TTY : **711**) にお電話ください。日本語の通訳担当者が対応します。これは無料のサービスです。