



51-100 申請表

團體投保與變更適用

醫療及壽險 / AD&D 計畫是由 Health Net of California, Inc. 和 (或) Health Net Life Insurance Company (合稱「Health Net 實體」) 所提供。牙科 HMO 計畫是由 Dental Benefit Providers of California, Inc. 提供，牙科 PPO 及補償式保險計畫則由 Unimerica Life Insurance Company 核保 (以上實體合稱「DBP 實體」)。視力計畫由 Fidelity Security Life Insurance Company 提供，並由 EyeMed Vision Care, LLC 提供服務 (以上實體合稱「Fidelity 實體」)。

DBP 實體和 Fidelity 實體都不是 Health Net 實體的關係企業。按牙科和視力計畫規定應盡的義務並非 Health Net 實體的義務，亦未由其保證。

歡迎加入 Health Net

填寫本表格的簡單步驟：

1. 閱讀投保信封袋中的資料。確定您瞭解您雇主可提供您的承保選項。
2. 仔細思考並選擇最適合您和您承保家人的計畫選項。
3. 如果您選擇投保 HMO、HMO ExcelCare Network、HMO SmartCare Network、HMO Salud con Health Net®、POS、Elect Open AccessSM (EOA)、EOA ExcelCare Network 或牙科 HMO (DHMO)，您就必須選擇您的醫療服務提供者、醫師團體、主治醫師和牙科服務提供者。記得一定要填寫 HMO Health Net 醫療服務提供者名錄上顯示的姓名 / 名稱和編號，或於週一至週五上午 8:00 到下午 6:00 間致電客戶聯絡中心取得協助。

51-100 企業團體： 1-800-522-0088 (英語)
1-877-891-9050 (廣東話)
1-877-339-8596 (韓語)
1-877-891-9053 (普通話)
1-800-331-1777 (西班牙語)
1-877-891-9051 (塔加洛語)
1-877-339-8621 (越南語)

Health Net Life： 1-800-865-6288

Health Net Dental： 1-866-249-2382

Health Net Vision： 1-866-392-6058

4. 如果您選擇投保 PPO、與 HSA 相容或與 HRA 相容的保險計畫，則投保時不需選擇主治醫師或醫師團體。
5. 將填妥的登記表複印留做紀錄。

現有企業 / 團體

PO Box 9103

Van Nuys, CA 91409-9103

www.healthnet.com

新企業 / 團體

請將填妥的全部文件都寄給您的指定客戶主管或經紀人。

(如需投保,須填寫第 1、3 和 8 部分。如需申請豁免,只須填寫第 7 部分。)

| | |
|---------|-----------------|
| 雇主姓名： | |
| 生效日期： | 雇主團體號碼 (醫療)： |
| 社會安全號碼： | |

重要：請以黑筆正楷填寫所有部分。您有權在選擇計畫前先審閱福利和承保範圍摘要 (SBC)。如果您沒有您所選擇計畫的 SBC，請與您的雇主聯絡。

1. 健保計畫資訊 (選擇承保)

SmartCare HMO¹

SmartCare Standard ☐ 10 ☐ 20 ☐ 30 ☐ 40 ☐ 50

SmartCare Value ☐ 50

其他計畫選項

HMO Standard

☐ 10 ☐ 15 ☐ 20 ☐ 25 ☐ 30 ☐ 35 ☐ 40 ☐ 50

HMO Value

☐ 10 ☐ 20 ☐ 30 ☐ 40 ☐ 50

HMO Advantage

☐ 25 ☐ 35 ☐ 45

HMO Standard Dual Network² ☐ 20 ☐ 30

HMO Value Dual Network² ☐ 30 ☐ 40

EOA Standard

☐ 10 ☐ 15 ☐ 20 ☐ 25 ☐ 30 ☐ 35 ☐ 40 ☐ 50

EOA Value

☐ 10 ☐ 20 ☐ 30 ☐ 40 ☐ 50

EOA Advantage

☐ 25 ☐ 35 ☐ 45

PPO Standard

☐ 10 ☐ 15 ☐ 20 ☐ 25 ☐ 30 ☐ 35 ☐ 40 ☐ 45

PPO Value

☐ 10 ☐ 15 ☐ 20 ☐ 25 ☐ 30 ☐ 35 ☐ 40 ☐ 45

PPO Advantage

☐ 45

HSA³ Value PPO ☐ 4500 ☐ Integrated ☐ Opt out

HRA PPO ☐ 3000 ☐ 5000 ☐ Integrated

POS ☐ 10 ☐ 20

Salud con Health Net

☐ HMO y Más 15⁴ ☐ HMO y Más 25⁴ ☐ HMO y Más 35⁴ ☐ Salud EPO⁵ ☐ Salud Mexico⁶

牙科 (DHMO)

☐ HN Plus

計畫編號：_____

牙科 (DPPO)

☐ Classic ☐ Classic Plus ☐ Basic ☐ Essential ☐ Essential Value

視力 (PPO)

☐ Preferred 1025-2

☐ Preferred 1025-3

☐ Preferred Value 10-2

2. 變更的理由

變更理由：

☐ 計畫變更

☐ 地址 / 姓名變更

☐ 刪除受撫養人 (請在下方列出姓名)

☐ 其他：_____

申請理由：

☐ 新進員工 聘雇日期：____/____/____

☐ 開放投保 ☐ 喪失先前承保日期：____/____/____

☐ COBRA⁷ 生效日期：____/____/____ 合格事件日期：____/____/____

☐ 新增受撫養人：_____

合格事件：_____ 合格事件日期：____/____/____

3. 員工個人資訊

姓氏：

名字：

中間名首字母：

☐ 男性 ☐ 女性

住家地址：

城市：

州：

郵遞區號：

出生日期：(月 / 日 / 年)

社會安全號碼 / Matricular 身分證號碼：

職稱：

電話號碼：

()

工作電話號碼：

()

電子郵件地址：

聘雇日期：

/ /

級別：

部門編號：

工作身分：

☐ 年薪 ☐ 時薪

婚姻狀態：

☐ 單身 ☐ 已婚 ☐ 同居伴侶

如有提供，我希望能收到中文的通訊和計畫資訊：☐ 是 ☐ 否

簽約醫師團體 / PPG 編號：

Health Net 主治醫師 / PCP 編號：

醫師姓名 (請寫全名)：

這是您目前的醫師嗎？

☐ 是 ☐ 否

牙科 HMO 服務提供者編號：

4. 家庭資訊，請列出所有要投保的符合資格家人。

(如有需要請自行加頁。)

| | | | | |
|--|-----|---|-------------------|--|
| <input type="checkbox"/> 配偶 <input type="checkbox"/> 男性 姓氏： | | 名字： | | 中間名首字母： |
| <input type="checkbox"/> 同居伴侶 <input type="checkbox"/> 女性 | | | | |
| 住家地址： <input type="checkbox"/> 若與投保人相同，請勾選此方框 | | 城市： | 州： | 郵遞區號： |
| 出生日期：(月/日/年) | | 社會安全號碼 / Matricular 身分證號碼： | | |
| Health Net 主治醫師 / PCP 編號： | | 簽約醫師團體 / PPG 編號： | | |
| 醫師姓名 (請寫全名)： | | 這是您目前的醫師嗎？ <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 | 牙科 HMO 服務提供者編號： | |
| <input type="checkbox"/> 兒子 <input type="checkbox"/> 女兒 | 姓氏： | 名字： | | 中間名首字母： |
| 住家地址： <input type="checkbox"/> 若與投保人相同，請勾選此方框 | | 城市： | 州： | 郵遞區號： |
| 出生日期：(月/日/年) | | 社會安全號碼 / Matricular 身分證號碼： | | 殘障： <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 |
| Health Net 主治醫師 / PCP 編號： | | 簽約醫師團體 / PPG 編號： | | |
| 醫師姓名 (請寫全名)： | | 這是您目前的醫師嗎？ <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 | 牙科 HMO 醫療服務提供者編號： | |
| <input type="checkbox"/> 兒子 <input type="checkbox"/> 女兒 | 姓氏： | 名字： | | 中間名首字母： |
| 住家地址： <input type="checkbox"/> 若與投保人相同，請勾選此方框 | | 城市： | 州： | 郵遞區號： |
| 出生日期：(月/日/年) | | 社會安全號碼 / Matricular 身分證號碼： | | 殘障： <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 |
| Health Net 主治醫師 / PCP 編號： | | 簽約醫師團體 / PPG 編號： | | |
| 醫師姓名 (請寫全名)： | | 這是您目前的醫師嗎？ <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 | 牙科 HMO 醫療服務提供者編號： | |
| <input type="checkbox"/> 兒子 <input type="checkbox"/> 女兒 | 姓氏： | 名字： | | 中間名首字母： |
| 住家地址： <input type="checkbox"/> 若與投保人相同，請勾選此方框 | | 城市： | 州： | 郵遞區號： |
| 出生日期：(月/日/年) | | 社會安全號碼 / Matricular 身分證號碼： | | 殘障： <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 |
| Health Net 主治醫師 / PCP 編號： | | 簽約醫師團體 / PPG 編號： | | |
| 醫師姓名 (請寫全名)： | | 這是您目前的醫師嗎？ <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 | 牙科 HMO 醫療服務提供者編號： | |

¹在 Los Angeles、Orange、Riverside、San Bernardino、San Diego、Santa Clara 和 Santa Cruz 各郡的全部或部分區域提供。²團體只能搭配完整網絡雙重計畫而再選擇一個量身訂製的網絡選項。不得同時提供 ExcelCare 和 SmartCare。³HSA 相容。⁴在 Orange 郡全區，以及 Kern、Los Angeles、Riverside、San Diego 和 San Bernardino 各郡的特定郵遞區號地區提供。⁵在 Los Angeles、Orange 和 Ventura 三郡提供。⁶在 San Diego 和 Imperial 兩郡的特定郵遞區號地區提供。⁷一般來說，在前一個曆年期間通常僱用 20 名或更多員工的雇主，須遵守聯邦 COBRA 的規定。

5. 您或您的受撫養人是否有其他健康承保？

如果勾選「是」，請填寫本部分，包括 Medicare。

| | | | | | | |
|--|----------|--------------|--|--|---|---------------------------|
| <input type="checkbox"/> 本人 | 姓名： | 其他保險公司的名稱： | | | 先前承保開始日期： (月/日/年) | |
| 先前承保結束日期： (月/日/年) | 承保結束的理由： | 團體編號 / 保單編號： | 是否提供？ 醫療承保： <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 牙科： <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 視力： <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 | Medicare: <input type="checkbox"/> A 部分 <input type="checkbox"/> B 部分 | Medicare 理賠 / HICN 編號： | |
| <input type="checkbox"/> 配偶 <input type="checkbox"/> 同居伴侶 | 姓名： | 其他保險公司的名稱： | | | 先前承保開始日期： (月/日/年) | |
| 先前承保結束日期： (月/日/年) | 承保結束的理由： | 團體編號 / 保單編號： | 這是您受撫養人的主要承保嗎？ <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 | 是否提供？ 醫療承保： <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 醫療承保： <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 視力： <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 | Medicare: <input type="checkbox"/> A 部分 <input type="checkbox"/> B 部分 | Medicare 理賠 / HICN 編號： |
| <input type="checkbox"/> 兒子 <input type="checkbox"/> 女兒 | 姓名： | 其他保險公司的名稱： | | | 先前承保開始日期： (月/日/年) | |
| 先前承保結束日期： (月/日/年) | 承保結束的理由： | 團體編號 / 保單編號： | 這是您受撫養人的主要承保嗎？ <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 | 是否提供？ 醫療承保： <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 醫療承保： <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 視力： <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 | Medicare: <input type="checkbox"/> A 部分 <input type="checkbox"/> B 部分 | Medicare 理賠 / HICN 編號： |
| <input type="checkbox"/> 兒子 <input type="checkbox"/> 女兒 | 姓名： | 其他保險公司的名稱： | | | 先前承保開始日期： (月/日/年) | |
| 先前承保結束日期： (月/日/年) | 承保結束的理由： | 團體編號 / 保單編號： | 這是您受撫養人的主要承保嗎？ <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 | 是否提供？ 醫療承保： <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 醫療承保： <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 視力： <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 | Medicare: <input type="checkbox"/> A 部分 <input type="checkbox"/> B 部分 | Medicare 理賠 / HICN 編號： |
| <input type="checkbox"/> 兒子 <input type="checkbox"/> 女兒 | 姓名： | 其他保險公司的名稱： | | | 先前承保開始日期： (月/日/年) | |
| 先前承保結束日期： (月/日/年) | 承保結束的理由： | 團體編號 / 保單編號： | 這是您受撫養人的主要承保嗎？ <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 | 是否提供？ 醫療承保： <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 醫療承保： <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 視力： <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 | Medicare: <input type="checkbox"/> A 部分 <input type="checkbox"/> B 部分 | Medicare 理賠 / HICN 編號： |

6. 團體定期壽險 (若適用)。(額外受益人或次順位受益人請另外加頁。)

壽險 / AD&D 保險：☐是 ☐否

| | | |
|------------|-----|---|
| 壽險受益人(全名)： | 關係： | % |
| 壽險受益人(全名)： | 關係： | % |
| 壽險受益人(全名)： | 關係： | % |
| 壽險受益人(全名)： | 關係： | % |

「計畫合約」是指 Health Net of California, Inc. 和 (或) Dental Benefit Providers of California, Inc. 的團體服務協議與承保範圍證明；「保險保單」是指 Health Net Life Insurance Company、Unimerica Life Insurance Company 和 (或) Fidelity Security Life Insurance Company 的團體保單和保險證書。

7. 拒絕承保 (如果您或您符合資格的受撫養人拒絕任何承保，請填寫此部分。)

□ 下列人士拒絕醫療承保：

理由：□ 透過此雇主取得其他團體承保 □ 個人承保
□ 由其他團體 (即配偶的雇主) 提供的其他團體承保
□ 其他：_____

□ 本人 □ 配偶 □ 同居伴侶 □ 受撫養人

□ 拒絕為此人申請牙科承保：

理由：□ 透過此雇主取得其他團體承保 □ 個人承保
□ 由其他團體 (即配偶的雇主) 提供的其他團體承保
□ 其他：_____

□ 本人 □ 配偶 □ 同居伴侶 □ 受撫養人

□ 拒絕為此人申請視力承保：

理由：□ 透過此雇主取得其他團體承保 □ 個人承保
□ 由其他團體 (即配偶的雇主) 提供的其他團體承保
□ 其他：_____

□ 本人 □ 配偶 □ 同居伴侶 □ 受撫養人

請停止填寫並仔細閱讀。

我的雇主已向我解釋過可提供的承保，也已讓我有機會能申請可提供的承保。我已經決定我自己和 (或) 我的受撫養人不要投保。

拒絕承保即表示，我確認我的受撫養人和我可能必須要等到下次開放投保期間或合格事件時才能投保。此外，我於下方簽名，即表示我證明我拒絕承保的理由就是以上所勾選的理由。

員工簽名：_____ 日期：_____

(只有拒絕承保時才須在此簽名。如果不小心簽了名，請劃掉並簽上姓名首字母。)

8. 接受承保 (必須簽名)

受保護健康資訊的使用和透露： 我承認並瞭解，健康照護服務提供者可能向 Health Net 實體、DBP 實體和 (或) Fidelity 實體透露有關我本人或受撫養人的健康資訊。Health Net 實體、DBP 實體和 (或) Fidelity 實體可以為了治療、給付和健保計畫作業，包括但不限於使用管理、品質改善、疾病或病例管理方案而使用和透露此資訊。Health Net 的隱私權行使聲明包括在 Health Net 實體所核保之承保的承保範圍證明或保險證明中。我也可以在 www.healthnet.com 網站或透過 Health Net 客戶聯絡中心取得該聲明。

注意： 為保護您，California 法律規定本表格應載有下列文字。任何人蓄意提出錯誤或欺詐的損失給付理賠申請，均屬犯罪行為，可能處以罰鍰和州立監獄徒刑。

California 法律禁止健康保險公司要求或使用 HIV 檢測做為取得健康保險承保的前提。

確認與同意： 我瞭解並同意，投保 Health Net 實體、DBP 實體和 (或) Fidelity 實體或接受其服務，即表示我本人與任何投保的受撫養人均有義務瞭解並遵守計畫合約或保險保單的條款、條件與規定。我已閱讀並瞭解本申請表的條款，且我於下方簽名即表示竭盡本人所知本申請表中所填資訊均為完整、真實、正確資訊，而且我接受這些條款。

約束性仲裁協議： 我 (申請人) 瞭解並同意，我 (包括任何我的投保家人或繼承人或個人代表) 與 Health Net 間的任何和一切爭議，均應交付約束性仲裁做為最終解決方式，不進行陪審團或法院審訊。本仲裁協議包括基於任何法律理論，任何因承保範圍證明或保險證書或我的 Health Net 會籍或承保而起或相關的爭議。本爭議仲裁協議即使在有其他當事人 (例如醫療服務提供者或其代理人或員工) 涉入爭議時也同樣適用。我瞭解，同意所有爭議均交付約束性仲裁以做為最終解決方式時，所有當事人 (包括 Health Net) 即放棄在法院由陪審團裁決其爭議之憲法權利。我也瞭解，我和 Health Net 之間有關主張醫療疏失 (即所提供的任何醫療服務是否非必需或未經授權，或提供方式不當、疏忽或不能勝任) 而可能發生的爭議，亦應交付約束性仲裁以做為最終解決方式。我瞭解，承保範圍證明或保險證書包含更詳細的仲裁規定。如果雇主的計畫受 ERISA (美國法典第 29 編第 1001-1461 節) 規範，強制仲裁可能即不適用某些爭議。我在下方簽名即表示，我瞭解並同意本約束性仲裁協議的條款，我也同意所有爭議均應交付約束性仲裁而非法院審理。

員工簽名：_____

日期：_____

(只有接受承保才須在此簽名。如果不小心簽了名，請劃掉並簽上姓名首字母。)

如果您需要協助填寫本表格，或有關於您承保的問題，都請您撥下列的免付費電話，與 Health Net 客戶聯絡中心聯繫：

| | |
|------|----------------|
| 英語 | 1-800-522-0088 |
| 廣東話 | 1-877-891-9050 |
| 韓語 | 1-877-339-8596 |
| 普通話 | 1-877-891-9053 |
| 西班牙語 | 1-800-331-1777 |
| 塔加洛語 | 1-877-891-9051 |
| 越南語 | 1-877-339-8621 |

如果有關於您牙科或視力承保的疑問，請撥打：

| | |
|----|----------------|
| 牙科 | 1-866-249-2382 |
| 視力 | 1-866-392-6058 |

如果有關於您醫師或醫師團體的疑問，請直接撥電話聯絡您的醫師團體，或撥 1-800-641-7761 聯絡 Health Net 醫療服務提供者服務部。

在收到永久會員卡之前，您可以使用 Health Net 投保登記表充當您的臨時會員卡。

HMO、HMO ExcelCare Network、HMO SmartCare Network、Salud con Health Net HMO、Select (POS)、Elect Open Access (EOA)、EOA ExcelCare Network、EPO、牙科 HMO 計畫參加者：

簽約醫師團體 (PPG)、主治醫師 (PCP) 和牙科服務提供者選擇。

請注意，如果您沒有為您自己或您每一位符合資格的受撫養人選擇簽約醫師團體、主治醫師或牙科服務提供者，我們將為您選擇簽約醫師團體、主治醫師和牙科服務提供者。

急診與緊急需求照護：

- 如果您的情況會危及生命或是急診：請撥 911 或直接前往最近的醫院。
- 如果您的情況不是那麼嚴重：如果您無法打電話給您的主治醫師或醫師團體，或您立即需要醫療照護，請您前往最近的醫院或醫療中心。
- 如果您人在醫師團體的服務區域外：前往最近的醫院、醫療中心，或撥 911。無論如何，都請盡快聯絡您的主治醫師或簽約醫師團體，告知您的病況。

PPO 計畫參加者：

PPO 計畫參加者：

- 如果您的情況會危及生命或是急診：請撥 911 或直接前往最近的醫院。請於住院起 48 小時內或儘快撥適當的電話號碼。

預先證明：

身為會員，您應負責為某些服務取得證明。請查閱您的計畫證書，查看需取得預先證明之服務的清單。

有關預先證明事宜，請致電 1-800-977-7282。

殘疾病況：

如果您或您家人於先前健康保險公司承保終止日期時即已有殘疾，且喪失承保的原因是雇主的保險保單終止，您就可能有權按加州保險法典第 10128 節的規定延長健康福利。根據該法規定，先前保險公司的責任應持續到以下任一情況最早發生時為止：(a) 會員不再是完全殘疾；(b) 已給付先前保險公司所承保的最高福利；或 (c) 從先前保險公司承保終止日期起算已超過連續 12 個月。

產品 / 實體：

Health Net of California, Inc. 提供下列產品：Health Net Elect、HMO、Salud HMO y Más 和 Select POS。

Health Net Life Insurance Company 提供下列產品：PPO、Salud con Health Net EPO、壽險和 AD&D 保險。

Dental Benefit Providers of California, Inc. 提供下列產品：牙科 HMO (DHMO)。

Unimerica Life Insurance Company 提供下列產品：牙科 PPO 和牙科補償式保險。

Fidelity Security Life Insurance Company 提供下列由 EyeMed Vision Care, LLC 服務的產品：PPO Vision。

拒絕承保：

如果您因為有其他健康保險的承保而拒絕為您自己或符合資格的受撫養人投保，而您喪失了該承保，或如果您因為結婚、生產、領養或領養安置而有新的受撫養人，您和您的受撫養人可能有資格享有特別投保的權利。您必須在喪失承保或有新受撫養人後 30 日內申請特別投保。

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 employer group applicants please call Health Net's Commercial Contact Center at 1-800-522-0088. Individual and Family Plan (IFP) or Farm Bureau applicants please call 1-800-909-3447, option 2. For more help call the CA Dept. of Insurance at 1-800-927-4357 if you are enrolling in a PPO plan. If you are enrolling in an HMO plan, call the DMHC Helpline at 1-888-HMO-2219.

English

Servicios de Idiomas Sin Costo. Usted puede solicitar un intérprete. Puede solicitar que una persona le lea los documentos y que algunos se le envíen en su idioma. Para obtener ayuda, llámenos al número que aparece en su tarjeta de identificación; los solicitantes de grupo de empleadores deben llamar al Centro de Comunicación Comercial de Health Net al 1-800-522-0088. Los solicitantes del Plan Individual y Familiar (IFP, por sus siglas en inglés) o de la Oficina Agrícola, deben llamar al 1-800-909-3447, opción 2. Para obtener ayuda adicional llame al Departamento de Seguros de California al 1-800-927-4357, si desea inscribirse en un plan PPO. Si usted se inscribe en un plan HMO, llame a la Línea de ayuda de DMHC, al 1-888-HMO-2219.

Spanish

免費語言服務。您可以取得口譯員服務。我們可以把文件朗讀給您聽，部分文件可以翻譯成您的語言並寄送給您。如需協助，請撥打您會員卡上所列的電話號碼，雇主團體申請人請致電 Health Net 的商業聯絡中心，電話 1-800-522-0088。個人和家庭計畫 (IFP) 或農業局申請人請撥打 1-800-909-3447，請按 2。若您投保 PPO 計畫，請致電 1-800-927-4357 與加州保險局聯絡，詢求額外協助。若您投保 HMO 計畫，請撥打加州醫療保健計畫管理局 (DMHC) 協助專線，電話 1-888-HMO-2219。

Chinese

Các Dịch Vụ Trợ Giúp Ngôn Ngữ Miễn Phí. Quý vị có thể được cấp dịch vụ thông dịch. Quý vị có thể được người khác đọc giúp các tài liệu bằng ngôn ngữ của quý vị và cũng có thể được cấp tài liệu phiên dịch sang ngôn ngữ của quý vị. Để được giúp đỡ, xin gọi chúng tôi tại số điện thoại ghi trên thẻ hội viên của quý vị. Những người muốn xin bảo hiểm theo nhóm do hãng sở đại thọ xin gọi Trung Tâm Liên Lạc Thương Mại của Health Net tại số 1-800-522-0088. Những người muốn xin bảo hiểm của Chương Trình Bảo Hiểm Cá Nhân và Gia Đình (IFP) hoặc Farm Bureau, xin gọi số 1-800-909-3447, bấm số 2. Để được giúp đỡ thêm, xin gọi Bộ Bảo Hiểm California tại số 1-800-927-4357 nếu quý vị đang tham gia một chương trình PPO. Nếu quý vị đang tham gia một chương trình HMO, xin gọi Đường Dây Trợ Giúp của DMHC tại số 1-888-HMO-2219.

Vietnamese

무료 언어 지원 서비스. 무료 통역사 서비스 및 여러분에게 편한 언어로 서류 낭독 서비스를 받을 수 있습니다. 도움이 필요하신 분은 본인의 ID 카드상에 적힌 안내 번호로 전화해 주십시오. 고용주 그룹 가입 신청자님의 경우 Health Net 의 상업(Commercial) 고객 서비스 센터, 안내번호 1-800-522-0088 번으로 전화해 주십시오. 개인 및 가족 플랜 (IFP) 혹은 Farm Bureau 가입 신청자님은 안내번호 1-800-909-3447번, 옵션 2를 이용해 주십시오. PPO 플랜에 가입하신 경우, 더 많은 도움이 필요하신 분은 캘리포니아 보험 담당국 안내번호 1-800-927-4357번으로 문의하십시오. HMO 플랜에 가입하신 경우, DMHC(보건관리부) 헬프라인, 안내번호 1-888-HMO-2219번으로 문의하십시오.

Korean

Walang Gastos na mga Serbisyo sa Wika. Makakakuha ka ng interpreter o tagasalin at maipababasa mo sa iyong wika ang mga dokumento. Para sa tulong, tawagan kami sa numerong nakalista sa iyong ID card, o para sa employer group applicants, mangyaring tumawag sa Commercial Contact Center ng Health Net sa 1-800-522-0088. Para sa Individual and Family Plan (IFP) o Farm Bureau applicants, mangyaring tumawag sa 1-800-909-3447, opsyon 2. Para sa karagdagang tulong, tumawag sa CA Dept. of Insurance sa 1-800-927-4357 kung ikaw ay nag-eenroll sa isang PPO plan. Kung ikaw ay nag-eenroll sa isang HMO plan, tawagan ang DMHC Helpline sa 1-888-HMO-2219.

Tagalog

Անվճար Լեզվական Ծառայություններ: Դուք կարող եք թարգման ձեռք բերել և փաստաթղթերը ընթերցել տալ ձեզ համար ձեր լեզվով: Օգնության համար մեզ զանգահարեք ձեր ինքնության (ID) տոմսի վրա նշված համարով, կամ եթե գործատիրոջ խմբի դիմորդ եք, խնդրում ենք 1-800-522-0088 համարով զանգահարել Health Net-ի Հաճախորդի Կապի Կենտրոն: Անհատական և Հետադարձ Ծրագրի (Individual and Family Plan/IFP) դիմորդներից խնդրվում է զանգահարել 1-800-909-3447 համարով, ընտրանք 2: Լրացուցիչ օգնության համար 1-800-927-4357 համարով զանգահարեք Կալիֆոռնիայի Ապահովագրության Բաժանմունք, եթե գրանցվում եք PPO ծրագրում: Եթե գրանցվում եք HMO ծրագրում, 1-888-HMO-2219 համարով զանգահարեք DMHC-ի Օգնության զին:

Armenian

Бесплатные услуги перевода. Вы можете воспользоваться услугами переводчика, и вам могут прочесть документы на вашем языке. Если вам требуется помощь, звоните нам по номеру, указанному на вашей идентификационной карте. Участники плана группового страхования по месту работы могут обратиться в коммерческий контактный центр компании Health Net по телефону 1-800-522-0088. Участники планов индивидуального или семейного страхования (Individual and Family Plan, IFP), а также планов страхования Фермерского бюро: пожалуйста, звоните по номеру 1-800-909-3447, добавочный 2. Если вы участвуете в плане системы предпочтительного выбора (Preferred Provider Organization, PPO), для получения дополнительной помощи звоните в Департамент страхования штата Калифорния по телефону 1-800-927-4357. Если вы состоите в плане организаций медицинского обслуживания (Health Maintenance Organizations, HMO), пожалуйста, звоните в горячую линию Департамента организованного медицинского обслуживания (DMHC) по телефону 1-888-HMO-2219.

Russian

無料の言語サービス。日本語で通訳をご提供し、書類をお読みします。サービスをご希望の方は、IDカード記載の番号までお問い合わせください。雇用者団体への加入申込の方は、Health Net 民間コンタクト・センター、1-800-522-0088 までご連絡ください。個人・家族プラン (IFP) またはファーム・ビューローへの加入申込の方は、1-800-909-3447 (ダイヤル後 2 を選択) までお問い合わせください。更なるお問い合わせ事項がある場合、PPO プランにご加入の方は、カリフォルニア州保険庁、1-800-927-4357 までご連絡ください。HMOプランにご加入の方は、カリフォルニア州管理医療庁 (DMHC) の相談窓口、1-888-HMO-2219 までご連絡ください。

Japanese

خدمات مجاني مربوط به زبان. ميتوانيد از خدمات يك مترجم شفاهي برخوردار شده و بگوئيد مدارك به زبان خودتان براي تان خوانده شوند. براي دريافت كمي. با ما از طريق شماره تلفني كه روي كارت شناسائي شما قيد شده است تماس بگيريد. و يا متقاضيان گروههاي كارفرمايان لطفاً با مركز جاري Health Net به شماره 1-800-522-0088 تماس بگيرند. متقاضيان «طرح افراد و خانواده ها» (IFP) يا «دفتر مزارع» لطفاً به شماره 1-800-909-3447 2 گزينه 2 تلفن كنند. براي دريافت كمي بيشتر. به اداره بيمه كاليفرنيا به شماره 1-800-927-4357 تلفن كنيد اگر در يك طرح PPO ثبت نام ميكنيد. اگر در يك طرح HMO ثبت نام ميكنيد. به خط كمي DMHC به شماره 1-888-HMO-2219 تلفن كنيد.

Farsi

ਮੁਫਤ ਭਾਸ਼ਾ ਸੇਵਾਵਾਂ: ਤੁਸੀਂ ਦੁਭਾਸ਼ੀਏ ਦੀਆਂ ਸੇਵਾਵਾਂ ਹਾਸਲ ਕਰ ਸਕਦੇ ਹੋ ਅਤੇ ਦਸਤਾਵੇਜ਼ ਤੁਹਾਨੂੰ ਪੰਜਾਬੀ ਵਿੱਚ ਪੜ੍ਹ ਕੇ ਸੁਣਾਏ ਜਾ ਸਕਦੇ ਹਨ। ਮਦਦ ਲਈ, ਤੁਹਾਡੇ ਆਈਡੀ (ID) ਕਾਰਡ 'ਤੇ ਦਿੱਤੇ ਨੰਬਰ ਤੇ ਸਾਨੂੰ ਫੋਨ ਕਰੋ, ਜਾਂ, ਇੰਪਲਾਇਰ ਗਰੁੱਪ ਦੇ ਮੈਂਬਰ ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ ਹੈਲਥ ਨੈੱਟ ਦੇ ਵਪਾਰਕ ਸੰਪਰਕ ਕੇਂਦਰ ਨੂੰ 1-800-522-0088 ਨੰਬਰ ਤੇ ਫੋਨ ਕਰੋ। ਵਿਅਕਤੀਗਤ ਅਤੇ ਪਰਿਵਾਰਕ ਪਲਾਨ (IFP) ਜਾਂ ਫਾਰਮ ਬਿਊਰੋ ਅਰਜ਼ੀਦਾਤਾ ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ 1-800-909-3447, ਐਪਸਨ 2 ਤੇ ਫੋਨ ਕਰੋ। ਜੇ ਤੁਸੀਂ ਕਿਸੇ ਫਰੈਂਚ ਪਲਾਨ ਲਈ ਨਾਂ ਲਿਖਵਾ ਰਹੇ ਹੋ ਤਾਂ ਵਧੇਰੇ ਮਦਦ ਲਈ ਕੈਲੀਫੋਰਨੀਆ ਡਿਪਾਰਟਮੈਂਟ ਆਫ ਇਨਸ਼ੂਰੈਂਸ ਨੂੰ 1-800-927-4357 ਨੰਬਰ ਤੇ ਫੋਨ ਕਰੋ। ਜੇ ਤੁਸੀਂ ਕਿਸੇ ਪਲਾਨ ਲਈ ਨਾਂ ਲਿਖਵਾ ਰਹੇ ਹੋ ਤਾਂ ਡਿਪਾਰਟਮੈਂਟ ਆਫ ਮੈਨੇਜਡ ਹੈਲਥ ਕੇਅਰ (DMHC) ਦੀ ਹੈਲਪਲਾਈਨ ਨੂੰ 1-888-HMO-2219 ਨੰਬਰ ਤੇ ਫੋਨ ਕਰੋ।

Punjabi

ការបកប្រែភាសាដោយឥតគិតថ្លៃ ។ អ្នកអាចទទួលបានការបកប្រែភាសា និងឲ្យគេអានឯកសារជូនអ្នកជាភាសាខ្មែរបាន ។ សំរាប់ជំនួយសូមទូរស័ព្ទមកយើង តាមលេខដែលមានកត់នៅលើអត្តសញ្ញាណប័ណ្ណរបស់អ្នក ឬអ្នកដាក់ពាក្យសុំជាក្រុមនៃក្រុមហ៊ុនការងារ សូមទូរស័ព្ទទៅ មណ្ឌលទំនាក់ទំនងពាណិជ្ជកម្មរបស់ Health Net តាមលេខ 1-800-522-0088 ។ គំរោងបុគ្គលម្នាក់ៗ និងគំរោង (IFP) ឬអ្នកដាក់ពាក្យសុំ Farm Bureau សូមទូរស័ព្ទទៅលេខ 1-800-909-3447 ចុចជំនួសទី 2 ។ សំរាប់ជំនួយផែមទៀត សូមទូរស័ព្ទទៅក្រសួងធានារ៉ាប់រងកាលីហ្វ័រនីញ៉ា តាមលេខ 1-800-927-4357 បើសិនជាអ្នកកំពុងតែចុះឈ្មោះក្នុងគំរោង PPO ។ បើសិនជាអ្នកកំពុងតែចុះឈ្មោះក្នុងគំរោង HMO សូមទូរស័ព្ទទៅ ខ្សែជំនួយ DMHC តាមលេខ 1-888-HMO-2219 ។

Khmer

Cov Kev Pab Txhais Lus Uas Tsis Tau Them Nqi. Koj thov tau kom muaj ib tug neeg txhais lus thiab nyeem cov ntawv ua koj hom lus rau koj. Yog xav tau kev pab, hu rau pab ntawm tus xov tooj nyob hauv koj daim yuaj ID los sis cov neeg thov kev pab tom hauj lwm thov hu rau Health Net's Commercial Contact Center ntawm 1-800-522-0088. Cov neeg thov kev pab hauv pawg Tus Khej thiab Tsev Neeg (Individual and Family Plan [IFP]) los sis Farm Bureau thov hu rau 1-800-909-3447, xaiv nqe 2. Yog xav tau kev pab ntxiv hu rau CA Qhov Chaw Saib Xyuas Txog Kev Tuav Pov Hwm (Dept. of Insurance) ntawm 1-800-927-4357 yog hais tias koj koom rau hauv ib qho kev pab los ntawm PPO. Yog hais tias koj koom rau hauv ib qho kev pab los ntawm HMO, hu rau DMHC Tus Xov Tooj Muab Kev Pab ntawm 1-888-HMO-2219.

Hmong

T'áá Hó Hasaad Bee 'Áka'e'eyeed Doo Bááh 'Ílíní Da. Haishíí shá 'ata' hodooolnih nínízinígíí lá' ná choídoot'eeł. Ła' naaltsoos t'áá ni nizaad bee nich'í' yídóolta dóo naaltsoos bee hadadilyaago nich'í' 'ádadoolnííł. Shiká'e'doowoł nínízingo, ninaaltsoos nítł'izí bine'déé' béesh bee hane'í biká'ígíí bich'í' holne' dooleeł, doodago nidaalnishí hada'diilaaígíí 'éi Na'iłnihi 'Atsís Bik'ih 'Adeest'íí' 'Ináhane' Bıl Haz'ánijí' koji' béesh bee holne' dooleeł 1-800-522-0088. T'áá Ła' Jizí dóo Hooghan Haz'ánigi Bıl Nahat'a' (IFP) doodago Dá'ák'eh Yá Dah Háaztánígíí bıl náha'dit'éego koji' béesh bee holne' dooleeł 1-800-909-3447, naaki góne'ígíí bıl yaa 'adidíłchıl. PPO bıl náhadilnééhdáá' 'éi CA Béeso 'Ách'ááh Naa'nil Bıl Haz'ánigíí' shiká'e'doowoł diníigo béesh bee holne dooleeł 1-800-927-4357. HMO bıl náhadilnééhdáá', DMHC 'Áka'aná'áwo'go Bıl Haz'ánijí' béesh bee holne' dooleeł 1-888-HMO-2219.

Navajo

خدمات لغوية بدون تكلفة. يمكنك الاستعانة بمترجم وطلب قراءة الوثائق لك بلغتك. للحصول على المساعدة. اتصل بنا على الرقم المبين على بطاقة عضويتك (ID). وبالنسبة لمجموعات المصالح التجارية رجاء الاتصال بمركز خدمات القطاع التجاري لمؤسسة Health Net على الرقم 1-800-522-0088. المتقدمين بطلبات الحصول على تأمين لشخص واحد أو لعائلة (IFP) أو Farm Bureau رجاء الاتصال بالرقم 1-800-909-3447. خيار 2. للحصول على المزيد من المساعدة. اتصل بإدارة التأمين لولاية كاليفورنيا على الرقم 1-800-927-4357 إذا كنت مشتركاً في برنامج PPO. إذا كنت مشتركاً في برنامج HMO اتصل بالخط الساخن لـ DMHC على الرقم 1-888-HMO-2219.

Arabic