



Individual & Family Plan CommunityCare HMO

投保申請表

要求的生效日期

□□ / □□ / □□□□

申請表必須用打字方式或用藍色或黑色墨水筆填寫。

承保生效日期：投保時間僅限年度開放投保期間，即 2015 年 11 月 1 日至 2016 年 1 月 31 日，或僅限在特殊投保期間投保。必須在合格事件起 60 天內收到申請表。一般而言，若在 1 號至 15 號之間收到申請，承保會在繳交申請表的次月 1 號生效。若在 16 號至月底之間收到申請，承保會在繳交申請表的次月 1 號生效。

如果您目前投保 Medicare 計畫，您就不符合申請 Individual & Family Plan 的資格。

Health Net of California, Inc. (Health Net) 要求投保健康承保的每個人均須提供社會安全號碼 (SSN)，包括配偶和受撫養子女。這樣我們才能依照平價醫療法案的規定提供承保確認書供您報稅使用。除法律規定外，Health Net 不會將您的 SSN 用於其他目的，也不會與任何人分享。

代理人 / 經紀人不得代表申請人簽署本申請表和協議。

重要：如申請人不會讀 / 寫英文，請參閱第 V 部分。 Individual & Family Plan CommunityCare HMO 投保申請表備有中文版和西班牙文版。您也可以請其他人唸給您聽。如需免費協助，請撥 1-877-609-8711。

如果您需要協助填寫本申請表，代理人 / 經紀人可以協助您。協助您閱讀和填寫本申請表的代理人 / 經紀人必須在申請表上簽名 (請參閱第 VI 部分)。

我 (和我的受撫養人，如適用) 要在以下期間提出申請：

年度開放投保期間 特殊投保期間 (請參閱第 IV 部分)

第 I 部分：申請人資訊

主要申請人的姓氏：		名字：	中間名首字母：	<input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性
帳單地址：				
通訊地址：				
住家地址：				
城市：	州：	郵遞區號：	申請人住家所在的郡：	
住家電話號碼： ()	公司電話號碼： ()	行動電話號碼： ()	電子郵件地址：	
主要申請人的出生日期 (月 / 日 / 年)： / /	主要申請人的社會安全號碼 (所有申請人均須填寫)： - -		主要投保人的 Health Net 會員卡號碼 (僅適用新增受撫養人和變更要求)：	
主治醫師編號：	主要團體編號：		既有病人： <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	
請選擇您的語言偏好 (非必填)： <input type="checkbox"/> 英文 <input type="checkbox"/> 西班牙文 <input type="checkbox"/> 中文				

第 II 部分：請告訴我們您要幫誰投保並選擇產品

A. 申請理由	B. 付款資訊
<p><input type="checkbox"/> 新申請 (勾選以下家人類型)</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 本人和配偶 <input type="checkbox"/> 本人和同居伴侶 <input type="checkbox"/> 本人和一個子女 <input type="checkbox"/> 本人和多個子女 <input type="checkbox"/> 本人、配偶和子女 <input type="checkbox"/> 本人、同居伴侶和子女 <input type="checkbox"/> 只有子女 <p><input type="checkbox"/> 新增受撫養人</p> <p><input type="checkbox"/> 變更要求 (僅限開放或特殊投保期間可變更)</p>	<p>首期保費付款</p> <p><input type="checkbox"/> 支票付款 (金額必須與月保費金額相符。)</p> <p>郵寄申請</p> <p>請把填好的支票附在填好申請表中一併寄至：</p> <p>Health Net Individual & Family Enrollment PO Box 1150 Rancho Cordova, CA 95741-1150</p> <p>傳真申請</p> <p>請把填好的申請表傳真至：1-800-977-4161，再把填好的支票郵寄至：</p> <p>Health Net Individual & Family Enrollment PO Box 894702 Los Angeles, CA 90189-4072</p> <p>現有會員可前往 www.healthnet.com，再點選 <i>Make A Payment Now</i> (立即付款) 按鈕，查看其他付款選項。</p>
C. 承保選擇	
<p>Health Net of California, Inc. HMO 計畫使用 CommunityCare 醫療網。</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Health Net Platinum 90 HMO <input type="checkbox"/> Health Net Gold 80 HMO <input type="checkbox"/> Health Net Silver 70 HMO 	<p>自選承保：成人牙科 / 視力計畫 (年滿 18 歲) -</p> <p><input type="checkbox"/> Dental and Vision Plus - 如果為主要申請人購買 <i>Dental and Vision Plus</i>，所有年滿 18 歲的家人也將投保 <i>Dental and Vision Plus</i> 計畫。<i>Dental and Vision Plus</i> 只能在開放投保或特殊投保期間與醫療承保一併購買，或附加於醫療承保。</p> <p>備註：所有醫療計畫均含小兒牙科承保。</p>

第 III 部分：要投保的家人

列出您本人以外所有符合資格並且要投保的家人。如果所列家人和您不同姓氏，請另外加頁解釋原因。如還有其他受撫養人，請自行加頁填寫應提供資訊。

如有加頁，請在這裡打勾。請在加頁的右上角填寫主要申請人的社會安全號碼。

備註：若每位家人各自選擇不同的計畫，每位家人將有自己的合約。為不同家人指定不同計畫時，請務必在以下欄位中，寫下您為每一位家人選擇的計畫名稱。

申請同居伴侶承保時，應符合所有資格規定 (按 California 州相關法律規定)，且應向加州州務卿 (California Secretary of State) 申報同居伴侶共同聲明。

如何選擇不同計畫：

- a. Health Net 只會按投保人把帳單寄到同一個地址。因此，為了要以同一位投保人來處理，所有家人的帳單都必須寄送到同一個地址。
- b. 您必須選擇一個醫師團體和主治醫師。您可以為您要投保的每一位家人都選擇相同或不同的醫師團體和主治醫師。如果您不選擇主治醫師，我們會在您的區域內為您選擇一位。欲尋找最新的 Health Net 特約醫師清單，請登入 www.healthnet.com > *ProviderSearch* (搜尋醫療服務提供者)。您會找到我們 Individual & Family Plan 網絡醫師的完整清單，還能按照專科、城市、縣或醫師姓名搜尋。您也可以致電 1-877-609-8711 索取醫療服務提供者資訊，或與您的 Health Net 授權代理人 / 經紀人聯絡。
- c. 若是 Dental and Vision Plus 承保，請提供您所選 HMO 牙醫的牙醫編號。您可以為每一位家人都選擇不同的牙醫。如果您不選擇牙醫診所，我們會在您的區域內為您選擇一家。如需簽約牙科服務提供者的名稱 / 姓名、地址、主治牙醫編號和電話號碼，或需要協助選擇醫療服務提供者，請致電 1-866-249-2382 與 Health Net 聯絡，或登入 www.healthnet.com。

□□□□	-	□□□□	-	□□□□
------	---	------	---	------

第 III 部分：要投保的家人 (承前)

關係	姓氏	名字	中間名首字母	社會安全號碼	出生日期
<input type="checkbox"/> 配偶 <input type="checkbox"/> 同居伴侶				- -	/ /

CommunityCare 計畫需要填寫：	CommunityCare HMO 主治醫師編號	CommunityCare HMO 醫師團體編號

如果購買 Adult Dental and Vision Plus，請註明 HMO 主治牙醫編號

每一位家人的醫療計畫選擇 (如不同)

關係	姓氏	名字	中間名首字母	社會安全號碼	出生日期
子女 1				- -	/ /
<input type="checkbox"/> 兒子 <input type="checkbox"/> 女兒				- -	/ /

CommunityCare 計畫需要填寫：	CommunityCare HMO 主治醫師編號	CommunityCare HMO 醫師團體編號

如果購買 Adult Dental and Vision Plus，請註明 HMO 主治牙醫編號

關係	姓氏	名字	中間名首字母	社會安全號碼	出生日期
子女 2				- -	/ /
<input type="checkbox"/> 兒子 <input type="checkbox"/> 女兒				- -	/ /

CommunityCare 計畫需要填寫：	CommunityCare HMO 主治醫師編號	CommunityCare HMO 醫師團體編號

如果購買 Adult Dental and Vision Plus，請註明 HMO 主治牙醫編號

關係	姓氏	名字	中間名首字母	社會安全號碼	出生日期
子女 3				- -	/ /
<input type="checkbox"/> 兒子 <input type="checkbox"/> 女兒				- -	/ /

CommunityCare 計畫需要填寫：	CommunityCare HMO 主治醫師編號	CommunityCare HMO 醫師團體編號

如果購買 Adult Dental and Vision Plus，請註明 HMO 主治牙醫編號

□□□□	-	□□□□	-	□□□□□□
------	---	------	---	--------

第 III 部分：要投保的家人 (承前)

現有保單加保一名新生兒或領養子女

新生兒 / 領養子女的姓氏：		名字：	中間名首字母：
生效日期 ¹ ：	新生兒 / 領養子女的出生日期 (月 / 日 / 年)：	領養 / 領養安置的日期 (月 / 日 / 年)：	
<input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性	社會安全號碼：	主要投保人的 Health Net 會員卡號碼：	

如果您要在 CommunityCare HMO 計畫加保一名符合資格的新生兒 / 領養子女，您必須從 CommunityCare Network 選擇一位主治醫師。

主治醫師編號： 既有病人： 是 否

一般條件：Health Net of California, Inc. (Health Net) 如果沒有在出生日期或領養日期起 60 天內收到您的申請表，就會要求您填寫標準申請表。兌現您的支票不表示您的申請已獲得核准。如您的申請遭拒，已繳款項將會退還給您。Health Net 任何其他部門、主管、代理人或員工都沒有核准投保的權利。投保人的經紀人或代理人無法授權、變更條款或豁免本申請的任何規定。本申請表將成為計畫合約的一部分。

請匯寄新生兒或領養子女的首月保費。您需要為您的子女出生或領養當月額外支付按比例計算的保費，該筆費用會加到您下一期的保費帳單。

本申請表和仲裁條款均須由投保人簽名。投保人必須親自以墨水筆簽名，並同意遵守仲裁條款以及申請表和計畫合約的條款、條件和規定，本申請表才會獲得處理。經紀人或任何其他人均不得在本申請表和仲裁條款上簽名，本申請表才會獲得考慮。

¹如果在出生日期或領養日期起 60 天內收到申請表，生效日期即為出生日期或領養日期 (若領養安置日期較早則為領養安置日期)。

第 IV 部分：特殊投保期間

除了開放投保期間，您和您的受撫養人也符合資格可在特殊投保期間 (特定合格事件起 60 天內) 投保或變更計畫。一般而言，若在 1 號至 15 號之間收到申請，承保會在繳交申請表的次月 1 號生效。若在 16 號至月底之間收到申請，承保會在繳交申請表的次月 1 號生效。**以上生效日期會有例外情況，包括生產、領養、領養安置或透過子女撫養令或其他法院命令，會在發生合格事件或法院命令當天生效；結婚則在收到申請表後次月 1 號生效。**必須在合格事件起 60 天²內收到申請表。必須提供合格事件的證明。請在下面填寫適用的合格事件以及適用對象的姓名。如有更多受撫養人，請加頁填寫。

合格事件編號 (請參閱下頁 表格)	事件日期 ²	主要申請人	配偶 / 同居伴侶	受撫養人 1	受撫養人 2	受撫養人 3

(接下頁)

²如果在喪失承保前收到您的申請表，您的生效日期將是喪失承保的次月 1 號。如果在喪失承保後 60 天期間收到申請表，生效日期將是收到申請表後次月 1 號。

Individual & Family Plan 特殊投保期間合格事件

合格事件	繳交必要的合格事件證明
1) 合格個人或其受撫養人喪失最低基本承保，可能是基於以下理由之一 (不包括自願終止先前承保或由於未繳保費而終止承保)：	
A. 受保員工身故。	下列其中一份文件的複本： • 前保險公司的喪失承保通知。 • 雇主的喪失承保通知。 • 前保險公司會員卡的正反兩面影本。
B. 受保員工聘僱終止或工時縮減。	
C. 受保員工與其配偶離婚或合法分居。	
D. 受保員工有權取得 Medicare 福利。	
E. 受撫養子女不再是本計畫一般適用規定認定的受撫養子女。	
F. 任何時間退休的受保員工之雇主在 1986 年 7 月 1 日或其後根據美國法典第 11 編提起破產訴訟程序。在此情況下，喪失承保包括訴訟開始當天的前後一年內合格受益人 (配偶 / 同居伴侶、受撫養子女或死者的配偶 / 同居伴侶) 相關承保實質消滅。	
G. 投保任何非日曆年度型團體健保計畫或個人健康保險計畫承保，即使合格個人或其受撫養人的承保可選擇續約。喪失承保的日期是計畫或保單年度最後一天。	
H. 除未繳保費或因詐欺或蓄意對重大事實做出不實陳述而撤銷承保的情況之外，因任何其他理由喪失最低基本承保。	視情況提供文件。
I. 終止雇主提撥。	雇主的提撥終止通知。
J. 用盡 COBRA 持續承保。	顯示承保用盡的 COBRA 文件。
2) A. 合格個人透過婚姻、同居伴侶關係、生產、領養或領養安置新增受撫養人或變成受撫養人。	法院文件或出院紀錄。
B. 計畫參加者因為離婚或合法分居而失去受撫養人或不再視為受撫養人，如發生離婚或合法分居該州的州法律定義；或計畫參加者或其受撫養人死亡。	
3) 合格個人或其受撫養人投保或未投保健保計畫屬於非蓄意、意外或錯誤，且是 Exchange 或 Department of Health and Human Services 或其執行機構的主管、員工或代理人的錯誤、不實陳述、不當行為或不作為造成的結果。	視情況提供文件。
4) 計畫參加者或其受撫養人所投保的健保計畫實質違反其合約的重要規定。	視情況提供文件。
5) 合格個人或計畫參加者或其受撫養人因永久搬遷而能取得新的健保計畫。	下列其中一份文件的複本： • 租約。 • 貸款帳單。 • 第一份水電費或電話費帳單。
6) 根據有效的州或聯邦法院命令，強制他(她)以受撫養人身分納入承保範圍。	法院文件。
7) 他(她)已出獄。	假釋或緩刑文件。

(接下頁)

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Individual & Family Plan 特殊投保期間合格事件(承前)

合格事件	繳交必要的合格事件證明
8) 他(她)按其他健康福利計畫規定，接受不再與該健保計畫簽約的特約醫療服務提供者提供下列任何病況的服務：(a) 急性病況(因為疾病、傷害或其他醫療問題而突然出現症狀的醫療狀況，此病況必須立即醫治，且持續時間較為短暫)；(b) 嚴重慢性病況(因為疾病、不適或其他醫療問題或醫療障礙引起的嚴重醫療狀況，且長期持續而無法痊癒，或隨時間惡化，或必須持續治療才能緩和或避免惡化)；(c) 末期疾病(無法治癒或無法挽回，且極有可能在一年內或更短時間內造成死亡的病況)；(d) 懷孕；(e) 從出生至年齡滿 36 個月的新生兒照護；或 (f) 由醫療服務提供者建議和記錄，在合約終止日期或新受保人的承保生效日期起 180 天內進行的外科手術或其他程序，且該醫療服務提供者不再與健保計畫簽約。	主治醫師 (PCP) 出具並註明日期的信函。
9) 若是透過 Exchange 提供的健康福利計畫，他(她)向 Exchange 證明，或若是在 Exchange 以外提供的健康福利計畫，則向 California Department of Managed Health Care 證明，他(她)沒有在上次可投保期間投保健康福利計畫，是因為得到的訊息錯誤，讓他(她)以為自己有最低基本承保。	視情況提供文件。
10) 他(她)是根據美國法典第 32 編服役而退役的美國軍隊後備軍人成員或加州國民警衛隊成員。	現役狀態文件。
11) 剛符合或失去保費免稅額預付款資格，或分攤費用減免資格變更。	顯示您符合資格可取得之保費協助的預付保費免稅額 (APTC) 文件。
12) 他(她)喪失醫療所需的 Medicaid 承保(不包括自願終止先前承保或由於未繳保費而終止承保)。	Medicaid 文件。
13) 他(她)喪失與懷孕有關的 Medicaid 承保(不包括自願終止先前承保或由於未繳保費而終止承保)。	Medicaid 文件。

第 V 部分：Individual & Family Plan 標準投保的例外 – 關於語言協助的問責聲明

第 V 部分說明：當申請人因為無法閱讀、書寫和(或)說本申請表的語言而無法填寫本申請表時，即可使用以下流程。Health Net 規定，如需協助填寫本申請表，您必須使用合格口譯員的服務。請與 Health Net 聯絡，電話 1-877-609-8711，查詢有關合格口譯員服務和如何取得相關服務的資訊。本表格必須與 Individual & Family Plan 投保申請表一併繳交(如適用)。

Health Net 合格口譯員 – 若由 Health Net 合格口譯員協助，請填寫下列部分。

我是 _____，接受 Health Net 授權的合格口譯員協助填寫本申請表，因為我：

- 不會閱讀本申請表的語言。
- 不會說本申請表的語言。
- 不會寫本申請表的語言。
- 其他(請解釋)：_____

合格口譯員協助我填寫： 整份申請表。

其他(請解釋)：_____

合格口譯員用下列語言把本申請表的內容唸給我聽：_____

(接下頁)

□	□	□	-	□	□	-	□	□	□	□
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

第 V 部分：Individual & Family Plan 標準投保的例外 – 關於語言協助的問責聲明 (承前)

簽名和日期 (必須用墨水筆)

申請人簽名：	今天的日期：
口譯申請表的日期：	口譯申請表的時間：
合格口譯員編號：	

Health Net 合格口譯員以外的其他合格口譯員 – 若由 Health Net 合格口譯員以外的其他合格口譯員協助，請填寫下列部分。

若由 Health Net 提供的合格口譯員以外的其他合格口譯員協助您填寫本申請表，該口譯員必須填寫以下部分：

我是 _____，我瞭解合格口譯員應該：(a) 具備與已接受非英文語言高等教育 (專科或大學同等學歷) 的母語使用者同等的字彙能力；(b) 溝通時能表現其文化敏感度，考慮到每一種語言都具有各式各樣的變化；(c) 具備母語使用者的語言技能 (在某種語言社群中成長或活動發展而來的母語使用者語言技能)；以及 (d) 具備非英文語言的相關讀寫技能 (以接受過母語高等教育證明其讀寫技能)。

身為合格口譯員，我親自為上述申請人唸出並填寫本申請表，原因是：

- 申請人不會閱讀本申請表的語言。
- 申請人不會說本申請表的語言。
- 申請人不會寫本申請表的語言。
- 其他 (請解釋)：_____

在明白偽證罪責任的情況下，我聲明我把以下內容唸給申請人聽：

- 整份申請表。
- 其他 (請解釋)：_____

我用下列語言把本申請表的內容唸給申請人聽：_____

請提供下列有關協助申請人的合格口譯員 (但並非 Health Net 合格口譯員) 的資訊：

姓氏：	名字：		
合格口譯員的地址：			
城市：	州：	郵遞區號：	電話：
合格口譯員簽名：			日期：

□□□□	-	□□□□	-	□□□□
------	---	------	---	------

第 VI 部分：申請人的代理人 / 經紀人資訊

請完整填寫代理人 / 經紀人姓名和地址，才能將通訊寄送給代理人 / 經紀人。

Health Net 經紀人編號：		Health Net 直接銷售代理人編號：	
姓名 (請以正楷填寫)：	電話號碼：	傳真號碼：	
地址：		電子郵件地址：	
申請人的代理人 / 經紀人簽名 / 編號 (必填)：			簽名日期 (必填)：

代理人 / 經紀人證明

我是 _____ (代理人 / 經紀人姓名)，

(備註：您必須勾選適當的方格。您只能勾選一個方格。)

(_____) 並未以任何方式協助申請人填寫或繳交本申請表。所有資訊均由申請人填寫，我並未提供任何種類的協助或建議。我瞭解，若我在本聲明中的任何部分提供不實資訊，我可能會遭受民事懲罰，包括但不限於最高 \$10,000 之罰鍰。

或

(_____) 協助申請人繳交本申請表。我已告訴申請人必須完整誠實回答所有問題，且不應對申請表中要求提供的任何資訊有所保留。我已解釋對資訊有所保留可能會導致承保日後遭到撤銷或取消。申請人已向我表示，其已瞭解這些說明和警語。盡我所知，本申請表上的資訊均為完整且正確。我瞭解，若我在本聲明中的任何部分提供不實資訊，我可能會遭受民事懲罰，包括但不限於最高 \$10,000 之罰鍰。

請回答第 1 到第 3 題所有問題：

- 誰填寫並完成本申請表？ _____
- 您是否親眼看到申請人在申請表上簽名？ 是 否
- 您是否在申請人簽名後檢閱本申請表內容？ 是 否

Health Net HMO 牙科和視力計畫由 Health Net of California, Inc. 提供。Health Net Dental 福利由 Dental Benefit Providers of California, Inc. 管理。Health Net Vision 福利由 EyeMed Vision Care, LLC. 管理。

Health Net of California, Inc. 是 Health Net, Inc. 的子公司。Health Net 是 Health Net, Inc. 的註冊服務標章。保留所有權利。

第 VII 部分：投保條件

一般條件：Health Net 保留權利可在申請人因未達資格條件而不符合承保資格時拒絕任何投保申請。即使您已經向 Health Net 繳交第一個月的保費，仍須等到 Health Net 的會籍部接受本申請並核發接受通知給申請人後才能取得承保。兌現您的支票不表示您的申請已獲得核准。如您的申請遭拒，已繳款項將會退還給您。Health Net 任何其他部門、主管、代理人或員工都沒有核准投保的權利。申請人的代理人或經紀人都無法核准本申請表、變更本申請表條款或豁免本申請表的規定。本申請表將成為計畫合約的一部分。

HEALTH NET 可撤銷計畫合約的情況

在承保的首 24 個月內，Health Net 能以構成詐欺的任何行為或作為，或以您或代表您繳交或與您投保申請表一起提交的任何書面資訊中蓄意不實陳述任何重要事實為理由而撤銷計畫合約。

重要事實是指如果 Health Net 知道就會因此拒絕核發承保的資訊。

如果撤銷計畫合約，Health Net 就沒有責任提供計畫合約規定的承保。

您在本申請表上簽名即表示，所有回答均正確無誤且申請表將成為 Health Net 與您之間計畫合約的一部分。您簽署本申請表也表示，您同意遵守計畫合約的條款。

投保後，如果 Health Net 要調查您申請表的資訊，Health Net 必須通知您該調查、調查的基礎，並讓您有機會回應。

如果 Health Net 決定撤銷您的承保，這類決定會先送交 Health Net 特約獨立第三方審核人員審查。

如果撤銷計畫合約，Health Net 會在撤銷生效日期前 30 天提供包含下列內容的書面通知：

1. 解釋決定的基礎和您上訴的權利；
2. 釐清了承保遭到撤銷的個人外，所有其他您的承保所承保的會員都可以繼續保有承保；
3. 說明您的月保費將會修改，以反映仍保有計畫合約的會員人數；以及
4. 解釋您對 Health Net 撤銷承保的決定提出上訴的權利。

如果計畫合約遭到撤銷：

1. Health Net 可撤銷您的承保，如同從來不曾有過承保一樣，而且您會喪失健康福利，包括已接受治療的承保；
2. Health Net 會退還您繳納的所有保費金額並扣除 Health Net 代表您給付的任何醫療費用，還可要求您償還從承保原始日期起根據計畫合約而已給付的任何金額；以及
3. Health Net 保留權利可取得任何其他因撤銷而產生且符合 California 法律的法律救濟措施。

如果 Health Net 拒絕您的上訴，您有權向 California Department of Managed Health Care 尋求協助。

受保護健康資訊的使用和透露：我確認並瞭解，醫療服務提供者得向 Health Net 透露有關我本人或受撫養人的健康資訊。Health Net 可因治療、給付和健保計畫作業，包括但不限於使用管理、品質改善、疾病或個案管理方案等而使用和透露這類資訊。Health Net 的隱私權行使聲明包括在計畫合約中，而且我也可以到 www.healthnet.com 網站或透過 Health Net 客戶聯絡中心取得該聲明。對使用和透露受保護健康資訊的授權應自我於下頁簽名當天開始，維持 24 個月的效力。

如果唯一申請人是未成年人：如果本申請表的唯一申請人未滿 18 歲，則申請人的父母或法定監護人必須簽名。在申請表上簽名即表示簽名者同意承擔對本申請表中資訊的正確性與繳交保費之法律責任。如該負責人並非申請人之親生父母，則繳交本申請表時應一併附上授權監護權的法院文件。

如果申請人看不懂本申請表的語言：如果申請人看不懂本申請表的語言，並由口譯員協助填寫本申請表，則申請人必須簽名並繳交問責聲明（請參閱本申請表第 V 部分：「Individual & Family Plan 標準投保的例外 – 關於語言協助的問責聲明」）。

□	□	□	-	□	□	-	□	□	□	□
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

第 VIII 部分：重要規定

注意：為保護您，California 法律規定本表格應載有下列文字。任何人蓄意提出不實或欺詐的損失給付理賠申請，均屬犯法行為，可能處以罰鍰並監禁於州立監獄。

禁止要求 HIV 檢測： California 法律禁止醫療保健服務、計畫或保險公司以規定應接受 HIV 檢測或使用 HIV 檢測做為取得承保之條件。

確認與同意： 我 (即申請人) 瞭解並同意，投保 Health Net 或接受 Health Net 的服務即表示，我和任何投保受撫養人均應遵守計畫合約的條款、條件和規定。如欲取得計畫合約複本，請撥打 Health Net 電話 1-877-609-8711。我 (即申請人) 已閱讀並瞭解本申請表的條款，且我於下頁簽名即表示本申請表中所填資訊均為完整、真實和正確，我也接受這些條款。

約束性仲裁協議： 我 (申請人) 瞭解並同意，我 (包括我的任何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，均須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。本仲裁協議包括因計畫合約或我的 Health Net 承保而引起或相關的任何爭議，無論是基於任何法律理論而主張。即使有其他當事人 (例如醫療服務提供者或其代理人或員工) 涉入爭議，本爭議仲裁協議也同樣適用。我瞭解，所有當事人 (包括 Health Net) 同意將所有爭議交付約束性仲裁做為最終解決方式時，即放棄在法庭上由陪審團審理其爭議之憲法權利。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做為最終解決方式。我瞭解，計畫合約中有更詳細的仲裁規定。如果計畫合約受 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。

申請人或父母或法定監護人 (如申請人未滿 18 歲) 簽名：	簽名日期：	申請人的受撫養人 (年滿 18 歲) 簽名：	簽名日期：
配偶 / 同居伴侶或申請人的受撫養人 (年滿 18 歲) 簽名：	簽名日期：	申請人的受撫養人 (年滿 18 歲) 簽名：	簽名日期：
申請人的受撫養人 (年滿 18 歲) 簽名：	簽名日期：	申請人的受撫養人 (年滿 18 歲) 簽名：	簽名日期：

本申請表和本仲裁條款都必須由申請人簽名。申請人必須親自以墨水筆簽名，並同意遵守仲裁條款和申請表以及計畫合約的條款、條件和規定，本申請表才會獲得處理。代理人 / 經紀人或任何其他人均不得在本申請表和仲裁條款上簽名，本申請表才會獲得考慮。

個人支票上的收款人請寫「Health Net」。如果您要郵寄繳回填好的申請表，請寄至：Health Net Individual & Family Enrollment, PO Box 1150, Rancho Cordova, CA 95741-1150。如果您想傳真申請表，請傳真至 1-800-977-4161，再把支票郵寄至：Health Net Individual & Family Enrollment, PO Box 894702, Los Angeles, CA 90189-4072。

您可繳交本申請表和授權表的影本或傳真。Health Net 建議您將本申請表和授權表保留一份做為紀錄。

本文中凡提及「Health Net」時，均包括負責核保或管理本投保申請表適用之承保的 Health Net 關係企業和子公司。「計畫合約」是指 Health Net of California, Inc. 綜合計畫合約和承保範圍證明。

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 & Family Plan (IFP) applicants please call 1-877-609-8711. For more help: If you are enrolled in a PPO or EPO insurance policy underwritten by Health Net Life Insurance Company, call the CA Dept. of Insurance at 1-800-927-4357. If you are enrolled in a HMO or HSP plan provided by Health Net of California, Inc., call the DMHC Helpline at 1-888-HMO-2219. Your ID card indicates whether your plan was issued by Health Net Life Insurance Company or Health Net of California, Inc.

English

Servicios de Idiomas Sin Costo. Usted puede solicitar un intérprete. Puede solicitar que se le lean los documentos y que algunos de ellos 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 (por sus siglas en inglés, IFP) deben llamar al 1-877-609-8711. Para obtener más ayuda: Si está inscrito en una póliza de seguro PPO o EPO asegurada por Health Net Life Insurance Company, llame al Departamento de Seguros de CA al 1-800-927-4357. Si está inscrito en un plan HMO o HSP proporcionado por Health Net of California, Inc., llame a la Línea de Ayuda del Departamento de Cuidado Médico (por sus siglas en inglés, DMHC) de California al 1-888-HMO-2219. Su tarjeta de identificación indica si su plan fue emitido por Health Net Life Insurance Company o Health Net of California, Inc.

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，也可以把部分翻譯成您語言的文件寄送給您。如需協助，請撥您會員卡上所列的電話號碼與我們聯絡，雇主團體申請人請撥 Health Net 的商業聯絡中心，電話 1-800-522-0088。Individual and Family Plan (IFP) 申請人請撥 1-877-609-8711。如需其他協助：如果您投保的是 Health Net Life Insurance Company 核保的 PPO 或 EPO 保險保單，請撥 California Department of Insurance 電話 1-800-927-4357。如果您投保的是 Health Net of California, Inc. 提供的 HMO 或 HSP 計畫，請撥 DMHC 協助專線 1-888-HMO-2219。您的會員卡會註明您的計畫是由 Health Net Life Insurance Company 或 Health Net of California, Inc. 核發。

Chinese

Dịch vụ ngôn ngữ miễn phí. Quý vị có thể được cấp thông dịch viên và người đọc giúp các tài liệu bằng ngôn ngữ của quý vị cho quý vị. Để được trợ giúp, vui lòng gọi cho chúng tôi theo số điện thoại ghi trên thẻ hội viên của quý vị; người ghi danh theo nhóm của hãng sở xin gọi Trung tâm Liên lạc Thương mại của Health Net theo số 1-800-522-0088. Người ghi danh theo Chương trình bảo hiểm dành cho cá nhân và gia đình (Individual and Family Plan, IFP) xin gọi số 1-877-609-8711. Để được trợ giúp bổ túc: Nếu quý vị ghi danh trong các hợp đồng bảo hiểm PPO hoặc EPO do Health Net Life Insurance Company cam kết tài trợ, vui lòng gọi Bộ Bảo hiểm của California theo số 1-800-927-4357. Nếu quý vị ghi danh trong chương trình bảo hiểm HMO hoặc HSP do Health Net of California, Inc. cung cấp, xin gọi Đường dây trợ giúp của DMHC theo số 1-888-HMO-2219. Trên thẻ hội viên của quý vị có ghi rõ chương trình bảo hiểm của quý vị là do Health Net Life Insurance Company hay Health Net of California, Inc. cung cấp.

Vietnamese

무료 언어 지원 서비스. 무료 통역사 서비스 및 여러분에게 편한 언어로 서류 낭독 서비스를 받을 수 있습니다. 도움이 필요하신 분은 본인의 ID 카드상에 있는 안내번호로 전화해 주십시오. 고용주 그룹 가입 신청자님의 경우 Health Net의 상업 (Commercial) 고객 서비스 센터, 안내번호 1-800-522-0088번으로 전화해 주십시오. 개인 및 가족 플랜 (IFP) 가입 신청자님은 안내번호 1-877-609-8711번으로 전화해 주십시오. 더 많은 도움이 필요하시면: 만일 귀하가 Health Net Life Insurance Company가 인수한 PPO 또는 EPO 보험 폴리시에 가입하신 경우, 캘리포니아 보험국 (CA Dept. of Insurance), 안내번호 1-800-927-4357번으로 문의하십시오. 만일 귀하가 Health Net of California, Inc.에서 제공하는 HMO 또는 HSP 플랜에 가입하신 경우, 보건관리부 (DMHC) 헬프라인, 안내번호 1-888-HMO-2219번으로 문의하십시오. 귀하의 ID 카드상에 귀하의 플랜이 Health Net Life Insurance Company에서 제공되는지 또는 Health Net of California, Inc.에서 제공되는지 명시되어 있습니다.

Korean

Անվճար Լեզվական Մտահույժություններ: Դուք կարող եք բանավոր թարգման ձեռք բերել և փաստաթղթերը ընթերցել տալ 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 Հանձնարարի Կապի Կենտրոն: Անհատական և Ընտանեկան Մրագրի (Individual and Family Plan/IFP) դիմորդներից խնդրում է զանգահարել 1-877-609-8711 համարով: Լրացուցիչ օգնության համար՝ 1-800-927-4357 համարով զանգահարեք Կալիֆորնիայի Ապահովագրության Բաժանմունք (CA Dept. of Insurance), եթե գրանցվել եք PPO կամ EPO ապահովագրական ապահովագրի, որի կողմն է Health Net Life Insurance Company-ն: Եթե գրանցվել եք HMO կամ HSP ծրագրում, որի մատակարարն է Health Net of California, Inc.-ը, 1-888-HMO-2219 համարով զանգահարեք DMHC-ի Օգնության Գծին: Ձեր ինքնության տոմսը նշում է, թե ով է թողարկել Ձեր ծրագիրը՝ Health Net Life Insurance Company-ն, թե՞ Health Net of California, Inc.-ը:

Armenian

無料の言語サービス。日本語の通訳が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。雇用者団体プランへの加入をお申込みの方は、Health Netの民間コンタクト・センター、1-800-522-0088までお電話ください。個人・家族プラン (IFP) への加入をお申込みの方は、1-877-609-8711までお電話ください。さらに援助が必要な場合、Health Net Life Insurance Companyが保険引受会社となるPPOまたはEPO保険ポリシーにご加入の方は、カリフォルニア州保険庁、1-800-927-4357までご連絡ください。Health Net of California, Inc.が提供するHMOまたはHSPプランにご加入の方は、カリフォルニア州管理医療庁 (DMHC) のヘルプライン、1-888-HMO-2219までご連絡ください。お客様のプランの発行者がHealth Net Life Insurance CompanyまたはHealth Net of California, Inc.のどちらであるかは、IDカードに記載されています。

Japanese

الخدمات اللغوية المجانية: يمكنك الحصول على مترجم فوري للمساعدة في قراءة مستنداتك باللغة التي تتحدث بها. للحصول على المساعدة يُرجى الاتصال بنا على الرقم الموضح على بطاقة التعريف الخاصة بك، أو إذا كنت من مقدمي الطلبات من الموظفين يُرجى الاتصال بمركز التواصل مع العملاء لدى Health Net على الرقم 1-800-522-0088. بالنسبة لمقدمي طلبات خطة الفرد والأسرة (IFP)، يُرجى الاتصال على الرقم 1-877-609-8711. للحصول على المزيد من المساعدة: إذا كنت مسجلاً في سياسة التأمين بخطة PPO أو EPO التي تكتتبها شركة التأمين على الحياة Health Net Life Insurance Company، يُرجى الاتصال بـ CA Dept. of Insurance (وزارة التأمين بولاية كاليفورنيا) على الرقم 1-800-927-4357. إذا كنت مسجلاً في خطة HMO أو HSP التي توفرها شركة Health Net of California, Inc.، يُرجى الاتصال بخطة المساعدة لدى DMHC على الرقم 1-888-HMO-2219. توضح بطاقة التعريف الخاصة بك ما إذا كان تم إصدار خطتك عبر شركة التأمين على الحياة Health Net Life Insurance Company أو شركة Health Net of California, Inc.

Arabic

خدمات بی هزینه مربوط به زبان. می توانید از خدمات یک مترجم شفاهی برخوردار شده و بگویند تا نوشته ها به زبان خودتان برایتان خوانده شوند. برای دریافت کردن کمک، با ما از طریق شماره تلفنی که روی کارت شناسایی شما قید شده است تماس بگیرید، و یا متقاضیان گروه کارفرمایان لطفاً با مرکز تجاری تماس Health Net به شماره 1-800-522-0088 تماس بگیرید. متقاضیان "طرح افراد و خانواده ها" (IFP) لطفاً به شماره 1-877-609-8711 تلفن کنند. برای دریافت کمک بیشتر: اگر برای یک بیمه نامه PPO یا EPO که توسط Health Net Life Insurance Company تضمین شده است ثبت نام کرده اید، به اداره بیمه کالیفرنیا به شماره 1-800-927-4357 تلفن کنید. اگر در یک طرح HMO یا HSP که توسط Health Net of California, Inc. فراهم شده است ثبت نام میکنید، به خط کمکی DMHC به شماره 1-888-HMO-2219 تلفن کنید. کارت شناسایی تان نشان میدهد که آیا طرح شما توسط Health Net Life Insurance Company صادر شده است یا Health Net of California, Inc.

Farsi

Walang Gastusin na Mga Serbisyo sa Wika. Maaari kang kumuha ng interpreter at basahin sa iyong wika ang mga dokumento. Para sa tulong, tawagan kami sa numerong nakalista sa iyong ID card, o para sa mga aplikante ng pangkat ng employer, mangyaring tawagan ang Commercial Contact Center ng Health Net sa 1-800-522-0088. Para sa mga aplikante ng Individual & Family Plan (IFP), mangyaring tumawag sa 1-877-609-8711. Para sa karagdagang tulong: Kung naka-enroll ka sa isang insurance policy ng PPO o EPO na napapailalim sa Health Net Life Insurance Company, tawagan ang CA Dept. of Insurance sa 1-800-927-4357. Kung naka-enroll ka sa isang plano ng HMO o HSP na ipinagkakaloob ng Health Net of California, Inc., tawagan ang DMHC Helpline sa 1-888-HMO-2219. Isinasaad ng iyong ID card kung ang iyong plano ay ibinigay ng Health Net Life Insurance Company o Health Net of California, Inc.

Tagalog

KeV Pab Lus Tsis Muaj Nqi Them. Koj txais tau tus neeg txhais lus thiab muab tau cov ntawv los nyeem rau koj ua koj hom lus. Kom tau kev pab, hu rau peb ntawm tus xovtooj sau rau koj daim npav ID, lossis cov tib neeg yuav thov kev pab tom chaw haujlwm thov hu rau Health Net Lub Chaw Pab Cov Tib Neeg Siv Cov Kev Pab (Customer Contact Center) ntawm 1-800-522-0088. Cov neeg thov kev pab hauv pawg Tus Kheej & Tsev Neeg (Individual and Family Plan; IFP) thov hu rau 1-877-609-8711. Yog xav tau kev pab ntxiv: Yog koj muaj npe nkag nrog PPO lossis EPO cov kev tuav pov hwm los ntawm Health Net Life Insurance Company, hu rau CA Qhov Chaw Saib Xyuas Txog Kev Tuav Pov Hwm (Dept. of Insurance) ntawm 1-800-927-4357. Yog koj muaj npe nkag nrog ib qho kev npaj pab HMO lossis HSP uas los ntawm Health Net of California, Inc., hu rau DMHC Tus Xovtooj Muab Kev Pab ntawm 1-888-HMO-2219. Koj daim npav ID yuav qhia tau tias koj qhov kev npaj pab yog los ntawm Health Net Life Insurance Company lossis Health Net of California, Inc.

Hmong

Doo Bqah 'Alinígóó Saad Bee 'áka'anída'awo'ígíí. 'Ata' halne'í dóo naaltsoos bee 'éedahozinígíí t'áa ni nizaad bee hadadilyaago nich'í' yídóoltah. 'Áka'a'eyeed biniiyégo, ninaaltsoos nitl'izi bee néehozinígíí bine'déé' béésh bee haneí biká'ígíí bee nich'í' hodíilnih, doodago ninaalishí bíl hada'dil'ínígíí t'áa shóqdí Health Net Commercial Hane' 'Íl'íh Bíl Haz'ánijí' 1-800-522-0088 hodíilnih. Ła' Jizíh dóo Hooghan Haz'áagi Naaltsoos Hadadít'éhígíí (IFP) hada'dile'ígíí t'áa shóqdí kohjí' 1-877-609-8711 hodíilnih. T'áa náásgóó 'áka'a'eyeed biniiyégo: PPO doodago EPO béeso 'ách'áqh naa'nil bibee haz'áanii Health Net Life Insurance Company, bich'í' haídíilaagíí bíl ha'dít'éhígíí bíl ha'diléehgo, CA Dept. béeso 'ách'áqh naa'nil bíl haz'ánígíí bich'í' kohjí' 1-800-927-4357 hodíilnih. Health Net of California, Inc. biyaadóo HMO doodago HSP bíl ha'dít'éhígíí bíl ha'diléehgo, DMHC 'Áka'aná'awo' Bíl Haz'ánígíí kohjí' 1-888-HMO-2219 hodíilnih. Health Net Life Insurance Company doodago Health Net of California, Inc. bíl naaltsoos bíl náha'dít'éhígíí ninaaltsoos nitl'izi bine'déé' bikáá'.

Navajo

ਭਾਸ਼ਾ ਦੀਆਂ ਮੁਫਤ ਸੇਵਾਵਾਂ। ਤੁਹਾਨੂੰ ਦੁਭਾਸ਼ੀਆਂ ਮਿਲ ਸਕਦਾ ਹੈ ਅਤੇ ਦਸਤਾਵੇਜ਼ ਤੁਹਾਨੂੰ ਤੁਹਾਡੀ ਆਪਣੀ ਭਾਸ਼ਾ ਵਿਚ ਪੜ੍ਹ ਕੇ ਸੁਣਾਏ ਜਾ ਸਕਦੇ ਹਨ। ਮਦਦ ਲਈ, ਤੁਹਾਡੇ ਆਈ ਡੀ ਕਾਰਡ 'ਤੇ ਦਿੱਤੇ ਨੰਬਰ ਤੇ ਸਾਨੂੰ ਫੋਨ ਕਰੋ, ਜਾਂ ਇੰਪਲਾਇਰ ਗਰੁੱਪ ਦੇ ਅਰਜ਼ੀਦਾਤਾ ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ Health Net ਦੇ ਗਾਹਕ ਸੰਪਰਕ ਕੇਂਦਰ ਨੂੰ 1-800-522-0088 ਨੰਬਰ ਤੇ ਫੋਨ ਕਰੋ। ਵਿਅਕਤੀਗਤ ਅਤੇ ਪਰਿਵਾਰਕ ਯੋਜਨਾ (IFP) ਵਾਲੇ ਅਰਜ਼ੀਦਾਤਾ ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ 1-877-609-8711 ਨੰਬਰ ਤੇ ਸੰਪਰਕ ਕਰੋ। ਹੋਰ ਮਦਦ ਲਈ: ਜੇ ਤੁਸੀਂ Health Net Life Insurance Company ਵਲੋਂ ਜਾਰੀ ਕਿਸੇ PPO ਜਾਂ EPO ਬੀਮਾ ਪਾਲਿਸੀ ਲਈ ਨਾਂ ਲਿਖਵਾਇਆ ਹੈ ਤਾਂ ਕੈਲੀਫੋਰਨੀਆ ਬੀਮਾ ਵਿਭਾਗ ਨੂੰ 1-800-927-4357 ਨੰਬਰ ਤੇ ਫੋਨ ਕਰੋ। ਜੇ ਤੁਸੀਂ Health Net of California, Inc. ਵਲੋਂ ਮੁਹੱਈਆ ਕੀਤੀ ਗਈ ਕਿਸੇ HMO ਜਾਂ HSP ਯੋਜਨਾ ਲਈ ਨਾਂ ਲਿਖਵਾਇਆ ਹੈ ਤਾਂ DMHC ਦੀ ਹੈਲਪਲਾਈਨ ਨੂੰ 1-888-HMO-2219 ਨੰਬਰ ਤੇ ਫੋਨ ਕਰੋ। ਤੁਹਾਡੇ ਆਈ ਡੀ ਕਾਰਡ ਤੇ ਦਿਖਾਇਆ ਗਿਆ ਹੈ ਕਿ ਤੁਹਾਡੀ ਯੋਜਨਾ Health Net Life Insurance Company ਵਲੋਂ ਜਾਰੀ ਕੀਤੀ ਗਈ ਸੀ ਜਾਂ Health Net of California, Inc. ਵਲੋਂ।

Punjabi

ਸੇਵਾਵਾਂ ਨੂੰ ਮੁਫਤ ਸੇਵਾਵਾਂ ਵਜੋਂ ਪ੍ਰਦਾਨ ਕੀਤਾ ਜਾਂਦਾ ਹੈ। ਤੁਹਾਨੂੰ ਦੁਭਾਸ਼ੀਆਂ ਮਿਲ ਸਕਦਾ ਹੈ ਅਤੇ ਦਸਤਾਵੇਜ਼ ਤੁਹਾਨੂੰ ਤੁਹਾਡੀ ਆਪਣੀ ਭਾਸ਼ਾ ਵਿਚ ਪੜ੍ਹ ਕੇ ਸੁਣਾਏ ਜਾ ਸਕਦੇ ਹਨ। ਮਦਦ ਲਈ, ਤੁਹਾਡੇ ਆਈ ਡੀ ਕਾਰਡ 'ਤੇ ਦਿੱਤੇ ਨੰਬਰ ਤੇ ਸਾਨੂੰ ਫੋਨ ਕਰੋ, ਜਾਂ ਇੰਪਲਾਇਰ ਗਰੁੱਪ ਦੇ ਅਰਜ਼ੀਦਾਤਾ ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ Health Net ਦੇ ਗਾਹਕ ਸੰਪਰਕ ਕੇਂਦਰ ਨੂੰ 1-800-522-0088 ਨੰਬਰ ਤੇ ਫੋਨ ਕਰੋ। ਵਿਅਕਤੀਗਤ ਅਤੇ ਪਰਿਵਾਰਕ ਯੋਜਨਾ (IFP) ਵਾਲੇ ਅਰਜ਼ੀਦਾਤਾ ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ 1-877-609-8711 ਨੰਬਰ ਤੇ ਸੰਪਰਕ ਕਰੋ। ਹੋਰ ਮਦਦ ਲਈ: ਜੇ ਤੁਸੀਂ Health Net Life Insurance Company ਵਲੋਂ ਜਾਰੀ ਕਿਸੇ PPO ਜਾਂ EPO ਬੀਮਾ ਪਾਲਿਸੀ ਲਈ ਨਾਂ ਲਿਖਵਾਇਆ ਹੈ ਤਾਂ ਕੈਲੀਫੋਰਨੀਆ ਬੀਮਾ ਵਿਭਾਗ ਨੂੰ 1-800-927-4357 ਨੰਬਰ ਤੇ ਫੋਨ ਕਰੋ। ਜੇ ਤੁਸੀਂ Health Net of California, Inc. ਵਲੋਂ ਮੁਹੱਈਆ ਕੀਤੀ ਗਈ ਕਿਸੇ HMO ਜਾਂ HSP ਯੋਜਨਾ ਲਈ ਨਾਂ ਲਿਖਵਾਇਆ ਹੈ ਤਾਂ DMHC ਦੀ ਹੈਲਪਲਾਈਨ ਨੂੰ 1-888-HMO-2219 ਨੰਬਰ ਤੇ ਫੋਨ ਕਰੋ। ਤੁਹਾਡੇ ਆਈ ਡੀ ਕਾਰਡ ਤੇ ਦਿਖਾਇਆ ਗਿਆ ਹੈ ਕਿ ਤੁਹਾਡੀ ਯੋਜਨਾ Health Net Life Insurance Company ਵਲੋਂ ਜਾਰੀ ਕੀਤੀ ਗਈ ਸੀ ਜਾਂ Health Net of California, Inc. ਵਲੋਂ।

Khmer

Бесплатные услуги перевода. Вы можете воспользоваться услугами переводчика, и вам могут прочесть документы на вашем языке. Если вам требуется помощь, звоните нам по номеру телефона, указанному на вашей идентификационной карте. Участники плана группового страхования по месту работы могут обратиться в Коммерческий контактный центр компании Health Net (Commercial Contact Center) по телефону 1-800-522-0088. Участники планов индивидуального и семейного страхования (Individual and Family Plan, IFP), пожалуйста, звоните по номеру 1-877-609-8711. Для получения дополнительной помощи: если у вас страховой полис Организации с предпочтительными поставщиками услуг (Preferred Provider Organization, PPO) или Организации с обязательными поставщиками услуг (Exclusive Provider Organization, EPO), который предоставляется компанией Health Net Life Insurance Company, обращайтесь в Департамент страхования штата Калифорния (CA Dept. of Insurance) по телефону 1-800-927-4357. Если вы зарегистрированы в плане НМО или HSP, который предоставлен компанией Health Net of California, Inc., звоните на телефон Горячей линии Департамента организованного медицинского обслуживания (DMHC Helpline) по номеру 1-888-HMO-2219. На вашей идентификационной карте указано, был ли ваш план оформлен компанией Health Net Life Insurance Company или компанией Health Net of California, Inc.

Russian