

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：僅限於年度開放投保期間(即 2016 年 11 月 1 日至 2017 年 1 月 31 日)或特殊投保期間投保。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，您就不符合申請個人與家庭計畫的資格。

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。若是新生兒，您有 6 個月的時間可以提供新生兒的 SSN。

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。個人與家庭計畫 PureCare HSP 投保申請表備有中文版、西班牙文版和韓文版。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

新申請 (勾選以下家庭類型)

- 本人 本人和配偶 本人和同居伴侶 本人和一名子女 本人和多名子女
 本人、配偶和子女 本人、同居伴侶和子女 僅子女 變更要求

新增受撫養人 (填寫以下的主要投保人資訊，然後填寫第 III 部分的受撫養人資訊。)

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

永久住家街道地址 (如果您填寫郵政信箱，提交時也必須提供居住證明¹，您的申請才算完成。):

城市：	州：	郵遞區號：	申請人住家所在的縣：
-----	----	-------	------------

帳單地址：

通訊地址：

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 (必填)： - -
--------------------------------	---------------------------

您目前是 Health Net 會員嗎？ 是 否 如果答「是」，請提供主要投保人的 Health Net 會員卡號碼：

主治醫師編號：	既有病人： <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
---------	---

請選擇您的語言偏好 (非必填)：英文 西班牙文 中文 韓文

¹請參閱第 7 頁的合格事件第 5 項「California 文件範例」。

第 II 部分：付款資訊和承保選擇

A. 付款資訊

首次保費付款 支票付款 (金額必須與月保費相符。)

郵寄申請

請把填好的支票附在填好申請表中一併寄至：

Health Net Individual & Family Enrollment
PO Box 1150
Rancho Cordova, CA 95741-1150

傳真申請

把填好的申請表傳真至 1-800-977-4161，再把填好的支票郵寄至：

Health Net Individual & Family Enrollment
PO Box 894702
Los Angeles, CA 90189-4702

現有會員可上網 www.healthnet.com，然後點選 *Make A Payment Now (立即付款)* 按鈕查看其他付款選項。

支付投保費用

投保人負責支付投保費用給 Health Net。在州和聯邦法律規定的範圍內，Health Net 不接受由投保人、其受撫養人或第三方付款人以外的任何個人或實體支付的投保費用。

Health Net 發現投保費用是由以上所列人士以外的個人或實體支付時，將拒絕該付款並通知投保人 Health Net 不接受該付款，投保費用仍需繳清。

B. 承保選擇

Health Net of California, Inc. HSP 計畫使用 PureCare 醫療網。

- Health Net Platinum 90 HSP
- Health Net Gold 80 HSP
- Health Net Silver 70 HSP
- Health Net Bronze 60 HSP
- Health Net Minimum Coverage HSP – 最低承保計畫，可提供給未滿 30 歲的民眾，或是滿 30 歲且免受聯邦政府要求維持最低基本承保規定的限制的民眾。豁免證明必須與本申請表一併提交。

自選承保：成人牙科 / 視力計畫 (年滿 18 歲) –

- Dental and Vision Plus** – 如果為主要申請人購買 *Dental and Vision Plus*，所有年滿 18 歲的家人也將投保 *Dental and Vision Plus* 計畫。*Dental and Vision Plus* 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。

備註：所有醫療計畫均含小兒牙科和小兒視力承保。

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。

如何做不同的計畫選擇：

- a. Health Net 只會根據投保人把帳單寄到同一個地址。因此，爲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。您可以爲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爲您選擇一位。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)。您會找到我們個人與家庭計畫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。您可以爲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爲您選擇一家。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。

關係	姓氏	名字	中間名首字母	社會安全號碼 (必填)	出生日期
<input type="checkbox"/> 配偶 <input type="checkbox"/> 同居伴侶				- -	/ /
PureCare HSP 主治醫師編號		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 (必填)	出生日期
子女 1 <input type="checkbox"/> 兒子 <input type="checkbox"/> 女兒				- -	/ /
PureCare HSP 主治醫師編號		如果購買 Adult Dental and Vision Plus，請註明 HMO 主治牙醫編號			

(接下頁)

第 III 部分：要投保的家人 (承前)

關係 子女 2	姓氏	名字	中間名 首字母	社會安全號碼 (必填)	出生日期
<input type="checkbox"/> 兒子 <input type="checkbox"/> 女兒				- -	/ /
PureCare HSP 主治醫師編號		如果購買 Adult Dental and Vision Plus，請註明 HMO 主治牙醫編號			
關係 子女 3	姓氏	名字	中間名 首字母	社會安全號碼 (必填)	出生日期
<input type="checkbox"/> 兒子 <input type="checkbox"/> 女兒				- -	/ /
PureCare HSP 主治醫師編號		如果購買 Adult Dental and Vision Plus，請註明 HMO 主治牙醫編號			
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 ² ：	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 PureCare HSP 計畫加保一名符合資格的新生兒 / 領養子女，您必須從 PureCare Network 選擇一位主治醫師。					
主治醫師編號：			既有病人： <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否		
<p>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。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。</p> <p>請匯寄新生兒或領養子女的首月保費。請注意：如果該子女的承保生效日期不是月份 1 號，您就需要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。</p> <p>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。</p> <p>²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)。</p>					

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³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 ³	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)

³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。

第 IV 部分：特殊投保期間(承前)

合格事件	California 文件範例
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. 承保員工身故。	下列其中一份文件的複本： <ul style="list-style-type: none"> • 前保險公司會員卡正反兩面。 • 前保險公司提供的可替代承保證明。 • 前保險公司提供的喪失承保通知函。 • 雇主提供的聘僱終止或工時縮減確認函(必須使用雇主信箋並由雇主管階層簽名)。
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. 承保員工有權取得 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。	<ul style="list-style-type: none"> • 申請人提供的合格事件證明函。 • 前保險公司提供的喪失承保通知函。
I. 雇主提撥終止。	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、領養安置或產生親子關係而新增受撫養人或變成受撫養人。	<ul style="list-style-type: none"> • 結婚證書。 • 同居伴侶關係聲明。 • 同居伴侶關係註冊證書。 • 產生親子關係的公證宣誓書。 • 出生證明。 • 出院紀錄。 • 法院命令領養文件。 • 離婚判決證明。 • 合法分居協議。 • 死亡證明。
B. 計畫參加者失去受撫養人或因離婚或合法分居，根據如離婚或合法分居所在州的州法律定義認定不再是受撫養人，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 (HHS) 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。	<ul style="list-style-type: none"> • 前保險公司會員卡正反兩面。 • 可替代承保證明。 • Exchange 或 HHS 記錄合格事件的信函。
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。	<ul style="list-style-type: none"> • Exchange 或其他計畫提供的解決文件。

(接下頁)

第 IV 部分：特殊投保期間(承前)

合格事件	California 文件範例
<p>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。</p>	<p>可接受的居住文件證明複本：</p> <ul style="list-style-type: none"> • 最新的駕照或身分證。 • 申請人名下最新有效的州汽車行照。 • 申請人受僱證明。 • 申請人向政府或私人就業機構登記的證明。 • 申請人子女的學校註冊證明。 • 申請人接受政府補助的證明。 • 選民登記表收據、選民通知卡或選民登記摘要。 • 申請人名下的最新水電費帳單。 • 申請人名下的最新租金或房貸繳款收據。不接受由親戚提供的租金收據。 • 列出主要住所的房貸契約。 • 申請人名下的租賃協議。 • 政府寄給申請人的郵件 (SSA 聲明、DMV 通知等)。 • 行動電話帳單。 • 信用卡對帳單。 • 列印出姓名和地址的銀行對帳單或注銷支票。 • 美國郵政服務地址變更確認函。 • 列出您的地址的搬家公司合約或收據。 • 如果您住在其他人 (例如家人、朋友或室友) 家裡，您可以郵寄該人士的信函 / 聲明，內容要陳述您與他們同住而不只是暫時來訪。該人士必須提供其居住證明，並附以上所列的一項文件。 • 如果您居無定所或住在臨時住所，您可以提交同州其他居民的信函或聲明，內容要陳述他們知道您住在哪裡並能證明您住在區域內而不只是暫時來訪。該人士必須提供其居住證明，並附以上所列的一項文件。 • 當地非營利社會服務提供者 (不含非營利醫療保健服務提供者) 或政府實體 (含庇護所) 提供的信函，證明您住在區域內而不只是暫時來訪。

(接下頁)

第 IV 部分：特殊投保期間(承前)

合格事件	California 文件範例
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。	列出事件日期的緩刑或假釋文件。
8) 他(她)按其他健康福利計畫規定，接受不再與該健保計畫網絡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，而此狀況必須立即醫治，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狀況)；(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會員的承保生效日期起 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。	<ul style="list-style-type: none"> • 健保計畫記錄該醫療服務提供者與網絡終止合約的信函。 以及 <ul style="list-style-type: none"> • 醫療服務提供者記錄計畫參加者病況的信函。
9) 他(她)向 Exchange 證明，他(她)沒有在最近一次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。	<ul style="list-style-type: none"> • 申請人提供的合格事件證明函。 • 計畫續約信函複本。
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。	<ul style="list-style-type: none"> • 現役軍人退役文件。
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有所變更。	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 Medi-Cal 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)喪失懷孕相關的 Medi-Cal 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：個人與家庭計畫標準投保的例外 – 關於語言協助的問責聲明

第 V 部分說明：當申請人因為無法讀、寫和(或)說本申請表的語言而無法填寫本申請表時，即可使用下列流程。

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。本表格必須與個人與家庭計畫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，請填寫以下部分。

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：_____

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，請填寫以下部分。

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：_____

(接下頁)

第 V 部分：個人與家庭計畫標準投保的例外 – 關於語言協助的問責聲明 (承前)

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：

1. 誰填寫並完成本申請表？ _____
2. 您是否親眼看到申請人在申請表上簽名？ 是 否
3. 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。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，所有回答均真實、完整而正確且申請表將成為 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. 解釋決定的依據；
2. 列出撤銷生效日期；
3. 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；
4. 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
5. 解釋如果您不同意 Health Net 的決定，您享有的權利以及向 Health Net 和 (或) Department of Managed Health Care 尋求解決的選項；
6. 附上要求審查權利表。從取消、撤銷或不續約通知日期起，您有 180 天的時間可向 Health Net 和 (或) Department of Managed Health Care 提交要求權利表。

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、品質改善以及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：

本登記表和本仲裁條款均須由申請人簽名。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，再將支票郵寄至：Health Net Individual & Family Enrollment, PO Box 894702, Los Angeles, CA 90189-4702。

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。

Health Net 遵守相關的聯邦民權法律規定，不會因為種族、膚色、原始國籍、年齡、殘疾或性別而歧視任何人。
Health Net 不會因為種族、膚色、原始國籍、年齡、殘疾或性別而排除任何人或給予差別待遇。

Health Net :

- 為殘疾人士提供免費協助和服務，例如合格手語翻譯員和其他形式的書面資訊(大字體、無障礙電子格式、其他形式)，以便與我們有效地溝通。
- 為主要語言不是英文的民眾提供免費語言服務，例如合格口譯員和其他語言版本的書面資訊。

如果您需要相關服務，請聯絡 Health Net 的客戶聯絡中心，電話 **1-800-522-0088 (聽障專線：711)**。

如果您認為 Health Net 沒有提供這些服務或因為種族、膚色、原始國籍、年齡、殘疾或性別而有其他方式的歧視，您可撥打以上電話提出申訴並告訴服務人員您需要協助提出申訴；Health Net 的客戶聯絡中心可以幫助您。您也可以通過寫信：Health Net of California, Inc., PO Box 10348, Van Nuys, California 91410-0348，或通過傳真：1-877-831-6019，或上網：healthnet.com 提出申訴。

您也可以向 U.S. Department of Health and Human Services, Office for Civil Rights 提出民權投訴，只要前往 Office for Civil Rights 投訴入口網站 <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf> 或寫信或致電提出投訴，聯絡資訊：U.S. Department of Health and Human Services, 200 Independence Avenue SW, Room 509F, HHH Building, Washington, DC 20201；電話 1-800-368-1019 (聽障專線：1-800-537-7697)。

投訴表可在網站取得，網址 <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>。

州管理機構審查進行中

本頁爲了列印而特別留空

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 employer group applicants please call 1-800-522-0088 (TTY: 711). Individual & Family Plan (IFP) applicants please call 1-877-609-8711 (TTY: 711). For more help: If you are enrolled in a PPO or EPO insurance policy from Health Net Life Insurance Company, call the CA Dept. of Insurance at 1-800-927-4357. If you are enrolled in an HMO or HSP plan from Health Net of California, Inc., call the DMHC Helpline at 1-888-HMO-2219.

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 يرجى من مقدمي طلبات مجموعة أصحاب العمل الاتصال بمركز الاتصال 1-800-522-0088 (TTY: 711). يرجى من مقدمي طلبات خطة الأفراد والعائلة (IFP) الاتصال على الرقم 1-877-609-8711 (TTY: 711). وللحصول على المساعدة: في حال كنت مسجلاً في بوليصة تأمين المنظمة المزودة المفضلة PPO أو المنظمة المزودة الحصرية EPO من Health Net Life Insurance Company، اتصل على قسم التأمين في كاليفورنيا على الرقم 1-800-927-4357. في حال كنت مسجلاً في منظمة المحافظة على الصحة HMO أو خطة التوفير الصحية HSP من شركة Health Net of California, Inc.، اتصل على خط المساعدة في قسم الرعاية الصحية المدارة DMHC على الرقم 1-888-HMO-2219.

Armenian

Անվճար լեզվական ծառայություններ: Դուք կարող եք բանավոր թարգմանիչ ստանալ: Փաստաթղթերը կարող են կարդալ ձեզ համար ձեր լեզվով: Օգնության համար զանգահարեք մեզ ձեր ID քարտի վրա նշված հեռախոսահամարով, իսկ գործատուի իմբի դիմորդներին խնդրում ենք զանգահարել 1-800-522-0088 (TTY: 711) հեռախոսահամարով: Անհատական և Ընտանեկան Օրագրի անդերեն հապավումը՝ (IFP) դիմորդներին խնդրում ենք զանգահարել 1-877-609-8711 (TTY: 711) հեռախոսահամարով: Լրացուցիչ օգնության համար, եթե անդամագրված եք Health Net Life Insurance Company-ի PPO կամ EPO ապահովագրությանը, զանգահարեք Կալիֆորնիայի Ապահովագրության բաժին՝ 1-800-927-4357 հեռախոսահամարով: Եթե անդամագրված եք Health Net of California, Inc.-ի HMO կամ HSP ծրագրին, զանգահարեք DMHC օգնության գիծ՝ 1-888-HMO-2219 հեռախոսահամարով:

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，雇主團體申請人請致電 1-800-522-0088 (TTY: 711)。個人與家庭計畫 (IFP) 申請人請致電 1-877-609-8711 (TTY: 711)。如需進一步協助：如果您透過 Health Net Life Insurance Company 投保 PPO 或 EPO 保單，請致電 1-800-927-4357 與加州保險局聯絡。如果您透過 Health Net of California, Inc. 投保 HMO 或 HSP 計畫，請致電 DMHC 協助專線 1-888-HMO-2219。

Hindi

बिना लागत की भाषा सेवाएँ। आप एक दुभाषिया प्राप्त कर सकते हैं। आपको दस्तावेज अपनी भाषा में पढ़ कर सुनाए जा सकते हैं। मदद के लिए, आपके आईडी कार्ड पर दिए गए सूचीबद्ध नंबर पर हमें कॉल करें, या नियोक्ता समूह आवेदक कृपया 1-800-522-0088 (TTY: 711) संपर्क केंद्र पर कॉल करें। कृपया व्यक्तिगत और पारिवारिक प्लैन (IFP) के आवेदक 1-877-609-8711 (TTY: 711) पर कॉल करें। अधिक मदद के लिए: यदि आप Health Net Life Insurance Company PPO या ईपीओ EPO बीमा पॉलिसी में नामांकित हैं, तो कैलिफोर्निया बीमा विभाग को 1-800-927-4357 पर कॉल करें। यदि आप Health Net of California, Inc., एचएमओ HMO या एचएसपी HSP प्लैन में नामांकित हैं, तो डीएमएचसी DMHC हेल्पलाइन के 1-888-HMO-2219 पर कॉल करें।

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 ntawm tus xov tooj nyob ntawm koj daim npav, los yog tias koj yog tus neeg tso npe xav tau kev pab kho mob los ntawm koj txoj hauj-lwm thov hu rau 1-800-522-0088 (TTY: 711). Yog koj yog tus tso npe xav tau kev pab kho mob rau Ib Tug Neeg & Tsev Neeg Individual & Family Plan (IFP) thov hu 1-877-609-8711 (TTY: 711). Xav tau kev pab ntxiv: Yog koj tau tsab ntawv tuav pov hwm PPO los yog EPO los ntawm Health Net Life Insurance Company, hu mus rau CA Dept. of Insurance ntawm 1-800-927-4357. Yog koj tau txoj kev pab kho mob HMO los yog HSP los ntawm Health Net of California, Inc., hu mus rau DMHC tus xov tooj pab Helpline ntawm 1-888-HMO-2219.

Japanese

無料の言語サービス。通訳をご利用いただけます。日本語で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、雇用主を通じた団体保険の申込者の方は、1-800-522-0088、(TTY: 711) までお電話ください。個人および家族向けプラン (IFP) の申込者の方は、1-877-609-8711 (TTY: 711) までお電話ください。さらに援助が必要な場合: Health Net Life Insurance CompanyのPPOまたはEPO保険ポリシーに加入されている方は、カリフォルニア州保険局 1-800-927-4357 まで電話でお問い合わせください。Health Net of California, Inc.のHMO またはHSPに加入されている方は、DMHCヘルプライン 1-888-HMO-2219 まで電話でお問い合わせください。

Khmer

សេវាភាសាដោយឥតគិតថ្លៃ។ អ្នកអាចទទួលបានអ្នកបកប្រែផ្ទាល់មាត់។ អ្នកអាចស្តាប់គេអានឯកសារឱ្យអ្នកនៅក្នុងភាសារបស់អ្នក។ សម្រាប់ជំនួយ សូមទាក់ទងយើងខ្ញុំតាមរយៈលេខទូរសព្ទដែលមាននៅលើកាតសម្គាល់ខ្លួនរបស់អ្នក ឬ បេក្ខជនក្រុមនិយោជក អាចទាក់ទងទៅមជ្ឈមណ្ឌលទំនាក់ទំនងពាណិជ្ជកម្មនៃក្រុមហ៊ុន 1-800-522-0088 (TTY: 711)។ បេក្ខជនផែនការគ្រួសារ និងបេក្ខជនផែនការបុគ្គល សូមទូរសព្ទទៅលេខ 1-877-609-8711 (TTY: 711)។ សម្រាប់ជំនួយបន្ថែម ៖ បើសិនអ្នកបានចុះ ឈ្មោះក្នុងគោលការណ៍ធានារ៉ាប់រង PPO ឬ EPO Health Net Life Insurance Company សូមទាក់ទងទៅនា យកដ្ឋានធានារ៉ាប់រង CA តាមរយៈទូរសព្ទលេខ 1-800-927-4357។ បើសិនអ្នកបានចុះឈ្មោះក្នុងផែនការ HMO ឬ HSP ពីក្រុមហ៊ុន Health Net នៃរដ្ឋកាលីហ្វ័រញ៉ា សូមទាក់ទងលេខទូរសព្ទជំនួយ DMHC ៖ 1-888-HMO-2219។

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 고용주 그룹 신청인의 경우 1-800-522-0088 (TTY: 711) 번으로 전화해 주십시오. Individual & Family Plan (IFP) 신청인의 경우, 1-877-609-8711 (TTY: 711) 번으로 전화해 주십시오. 추가 도움이 필요하시면, Health Net Life Insurance Company의 PPO 또는 EPO 보험에 가입되어 있으시면 캘리포니아 주 보험국에 1-800-927-4357번으로 전화해 주십시오. Health Net of California, Inc.의 HMO 또는 HSP 플랜에 가입되어 있으시면 DMHC 도움라인에 1-888-HMO-2219번으로 전화해 주십시오.

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'doowot nínízingo naaltsoos bee néího'dólzíníígíí bikáa'gi béesh bee hane'í bikáá' áají' hodíílnih éí doodaii' employer groupqjí ninaaltsoos sihtsoozgo éí 1-800-522-0088 (TTY: 711). T'áá hó dóo ha'áichíní bił hak'é'ésti'ígíí [IFP wolyéhígíí] éí koji' hojilnih 1-877-609-8711 (TTY: 711). Shíká anáa'doowot jinízingo: PPO éí doodaii' EPOqjí Health Net Life Insurance Company wolyéhíjí béeso ách'ááqáa naa'nil biniyé hwe'iina' bik'é'ésti'go éí CA Dept. of Insurance bich'í' hojilnih 1-800-927-4357. HMO éí doodaii' HSPqjí Health Net of Californiaqjí béeso ách'ááqáa naa'nil biniyé hats'íis bik'é'ésti'go éí koji' hojilnih DMHC Helpline 1-888-HMO-2219.

Persian (Farsi)

خدمات زبان به طور رایگان. می توانید یک مترجم شفاهی بگیرید. می توانید درخواست کنید که اسناد به زبان شما برایتان قرائت شوند. برای دریافت راهنمایی، با ما به شماره ای که روی کارت شناسایی شما درج شده تماس بگیرید، یا درخواست کنندگان گروه کارفرما لطفاً با مرکز تماس بازرگانی 1-800-522-0088 (TTY: 711) تماس بگیرید. درخواست کنندگان برنامه انفرادی یا خانواده (IFP) لطفاً با شماره 1-877-609-8711 (TTY: 711) تماس بگیرید. برای دریافت راهنمایی بیشتر: اگر در بیمه نامه PPO یا EPO از سوی Health Net Life Insurance Company عضویت دارید، با CA Dept. of Insurance به شماره 1-800-927-4357 تماس بگیرید. اگر در برنامه HMO یا HSP از سوی Health Net of California, Inc. عضویت دارید، با خط راهنمایی تلفنی DMHC به شماره 1-888-HMO-2219 تماس بگیرید.

Punjabi (Punjabi)

ਬਿਨਾਂ ਕਿਸੇ ਲਾਗਤ ਤੋਂ ਭਾਸ਼ਾ ਸੇਵਾਵਾਂ। ਤੁਸੀਂ ਇੱਕ ਦੁਭਾਸ਼ੀਆ 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 ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ 1-800-522-0088 (TTY: 711) 'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ। ਵਿਅਕਤੀਗਤ ਅਤੇ ਪਾਰਿਵਾਰਕ ਪਲੈਨ (IFP) ਦੇ ਆਵੇਦਕ ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ 1-877-609-8711 (TTY: 711) 'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ। ਵਧੇਰੀ ਮਦਦ ਲਈ: ਜੇ Health Net Life Insurance Company ਤੋਂ ਇੱਕ ਪੀਪੀਓ PPO ਜਾਂ ਈਓਪੀ EPO ਬੀਮਾ ਪਾਲਿਸੀ ਵਿੱਚ ਨਾਮਾਂਕਿਤ ਹੋ, ਤਾਂ ਕੈਲੀਫੋਰਨੀਆ ਬੀਮਾ ਵਿਭਾਗ ਨੂੰ 1-800-927-4357 'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ। ਜੇ ਤੁਸੀਂ ਹੈਲਥ ਨੈੱਟ ਆਫ ਕੈਲੀਫੋਰਨੀਆ, ਇੱਕ ਤੋਂ ਇੱਕ ਐਚਐਮਓ HMO ਜਾਂ ਐਚਐਸਪੀ HSP ਪਲੈਨ ਵਿੱਚ ਨਾਮਾਂਕਿਤ ਹੋ ਤਾਂ ਡੀਐਮਐਚਸੀ DMHC ਹੈਲਪਲਾਈਨ ਨੂੰ 1-888-HMO-2219 'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ।

Russian

Бесплатная помощь переводчиков. Вы можете получить помощь устного переводчика. Вам могут прочитать документы в переводе на ваш родной язык. За помощью обращайтесь к нам по телефону, приведенному на вашей идентификационной карточке участника плана. Если вы хотите стать участником группового плана, предоставляемого работодателем, звоните в коммерческий контактный центр компании 1-800-522-0088 (TTY: 711). Если вы хотите стать участником плана для семей и частных лиц (IFP), звоните по телефону 1-877-609-8711 (TTY: 711). Дополнительная помощь: Если вы включены в полис PPO или EPO от страховой компании Health Net Life Insurance Company, звоните в Департамент страхования штата Калифорния CA Dept. of Insurance, телефон 1-800-927-4357. Если вы включены в план HMO или HSP от страховой компании Health Net of California, Inc., звоните по контактной линии Департамента управляемого медицинского обслуживания (DMHC), телефон 1-888-HMO-2219.

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. Los solicitantes del grupo del empleador deben llamar al 1-800-522-0088 (TTY: 711). Los solicitantes de planes individuales y familiares deben llamar al 1-877-609-8711 (TTY: 711). Para obtener más ayuda, haga lo siguiente: Si está inscrito en una póliza de seguro PPO o EPO de Health Net Life Insurance Company, llame al Departamento de Seguros de California, al 1-800-927-4357. Si está inscrito en un plan HMO o HSP de Health Net of California, Inc., llame a la línea de ayuda del Departamento de Atención Médica Administrada, al 1-888-HMO-2219.

Tagalog

Walang Bayad na Mga Serbisyo sa Wika. Makakakuha kayo ng isang interpreter. Makakakuha kayo ng mga dokumento na babasahin sa inyong wika. Para sa tulong, tawagan kami sa nakalistang numero sa inyong ID card, o para sa grupo ng mga aplikante ng employer, mangyaring tawagan ang 1-800-522-0088 (TTY: 711). Para sa mga aplikante ng Plano para sa Indibiduwal at Pamilya Individual & Family Plan, (IFP), mangyaring tawagan ang 1-877-609-8711 (TTY: 711). Para sa higit pang tulong: Kung nakatala kayo sa insurance policy ng PPO o EPO mula sa Health Net Life Insurance Company, tawagan ang CA Dept. of Insurance sa 1-800-927-4357. Kung nakatala kayo sa HMO o HSP na plan mula sa Health Net of California, Inc., tawagan ang Helpline ng DMHC sa 1-888-HMO-2219.

Thai

ไม่มีค่าบริการด้านภาษา คุณสามารถใช้ล่ามได้ คุณสามารถให้อ่านเอกสารให้ฟังเป็นภาษาของคุณได้ สำหรับความช่วยเหลือโทรหาเราตามหมายเลขที่ให้ไว้บนบัตรประจำตัวของคุณ หรือ ผู้สมัครกลุ่มนายจ้าง กรุณาโทรหาศูนย์ติดต่อเชิงพาณิชย์ของ 1-800-522-0088 (TTY: 711) ผู้สมัครแผนบุคคลและครอบครัว Individual & Family Plan (IFP) กรุณาโทร 1-877-609-8711 (TTY: 711) สำหรับความช่วยเหลือเพิ่มเติม หากคุณสมัครทำกรมธรรม์ประกันภัย PPO หรือ EPO กับ Health Net Life Insurance Company โทรหากรมการประกันภัยรัฐแคลิฟอร์เนียได้ที่ 1-800-927-4357 หากคุณสมัครแผน HMO หรือ HSP กับ Health Net of California, Inc. โทรหาสายด่วนความช่วยเหลือของ DMHC ได้ที่ 1-888-HMO-2219.

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 nhận trợ giúp, hãy gọi cho chúng tôi theo số được liệt kê trên thẻ ID của quý vị, hoặc người nộp đơn vào chương trình theo nhóm của chủ sử dụng lao động vui lòng gọi 1-800-522-0088 (TTY: 711). Người nộp đơn thuộc Chương Trình Cá Nhân & Gia Đình viết tắt trong tiếng Anh là (IFP) vui lòng gọi số 1-877-609-8711 (TTY: 711). Để nhận thêm trợ giúp: Nếu quý vị đăng ký hợp đồng bảo hiểm PPO hoặc EPO từ Health Net Life Insurance Company, vui lòng gọi Sở Y Tế CA theo số 1-800-927-4357. Nếu quý vị đăng ký vào chương trình HMO hoặc HSP từ Health Net of California, Inc., vui lòng gọi Đường Dây Trợ Giúp DMHC theo số 1-888-HMO-2219.