



소규모 기업 신청서

그룹 가입 및 변경

의료 및 생명/AD&D 플랜은 Health Net of California, Inc. 및/또는 Health Net Life Insurance Company(합쳐서 “Health Net”이라 함)에서 제공합니다. 소아 치과를 제외한 치과 HMO 플랜은 Dental Benefit Providers of California, Inc.에서 제공 및 운영하며, 소아 치과를 제외한 치과 PPO 및 손해 보험 플랜은 Unimerica Life Insurance Company에서 승인하고 Dental Benefit Administrative Services(합쳐서 “DBP”라 함)에서 운영합니다. 소아 안과를 제외한 안과 플랜은 Fidelity Security Life Insurance Company에서 제공하며 EyeMed Vision Care, LLC (합쳐서 “Fidelity”라 함)에서 서비스를 제공합니다.

소아 치과 HMO는 Health Net of California, Inc. Pediatric 치과 PPO에서 제공하며, 손해 보험 플랜은 Health Net Life Insurance Company에서 제공합니다.

DBP 및 Fidelity 모두 Health Net과 제휴되어 있지 않습니다. 소아 치과 또는 안과를 제외한 치과 및 안과 플랜에 따른 의무 사항은 Health Net의 의무 사항이 아니며 Health Net에서 보장하지도 않습니다.

Health Net에 오신 것을 환영합니다.

간편한 양식 작성 절차:

1. 가입 패키지에 포함되는 자료를 검토하십시오. 고용주가 제공하는 보험의 보장 옵션에 대해 확실히 이해하십시오.
- 2a. 귀하가 본인 및/또는 귀하의 피부양자를 위한 **보장을 거절하는 경우** 섹션 7은 반드시 기재해야 합니다. 다른 섹션에는 가입하지 마십시오.
- 2b. 귀하가 본인 및/또는 귀하의 피부양자를 위한 **보장을 승인하는 경우** 섹션 1, 2, 3, 5 및 8은 반드시 기재해야 합니다.

건강보험개혁법(Affordable Care Act, ACA)에 따라 Health Net은 가입자로서 귀하 본인 및 귀하의 보장된 피부양자를 위한 건강 관리 보장 확인서를 IRS에 제공해야 합니다. IRS는 본 정보를 이용해 각 가입자가 최소 필수 보장을 가지고 있고 ACA의 개인 분담금 조항에 적용되지 않는다는 것을 확인합니다. 귀하 본인 및 가입하려는 각 피부양자의 사회보장번호(SSN)가 정확한지 확인하십시오. 개인 분담금 조항에 대해 더 많은 정보가 필요하신 경우 <http://www.irs.gov/uac/Questions-and-Answers-on-the-Individual-Shared-Responsibility-Provision>를 방문하십시오.

3. WholeCare HMO, SmartCare HMO, Salud HMO y Más, PureCare HSP 또는 Dental HMO (DHMO) 플랜에 가입하기로 선택한 경우, 귀하는 본인의 참여 의사 그룹(PPG), 일차 진료 의사(PCP) 또는 치과 서비스 제공자를 선택해야 합니다. Health Net의 온라인 ProviderSearch(서비스 제공자 찾기) 도구에 나타난 대로 해당 이름 및 번호를 반드시 기입하십시오.

주: PPG, PCP 및/또는 치과 서비스 제공자를 선택하지 않은 경우 귀하를 대신해 선택해드립니다.

4. PPO 또는 EPO 보험 플랜에 가입하기로 선택한 경우 귀하는 가입을 위해 PPG 또는 PCP를 선택할 필요가 없습니다.
5. 작성 완료한 신청서를 귀하의 기록을 위해 복사해두십시오. 수정이 필요할 경우 줄을 긋고 이름의 첫 글자(이니셜)를 쓰십시오. 수정용 제품을 사용하지 마십시오.

행정 전용란:

기존 비즈니스/그룹
 PO Box 9103
 Van Nuys, CA 91409-9103
 www.healthnet.com

신규 비즈니스/그룹
 작성한 모든 서류를 귀하의
 지정된 계정 담당자 또는
 브로커에서 보내주십시오.

이 페이지는 여백으로 남겨두십시오.



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

중요사항: 모든 섹션을 검정색 잉크로 정자체로 작성하십시오. 귀하는 플랜을 선택하기 전 보험 혜택 요약서 (Benefits and Coverage, SBC)를 볼 권리가 있습니다. 선택하신 플랜의 SBC가 없는 경우, 고용주에게 문의하십시오.

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

전체 HMO 네트워크 ¹		SmartCare HMO 네트워크 ²	
Platinum <input type="checkbox"/> \$10 <input type="checkbox"/> \$20	Gold <input type="checkbox"/> \$30 <input type="checkbox"/> \$40 <input type="checkbox"/> \$50	Platinum <input type="checkbox"/> \$10 <input type="checkbox"/> \$20	Gold <input type="checkbox"/> \$30 <input type="checkbox"/> \$40 <input type="checkbox"/> \$50
WholeCare HMO ¹		Salud HMO y Más 네트워크 ³	
Platinum <input type="checkbox"/> \$10 <input type="checkbox"/> \$20	Gold <input type="checkbox"/> \$30 <input type="checkbox"/> \$40 <input type="checkbox"/> \$50	Platinum <input type="checkbox"/> \$10 <input type="checkbox"/> \$20	Gold <input type="checkbox"/> \$30 <input type="checkbox"/> \$40 <input type="checkbox"/> \$50
CommunityCare HMO 네트워크 ⁴			
Gold <input type="checkbox"/> \$5		Silver <input type="checkbox"/> \$20	
PureCare One EPO ¹		PureCare HSP ¹	
<input type="checkbox"/> Gold 80 EPO 1300/20 + 소아 치과 Alt <input type="checkbox"/> Silver 70 EPO 2000/20 + 소아 치과 Alt		<input type="checkbox"/> Health Net Platinum 90 HSP 0/15 <input type="checkbox"/> Health Net Silver 70 HSP 2000/45 <input type="checkbox"/> Health Net Gold 80 HSP 0/30 <input type="checkbox"/> Health Net Bronze 60 HSP 6300/75	
PPO			
<input type="checkbox"/> Platinum 90 PPO 0/15 + 소아 치과 <input type="checkbox"/> Silver 70 PPO 2000/45 + 소아 치과 <input type="checkbox"/> Bronze 60 PPO 6300/75 + 소아 치과		<input type="checkbox"/> Gold 80 PPO 0/30 + 소아 치과 <input type="checkbox"/> PPO Gold Value <input type="checkbox"/> PPO Silver Value <input type="checkbox"/> PPO Bronze HSA	
기타 플랜(들):			

치과(DHMO)	치과(DPPO)	안과(PPO)
<input type="checkbox"/> HN Plus 150 <input type="checkbox"/> HN Plus 225	<input type="checkbox"/> Classic 5 1500(w/ortho) <input type="checkbox"/> Essential 2 1000 <input type="checkbox"/> Essential 6 1500 <input type="checkbox"/> Classic 4 1500 <input type="checkbox"/> Essential 5 1500(w/ortho)	<input type="checkbox"/> Preferred 1025-2 <input type="checkbox"/> Preferred 1025-3 <input type="checkbox"/> Preferred Value 10-2

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 고용 <input type="checkbox"/> 연례 가입기간 특별 가입기간 적격 이벤트 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 효력 발생일: ____/____/____ 적격 이벤트: _____ 적격 이벤트 날짜: ____/____/____
--	--	---

3. 직원 개인 정보

성:	이름:	중간 이름(이니셜):	<input type="checkbox"/> 남성 <input type="checkbox"/> 여성
거주 주소:	도시:	주:	우편번호:
생년월일 (월/일/년):	사회보장번호/Matricular ID 번호(모든 신청자 필수):		직위:
전화번호 #: ()	직장 전화번호 #: ()	이메일 주소:	
고용 날짜: / /	부서 #:	결혼 상태: <input type="checkbox"/> 미혼 <input type="checkbox"/> 결혼 <input type="checkbox"/> 동거	
가능한 경우, 본인은 안내문 및 플랜 정보를 스페인어로 받고 싶습니다: <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오			
참여 의사 그룹:		일차 진료의:	
PPG/PCP 가입 ID 번호(4자리 PPG 및 6자리 PCP 번호):		귀하의 현재 PCP입니까? <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오	
치과 HMO 서비스 제공자 이름:		치과 HMO 서비스 제공자 ID 번호:	

직원 이름: _____

사회보장번호 마지막 4자리: _____

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 표시해주십시오		도시:	주: 우편번호:
생년월일 (월/일/년):		사회보장번호/Matricular ID 번호 (모든 신청자 필수):	
참여 의사 그룹:		일차 진료의:	
PPG/PCP 가입 ID 번호(4자리 PPG 및 6자리 PCP 번호):		귀하의 현재 PCP입니까? <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오	
치과 HMO 서비스 제공자 이름:		치과 HMO 서비스 제공자 ID 번호:	

<input type="checkbox"/> 아들 <input type="checkbox"/> 딸	성:	이름:	중간 이름(이니셜):
거주 주소: <input type="checkbox"/> 계약자와 동일한 경우 여기에 표시해주십시오		도시:	주: 우편번호:
생년월일 (월/일/년):		사회보장번호/Matricular ID 번호(모든 신청자 필수):	
참여 의사 그룹:		일차 진료의:	
PPG/PCP 가입 ID 번호(4자리 PPG 및 6자리 PCP 번호):		귀하의 현재 PCP입니까? <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오	
치과 HMO 서비스 제공자 이름:		치과 HMO 서비스 제공자 ID 번호:	

<input type="checkbox"/> 아들 <input type="checkbox"/> 딸	성:	이름:	중간 이름(이니셜):
거주 주소: <input type="checkbox"/> 계약자와 동일한 경우 여기에 표시해주십시오		도시:	주: 우편번호:
생년월일 (월/일/년):		사회보장번호/Matricular ID 번호(모든 신청자 필수):	
참여 의사 그룹:		일차 진료의:	
PPG/PCP 가입 ID 번호(4자리 PPG 및 6자리 PCP 번호):		귀하의 현재 PCP입니까? <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오	
치과 HMO 서비스 제공자 이름:		치과 HMO 서비스 제공자 ID 번호:	

<input type="checkbox"/> 아들 <input type="checkbox"/> 딸	성:	이름:	중간 이름(이니셜):
거주 주소: <input type="checkbox"/> 계약자와 동일한 경우 여기에 표시해주십시오		도시:	주: 우편번호:
생년월일 (월/일/년):		사회보장번호/Matricular ID 번호(모든 신청자 필수):	
참여 의사 그룹:		일차 진료의:	
PPG/PCP 가입 ID 번호(4자리 PPG 및 6자리 PCP 번호):		귀하의 현재 PCP입니까? <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오	
치과 HMO 서비스 제공자 이름:		치과 HMO 서비스 제공자 ID 번호:	

5. 귀하 또는 피부양자가 다른 건강보험의 보장을 받고 있습니까?

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

<input type="checkbox"/> 본인	이름:	다른 보험회사 이름:			이전 보장 시작일(월/일/년):	
이전 보장 종료일 (월/일/년):	보장 종료 이유:	그룹 번호/폴리시 ID 번호:	보장 범위 의료: <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오 치과: <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오 안과: <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오	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 보험회사 이름:			이전 보장 시작일(월/일/년):	
이전 보장 종료일 (월/일/년):	보장 종료 이유:	그룹 번호/ 폴리시 ID 번호:	귀하의 피부양자의 기본 보장입니까? <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오	보장 범위 의료: <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오 치과: <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오 안과: <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오	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 보험회사 이름:			이전 보장 시작일(월/일/년):	
이전 보장 종료일 (월/일/년):	보장 종료 이유:	그룹 번호/ 폴리시 ID 번호:	귀하의 피부양자의 기본 보장입니까? <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오	보장 범위 의료: <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오 치과: <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오 안과: <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오	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 보험회사 이름:			이전 보장 시작일(월/일/년):	
이전 보장 종료일 (월/일/년):	보장 종료 이유:	그룹 번호/ 폴리시 ID 번호:	귀하의 피부양자의 기본 보장입니까? <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오	보장 범위 의료: <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오 치과: <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오 안과: <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오	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 보험회사 이름:			이전 보장 시작일(월/일/년):	
이전 보장 종료일 (월/일/년):	보장 종료 이유:	그룹 번호/ 폴리시 ID 번호:	귀하의 피부양자의 기본 보장입니까? <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오	보장 범위 의료: <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오 치과: <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오 안과: <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오	Medicare: <input type="checkbox"/> 파트 A <input type="checkbox"/> 파트 B	Medicare 클레임/ HICN 번호:

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

생명 보험/AD&D 보장: 예 아니오

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

¹Alameda, 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.
²Los Angeles, Orange, Riverside, San Diego, San Bernardino, Santa Clara 및 Santa Cruz 카운티 일부 또는 모든 지역에서 이용 가능.
³Orange 카운티 및 Kern, Los Angeles, Riverside, San Diego, 및 San Bernardino 카운티의 특정 우편번호 지역에서 이용 가능.
⁴Los Angeles 및 Orange 카운티에서 이용 가능.
⁵주: 일반적으로 지난해 (달력 연도) 직원이 20명 이상인 고용주는 연방 COBRA의 대상입니다. 지난해 (달력 연도) 근무일의 최소 50% 동안 2-19명의 직원을 고용한 모든 고용주는 Cal-COBRA의 대상입니다. 귀하에게 어떤 법이 적용되는지에 대해 도움이 필요하시면 법률 전문가와 상담하십시오.
 “플랜 계약”은 Health Net of California, Inc. 및/또는 Dental Benefit Providers of California, Inc. 그룹 서비스 계약 및 보험 적용 확인서(EOC)를 의미합니다. “보험 약관”이란 Health Net Life Insurance Company, Unimerica Life Insurance Company, 및/또는 Fidelity Security Life Insurance Company의 그룹 약관 및 보험 증명서를 말합니다.

직원 이름: _____

사회보장번호 마지막 4자리: _____

7. 보장 거절 (귀하 또는 적격 한 피부양자의 보장을 거절하는 경우 이 섹션을 작성해주시요.)

직원 개인 정보

성:	이름:	중간 이름(이니셜):	사회보장번호/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(예들 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(예들 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(예들 들어 배우자의 고용주) <input type="checkbox"/> 기타: _____	

보장을 거절하는 경우 - 작성을 멈추고 주의 깊게 읽어 보십시오.

본인은 본인 및/또는 본인의 피부양자(들)을 위한 보장을 거절하기로 결정하였습니다. 본인은 본인과 본인의 피부양자들이 다음 연례 가입기간 또는 적격 이벤트까지 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 알고 믿는 한 보장을 거절하는 이유가 위에 표시한 사항과 일치함을 확인합니다.

직원 서명: _____

날짜: _____

(보장을 거절하는 경우에만 서명하십시오. 실수로 서명한 경우, 서명에 줄을 긋고 이름의 첫 글자를 쓰십시오.)

8. 보장 수용 (서명 필수)

캘리포니아 법은 건강보험 회사들이 건강보험 제공의 조건으로 HIV 검사를 요청하거나 이용할 수 없도록 금지하고 있습니다. 확인 및 동의: 본인은 Health Net, DBP 및/또는 Fidelity의 서비스에 가입 또는 서비스를 수락함으로써 본인 및 가입된 피부양자가 플랜 계약 또는 보험약관의 조건 및 규정을 이해하고 준수할 책임이 있다는 것을 이해하고 동의합니다. 본인은 신청서 조건을 읽고 이해했으며, 신청서에 작성한 정보가 본인이 아는 한 온전하고 사실이며 정확하고, 이러한 조건을 수락하기에 아래와 같이 서명합니다.

구속력 있는 중재 합의: 본인, 즉 신청자는, 본인과 Health Net 사이의 모든 분쟁(모든 가족 구성원 또는 상속인이나 대리인 포함)을 배심원 또는 법정 대신 최종적이며 구속력 있는 중재를 통해 해결해야 한다는 것을 이해하고 이에 동의합니다. 본 중재에 대한 합의는 보험 적용 확인서(Evidence of Coverage) 또는 보험 증명서(Certificate of Insurance)와 관련된 모든 분쟁 또는 본인의 Health Net 가입자 자격 또는 모든 법률에 규정된 보장에 적용됩니다. 본 분쟁에 대한 중재 합의는 건강 관리 제공자 또는 건강 관리 제공자 에이전트나 직원과 같은 제삼자가 분쟁에 관계된 경우에도 적용됩니다. 본인은 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 의료 사고(제공된 의료 서비스가 불필요하거나 승인받지 못했거나 적절하지 않았거나 부주의하게 또는 불완전하게 제공되었는지 여부)에 대한 분쟁도 최종적이며 구속력 있는 중재의 적용을 받는다는 것을 이해하고 있습니다. 본인은 중재에 대한 자세한 규정이 보험 적용 확인서(Evidence of Coverage) 또는 보험 증명서(Certificate of Insurance)에 포함되어 있다는 것을 이해하고 있습니다. 고용주의 플랜이 ERISA, 29 U.S.C. § § 1001-1461에 의한 경우, 의무 중재는 특정 분쟁에는 적용되지 않을 수 있습니다. 아래 본인의 서명은 본인이 본 구속력 있는 중재 합의의 조건을 이해하고 그에 동의하며 재판소 대신 구속력 있는 중재에 분쟁을 제출할 것에 동의함을 의미합니다.

직원 서명: _____

날짜: _____

(보장을 수락하는 경우에만 서명하십시오. 실수로 서명한 경우, 서명에 줄을 긋고 이름의 첫 글자(이니셜)를 쓰십시오.)

양식을 작성하는 데 도움이 필요하거나 보험 보장에 대해 문의사항이 있는 경우 아래 무료전화 번호로 Health Net 고객 서비스 센터로 문의해주시시오.

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 보험 보장에 대한 문의사항은 다음 전화번호로 문의하십시오.

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

귀하의 PPG 또는 PCP에 대한 문의사항은 PPG에 직접, 또는 Health Net 서비스 제공자 전화번호 1-800-641-7761번으로 문의하십시오.

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

응급 및 긴급 치료 서비스:

- 생명이 위독하거나 응급상황인 경우: 911에 전화하거나 가장 가까운 병원으로 가십시오.
- 상태가 심각하지 않은 경우: 일차 진료 의사 또는 의사 그룹에 전화할 수 없거나 바로 진료가 필요한 경우, 가까운 병원 또는 긴급 의료 센터로 가십시오.
- 귀하의 의사 그룹 서비스 지역을 벗어난 경우: 가장 가까운 병원 또는 의료 센터로 가거나 911에 전화하십시오. 어떤 경우에도 일차 진료 의사 또는 참여 의사 그룹에 귀하의 상태를 알리기 위해 가능한 빨리 연락하십시오.
- 입원 후 48시간 이내 또는 가능한 한 빠른 시간 내에 귀하의 ID 카드에 있는 전화번호로 전화하십시오.

사전 승인:

귀하는 가입자로서 일부 서비스에 대해 승인을 받아야 할 의무가 있습니다. 플랜 증명서에서 승인을 받아야 하는 서비스 목록을 확인하십시오.

사전 승인은 1-800-977-7282번으로 전화하십시오

장애 상태:

귀하 또는 귀하의 가족이 이전 건강보험이 있는 상태에서 보장이 종료되는 날 장애가 되었으며 고용주 보험 약관의 종료로 인해 보장이 상실된 경우, 캘리포니아 보험 규정 섹션 10128(California Insurance Code section 10128)에 따라 건강보험 혜택 연장을 받을 수도 있습니다. 이 법에 따라 이전 보험자는 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/회사:

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

Health Net Life Insurance Company에서 제공하는 상품: PureCare One EPO 네트워크, PPO, Life 및 AD&D 보험.

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

Unimerica Life Insurance Company에서 제공하는 상품: 치과 PPO 및 치과 손해 보험.

Fidelity Security Life Insurance Company에서 EyeMed Vision Care, LLC의 서비스를 통해 제공하는 상품: PPO 안과.

보장 거절:

다른 건강보험에서 보장을 받아서 본인 또는 적격한 피부양자의 보장을 거절하였으나 다른 건강보험의 보장을 상실한 경우, 또는 결혼, 출산, 입양 등으로 새로운 피부양자가 생긴 경우, 귀하와 피부양자는 특별 가입을 신청할 권리가 있을 수 있습니다. 특별 가입은 해당 보장 상실 또는 새로운 피부양자가 생긴 지 60일 이내에 신청해야 합니다.

Health Net은 적용되는 연방 인권법을 준수하고 인종, 피부색, 출신 국가, 연령, 장애 또는 성별에 따라 차별하지 않습니다. Health Net은 인종, 피부색, 출신 국가, 연령, 장애 또는 성별 때문에 고객을 배제하거나 다르게 대우하지 않습니다.

Health Net은

- 장애가 있으신 분들이 저희와 원활한 의사소통을 하실 수 있도록 적격의 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 적격의 통역사 및 기타 언어로 작성된 정보 등 무료 언어 서비스를 제공합니다.

이러한 서비스가 필요하신 경우 **1-800-522-0088(TTY: 711)**번을 이용해 Health Net 고객 문의 센터로 전화하십시오.

Health Net이 이러한 서비스를 제공하지 못했거나 어떠한 방식으로든 인종, 피부색, 출신 국가, 연령, 장애 또는 성별을 근거로 차별을 한 경우, 귀하는 상기의 전화번호로 전화해 불만사항 제기에 도움이 필요하다고 말씀하시면 불만사항을 제기할 수 있습니다. Health Net의 고객 문의 센터가 귀하께 도움을 드릴 것입니다. 귀하는 또한 우편으로 불만사항을 제기하실 수 있습니다. Health Net, PO Box 10348, Van Nuys, California 91410-0348, 팩스: 1-877-831-6019, 또는 온라인: healthnet.com.

귀하는 또한 <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>에서 이용 가능한 인권 사무소 불만사항 포털(Office for Civil Rights Complaint Portal)을 통해 온라인으로 또는 다음의 우편 또는 전화번호를 이용해 미국 보건 후생부(Department of Health and Human Services), 인권 사무소에 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).

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

주 규정 검토 미결

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 խմբի դիմորդներին խնդրում ենք զանգահարել 1-800-522-0088 (TTY: 711) հեռախոսահամարով: Անհատական և Շնտանկան Օրագրի անգլերեն 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

សេវាកម្មសេរីដោយឥតគិតថ្លៃ។ 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 hólǫ́. T'áá hó hazaad k'ehjí naaltsoos hach'í' wóltah. Shíká a'doowot nínizingo naaltsoos bee néího'dólinzínígíí bikáa'gi béesh bee hane'í bikáá' áají' hodíilnih éí doodaii' employer groupqjí ninaaltsoos sihtsoozgo éí 1-800-522-0088 (TTY: 711). T'áá hó dóó ha'áichíní bił hak'é'ésti'ígíí [IFP wolyéhígíí] éí kojí' 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 kojí' 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.

Panjabi (Punjabi)

ਬਿਨਾਂ ਕਿਸੇ ਲਾਗਤ ਤੋਂ ਭਾਸ਼ਾ ਸੇਵਾਵਾਂ। ਤੁਸੀਂ ਇੱਕ ਦੁਭਾਸ਼ਿਤ 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 ਈਓਏ EPO ਬੀਮਾ ਪਾਲਿਸੀ ਵਿੱਚ ਨਾਮਾਂਕਿਤ ਹੋ, ਤਾਂ ਕੈਲੀਫੋਰਨੀਆਂ ਬੀਮਾ ਵਿਭਾਗ ਨੂੰ 1-800-927-4357 'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ। ਜੇ ਤੁਸੀਂ ਹੈਲਥ ਨੈੱਟ ਆਫ ਕੈਲੀਫੋਰਨੀਆਂ, 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 inyo 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 สำหรับความช่วยเหลือ โทรหาเราตามหมายเลขที่ให้ไว้บนบัตรประจำตัวของคุณ 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.