

個人投保 申請表

如果您需要其他語言或形式 (點字) 的資訊，請聯絡 Health Net。

若要投保 Health Net，請提供下列資訊：

請勾選您想要投保的計畫：

Health Net Healthy Heart (HMO) (包括處方藥承保)

- | | |
|--|----------|
| <input type="checkbox"/> Alameda, Stanislaus | 每月 \$163 |
| <input type="checkbox"/> Fresno | 每月 \$0 |
| <input type="checkbox"/> Los Angeles, Orange | 每月 \$20 |
| <input type="checkbox"/> Placer, Sacramento | 每月 \$167 |
| <input type="checkbox"/> Riverside, San Bernardino | 每月 \$30 |
| <input type="checkbox"/> San Diego | 每月 \$0 |
| <input type="checkbox"/> San Francisco | 每月 \$127 |
| <input type="checkbox"/> Yolo | 每月 \$107 |

Health Net Gold Select (HMO) (包括處方藥承保)

- | | |
|--|--------|
| <input type="checkbox"/> Los Angeles, Orange | 每月 \$0 |
| <input type="checkbox"/> Riverside, San Bernardino | 每月 \$0 |

Health Net Seniority Plus Green (HMO) (不包括處方藥承保)

- | | |
|--|----------|
| <input type="checkbox"/> Alameda, Placer, Sacramento, Sonoma, Stanislaus | 每月 \$139 |
| <input type="checkbox"/> Los Angeles, Riverside, San Bernardino | 每月 \$0 |

Health Net Seniority Plus Ruby (HMO) (包括處方藥承保)

- | | |
|--------------------------------------|----------|
| <input type="checkbox"/> Kern | 每月 \$0 |
| <input type="checkbox"/> Santa Clara | 每月 \$221 |
| <input type="checkbox"/> Sonoma | 每月 \$200 |

Health Net Ruby Select (HMO) (包括處方藥承保)

- | | |
|---|--------|
| <input type="checkbox"/> Placer, Sacramento | 每月 \$0 |
| <input type="checkbox"/> San Francisco | 每月 \$0 |
| <input type="checkbox"/> Yolo | 每月 \$0 |

Health Net Seniority Plus Sapphire (HMO) (包括處方藥承保)

- | | |
|--|---------|
| <input type="checkbox"/> Los Angeles, Orange, San Diego | 每月 \$31 |
| <input type="checkbox"/> Kern, Riverside, San Bernardino | 每月 \$31 |

Health Net Seniority Plus Sapphire Premier (HMO) (包括處方藥承保)

- | | |
|--|---------|
| <input type="checkbox"/> Fresno, Los Angeles, Orange, San Diego, San Francisco | 每月 \$31 |
|--|---------|

Health Net Jade (HMO SNP)¹ (心血管疾病、慢性心臟衰竭 (CHF)、糖尿病) (包括處方藥承保)

- | | |
|--|--------|
| <input type="checkbox"/> Kern, Los Angeles, Orange | 每月 \$0 |
|--|--------|

若要投保 Health Net，請提供下列資訊 (繼續)：

Health Net Seniority Plus Amber I (HMO SNP)¹ (所有投保 Medicare 和 Medi-Cal 的雙重資格受益人) (包括處方藥承保)

Kern, Los Angeles, Orange, Riverside, San Bernardino 每月 \$31*

Health Net Seniority Plus Amber II (HMO SNP)¹ (投保 Medicare 和 Medi-Cal 的完整雙重資格受益人) (包括處方藥承保)

Fresno, Los Angeles, Orange, San Diego, San Francisco 每月 \$31*

Kern, Riverside, San Bernardino, Tulare 每月 \$31*

Health Net Seniority Plus Amber II Premier (HMO SNP)¹ (投保 Medicare 和 Medi-Cal 的完整雙重資格受益人) (包括處方藥承保)

Fresno 每月 \$31*

*實際保費將依據低收入補助狀況決定

¹您必須符合特定的投保標準才能投保此計畫。

Health Net Violet (PPO) (包括處方藥承保)

San Francisco 每月 \$0

Yolo 每月 \$26

如果您願意繳納額外的月保費以投保自選附加福利 (Optional Supplemental Benefits)，請您勾選適用項目：

自選附加組合 1：每月 \$22 自選附加組合 6：每月 \$27

自選附加組合 2：每月 \$32 自選附加組合 8：每月 \$18

自選附加組合 4：每月 \$27 自選附加組合 9：每月 \$12

每月計畫保費金額 (包括自選附加組合保費)

\$ _____ 請求開始生效日期：__ / __ / ____

姓氏： _____ 名字： _____ 中間名首字母： _____ 先生 太太 女士

出生日期： (____/____/____) (月/日/年)	性別： <input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性	住家電話號碼： (____)____-____	其他電話號碼： (____)____-____
--------------------------------------	---	----------------------------	----------------------------

永久居所地址 (不可填郵政信箱)：

城市：	縣：	州：	郵遞區號：
-----	----	----	-------

郵寄地址 (如與您的永久居所地址不同時請填寫)：

地址： _____ 城市： _____ 州： _____ 郵遞區號： _____

緊急聯絡人： _____

電話號碼： _____ 與您的關係： _____

電子郵件地址： _____

請提供您的 Medicare 保險資訊

填寫本部分時請拿出您的 Medicare 會員卡。

- 請根據您的紅、白、藍 Medicare 會員卡在空白處填入資料。

- 或是 -

- 請附上您的 Medicare 會員卡或是社會安全局或鐵路職工退休管理局來函的影本。

您必須擁有 Medicare A 部分和 B 部分才能加入 Medicare Advantage 計畫。



樣本僅供參考

姓名：_____

Medicare 索賠編號 _____ 性別 _____

有權使用 _____ 生效日期 _____

住院 (A 部分)

醫療 (B 部分)

繳納您的計畫保費

如果我們判定您積欠延遲投保罰款 (或是如果您目前有延遲投保罰款待繳)，我們需要知道您希望採用的繳款方式。您可以每月透過郵寄或電子轉帳 (EFT) 的方式繳納。您也可以選擇每月從您的社會安全局或鐵路職工退休管理局 (RRB) 福利支票自動扣款來繳納保費。如果您被徵收 D 部分的按收入調整月費 (Income related Monthly Adjustment Amount) 的費用，社會安全局將會通知您。除了您保險計畫的保費以外，您還需要繳納這筆額外的費用。您可以選擇從社會安全福利支票扣除這筆金額，或是由 Medicare 或鐵路職工退休管理局直接寄送帳單給您。請勿向 Health Net 繳納 D 部分的按收入調整月費 (IRMAA) 的費用。

您可以每月透過郵寄或電子轉帳 (EFT) 的方式來繳納月保費 (包括任何待繳或積欠的延遲投保罰款)。您也可以選擇每月從您的社會安全局或鐵路職工退休管理局 (RRB) 福利支票自動扣款來繳納保費。

如果您被徵收 D 部分的按收入調整月費的費用，社會安全局將會通知您。除了您保險計畫的保費以外，您還需要繳納這筆額外的費用。您可以選擇從社會安全福利支票扣除這筆金額，或是由 Medicare 或鐵路職工退休管理局直接寄送帳單給您。請勿向 Health Net 繳納 D 部分的按收入調整月費 (IRMAA) 的費用。

低收入的民眾可能有資格獲得額外協助，以支付其處方藥費用。如果您符合資格，Medicare 有可能給付您 75% 或以上的藥物費用，包括處方藥的月保費、年度自付額和共同保險金。此外，符合資格的人士將不會有承保缺口或延遲投保罰款。有許多人符合這些資格，但卻完全一無所知。如需更多有關額外協助的資訊，請與您當地的社會安全局辦公室聯絡，或致電 1-800-772-1213 聯絡社會安全局。聽障專線使用者請致電 1-800-325-0778。您也可以上網申請額外協助，網址為 www.socialsecurity.gov/prescriptionhelp。

如果您有資格獲得額外協助，支付您 Medicare 處方藥的承保費用，那麼 Medicare 會給付您全部或部分的計畫保費。如果 Medicare 僅給付保費的一部分，那麼我們將向您收取 Medicare 未給付的部分。

如果您沒有選擇繳費方式，您將會每月收到帳單。

請選擇一種繳納保費的方式：

收到帳單

每月從您的銀行帳戶進行電子轉帳 (EFT)。請附上一張作廢的支票，或是提供以下資訊：

帳戶持有人姓名：_____

銀行匯款路徑號碼 (Bank routing number)：_____ 銀行帳號：_____

帳戶類型： 支票帳戶 儲蓄帳戶

從您每月的社會安全局和鐵路職工退休管理局 (RFB) 福利支票自動扣款。(社會安全局/鐵路職工退休管理局核准自動扣繳後，可能需要兩個月或更久的時間才會開始進行扣繳。大多數情況下，如果社會安全局或鐵路職工退休管理局接受您自動扣款的要求，那麼第一次從您的社會安全或鐵路職工退休管理局福利支票扣款時，會包括從您投保生效日期起，直到扣繳開始為止這段期間所有的應繳保費。) 如果社會安全局或鐵路職工退休管理局沒有核准您自動扣款的要求，我們會每月寄給您保費的帳單。)

請閱讀並回答這些重要問題：

1. 您是否患有末期腎臟病 (ESRD)? 是 否
如果您的腎臟移植手術成功，並且/或者不再需要定期洗腎，請附上一份醫師開立的證明或記錄，證明您的腎臟移植成功，或者您不需要洗腎，否則我們可能需要與您聯絡以取得更多的資訊。

2. 有些人可能會有其他藥物承保，包括其他私人保險、三軍醫療照護改革計畫 (TRICARE)、聯邦雇員健康福利承保、退伍軍人福利或州政府藥品輔助方案。
除了Health Net 之外，您是否還會有其他處方藥承保？ 是 否
如果答案為「是」，請列出您的其他承保和您在該承保的會員號碼：
其他承保名稱： _____ 此承保的會員號碼： _____ 此承保的團體號碼： _____

3. 您是否居住在如療養院等長期照護機構？ 是 否
如果答案為「是」，請提供以下資訊：
機構名稱： _____
機構地址和電話號碼 (門牌號碼和街名)： _____

4. 您是否有投保您的州政府醫療補助 (Medicaid) 方案？ 是 否
如果答案為「是」，請提供您的Medicaid 號碼： _____

5. 您或您的配偶是否工作？ 是 否

6. 您是否有心血管疾病、慢性心臟衰竭 (CHF) 和 (或) 糖尿病？ 是 否

請選擇主治醫師 (PCP)、診所或是健康中心的名稱： _____

如果您希望我們提供給您的資訊是以英文以外的語言或其他形式呈現，請勾選以下其中一個方框：

西班牙文 中文 大字體印刷

如果您需要的語言或形式沒有在此列出，請致電 1-800-977-6738 與 Health Net 聯絡。聽障專線：711。從 10 月 1 日起至 2 月 14 日止，我們每週 7 天，每天上午 8 點至晚上 8 點提供服務，特定假日除外。但是在 2 月 14 日之後，您在週末及特定假期期間的來電將由本公司的自動電話系統處理。



請閱讀此部分重要資訊

如果您目前擁有雇主或工會提供的健康承保，加入 Health Net 可能會影響到您的雇主或工會健康福利。如果您加入 Health Net，您有可能會喪失您的雇主或工會健康承保。請閱讀您的雇主或工會寄給您的通訊文件。如果您有疑問，請到他們的網站查詢，或與通訊文件上所列的辦事處聯絡。如果沒有任何聯絡人資訊，那麼您的福利管理者或負責回答有關您承保問題的辦事處可以協助您。

請閱讀並於下方簽名

填寫完本投保申請表即表示本人同意下列事項：

Health Net 是一項 Medicare Advantage 計畫，與聯邦政府簽有合約。本人需保留本人 Medicare 的 A 部分和 B 部分。本人一次只能加入一個 Medicare Advantage 計畫，而且本人瞭解，投保此計畫會自動終止本人在其他 Medicare 健康計畫或處方藥計畫的投保。本人有責任通知貴公司本人目前擁有或未來可能會取得的任何處方藥承保。本人瞭解，如果本人沒有 Medicare 處方藥承保或 (和 Medicare 一樣好的) 可替代處方藥承保，本人未來投保 Medicare 處方藥承保時可能必須繳納延遲投保罰款。通常本計畫每次投保的年期為一年。投保之後，本人僅能在一年中某些可以投保的特定時期 (例如：每年的 10 月 15 日至 12 月 7 日) 或是某些特殊的情況下，才能退保或進行變更。

Health Net 在特定服務區域提供服務。如果本人搬離 Health Net 的服務區域，本人必須通知計畫服務中心才能退保並在新區域找尋新的計畫。本人成為 Health Net 的會員後，如果對於計畫有關給付或服務的決定有異議，本人有權提出上訴。本人收到 Health Net 提供的承保範圍證明文件後將會閱讀其中內容，瞭解本人須遵守哪些規定才能獲得此 Medicare Advantage 計畫的承保。本人瞭解，Medicare 的保戶在美國境外時通常不在 Medicare 的承保範圍，只有在美國邊境附近時才有可能取得有限度的承保。

本人瞭解，從 Health Net 開始承保當天起，本人所有的健康照護均必須自 Health Net 取得，唯有需要急診或緊急需求服務或區域外洗腎服務時則不在此限。經 Health Net 授權的服務，以及我的 Health Net 承保範圍證明文件 (亦稱為會員合約或投保人協議書) 中包括的其他服務，都屬於承保範圍。如未取得授權，**MEDICARE 和 HEALTH NET 都不會給付相關的服務費用**。本人瞭解，如果本人得到銷售代理人、經紀人或 Health Net 所雇用或約聘之其他人員的協助，這些人可能會因為我投保 Health Net 而獲得報酬。

資訊公開：加入此 Medicare 健保計畫，即表示本人確認，Health Net 會基於治療、給付和醫療保健運作之所需，而將我的資訊提供給 Medicare 和其他計畫。本人也確認，Health Net 會向 Medicare 公開本人的資訊 (包括處方藥的使用記錄)，而 Medicare 也可以在遵循所有適用的聯邦法律和法規之情況下，基於研究與其他目的而將資訊公開。竭盡本人所知，本投保登記表上所載資訊均正確無誤。本人瞭解，若在本申請表中蓄意提供錯誤資訊，本人將被計畫退保。

本人瞭解，在此申請表上的簽名 (或由依據本人所居住的州法律授權代表本人行使權利的人士簽名)，就表示本人已經閱讀並瞭解本申請表的內容。如果是由授權人代理簽名 (如上所述)，此簽名即證明：1) 此人係依據州政府法律授權完成填寫此投保單，而且
2) 此授權的相關文件可基於要求提供給 Medicare。

簽名：

今天的日期：

如果您是授權的代表，您必須在上方簽名並提供下列資訊：

姓名：_____

地址：_____

電話號碼：(_____) _____-_____ 與投保人的關係 _____

OFFICE USE ONLY:

Name of staff member/agent/broker (if assisted in enrollment): _____

Plan ID #: _____

Effective Date of Coverage: _____

ICEP/IEP: _____ AEP: _____ SEP (type): _____ Not Eligible: _____

Health Net Sales Representative / Authorized Agent

(Individual sales representative/agent who completed the application)

Agent Type (select one): Authorized Agent Health Net Employee

Complete section - or - **place printed label here:**

Sales Rep / Agent Name: _____ **Health Net ID#** _____

Sales Rep / Agent NPN#: _____

Agency / FMO Affiliation: _____ **Health Net ID#** _____

(If applicable)

Agent Phone: (____) _____ - _____ Email: _____

Agency / FMO Phone: (____) _____ - _____

(If applicable)

Sales Representative/Authorized Agent Application Receipt Date: ____ / ____ / _____

(Applications must be received at Health Net within 1 calendar day of this date.)

Application Receipt Location:

Appointment Sales Event Walk-in Other (specify): _____

Provider Information for HMO Plans

PCP Name: _____ PCP ID: _____

PPG Name: _____ PPG ID: _____

Is PCP/PPG selected accepted for the plan chosen? Yes No

Current Patient? Yes No

Physician of Choice Information (POC) for PPO Plans

POC Name: _____ POC PCP ID: _____

POC Address: _____ Effective Date: ____ / ____ / _____

投保期間資格證明

一般而言，您只能在每年 10 月 15 日到 12 月 7 日的年度投保期間投保 Medicare Advantage 計畫。有一些例外情況可允許您在這段期間以外的時間投保 Medicare Advantage 計畫。

請仔細閱讀以下敘述，如果敘述內容符合您的情況，請勾選方框。只要您勾選以下任一方框，即證明盡您所知，您符合投保期間的資格。如果我們之後確定此處資訊有誤，您可能會被退保。

- 我才剛加入 Medicare。
- 我最近剛搬離目前計畫的服務區域，或是我最近剛搬家，而這項計畫對我是一項新選擇。我搬家的日期是 (填入日期) _____。
- 我在美國境外長期居住，最近才搬回國。我回到美國的日期是 (填入日期) _____。
- 我同時擁有 Medicare 和 Medicaid，或是我的州政府協助我支付 Medicare 保費。
- 我得到額外協助來支付我的 Medicare 處方藥承保。
- 我不再有資格取得額外協助來支付我的 Medicare 處方藥。我停止收到額外協助的日期是 (填入日期) _____。
- 我即將搬入、住在或最近剛搬離一個長期照護機構 (如療養院或長期照護機構)。我已經/即將搬入/搬出該照護機構的日期是 (填入日期) _____。
- 我最近在 _____ (填入日期) 退出 PACE 方案。
- 我最近非自願喪失了我的可替代處方藥承保 (其承保範圍和 Medicare 的一樣好)。我喪失處方藥承保的日期是 (填入日期) _____。
- 我即將在 _____ (填入日期) 退出雇主或工會承保。
- 我屬於我所在州政府提供的藥房輔助方案。
- 我的計畫即將終止與 Medicare 的合約，或是 Medicare 即將終止與該計畫的合約。
- 我曾經投保特殊需求計畫 (Special Needs Plan, SNP)，但是現在已經喪失投保該計畫必須具備的特殊需求資格。我已經在 _____ (輸入日期) 從 SNP 退保。

如果以上敘述均不符合您的情況，或是您並不確定，請致電 1-800-977-6738 與 Health Net 聯絡 (聽障專線：請撥打 711)，以瞭解您是否符合資格申請 HMO 和 PPO 計畫。從 10 月 1 日起至 2 月 14 日止，我們每週 7 天，每天上午 8 點至晚上 8 點提供服務，特定假日除外。但是在 2 月 14 日之後，您在週末及特定假日期間的來電將由本公司的自動電話系統處理。

Health Net 與 Medicare 簽有合約，提供 HMO、PPO 及 HMO-SNP 協調式照護計畫。Health Net of California, Inc. 和 Health Net Community Solutions, Inc. 與 Medicare 及加州簽有合約，提供 HMO SNP 協調式照護計畫。投保 Health Net Medicare Advantage 計畫需視合約是否續約而定。Health Net of California, Inc.、Health Net Community Solutions, Inc. 和 Health Net Life Insurance Company 是 Health Net, Inc. 的子公司。Health Net 和 Health Net Seniority Plus 是 Health Net, Inc. 的註冊服務標章。保留一切權利。