

Health Net 2018 年個人投保登記表

如果您需要其他語言或形式(盲人點字)的資訊，請與 Health Net 聯絡。

欲投保 Health Net，請提供下列資訊：

請勾選您想投保的計畫。

Health Net Healthy Heart (HMO) (H0562)

- 068 : Alameda 和 Stanislaus 每月 \$157
- 090 : Fresno 每月 \$0
- 100-001 : Los Angeles 和 Orange 每月 \$17
- 084 : Placer 和 Sacramento 每月 \$167
- 100-002 : Riverside 和 San Bernardino 每月 \$17
- 012 : San Diego 每月 \$0
- 009 : San Francisco 每月 \$124
- 039 : Yolo 每月 \$99

Health Net Gold Select (HMO) (H0562)

- 101-001 : Los Angeles 和 Orange 每月 \$0
- 101-002 : Riverside 和 San Bernardino 每月 \$0

Health Net Seniority Plus Green (HMO) (H0562) (不包括處方藥承保)

- 044 : Los Angeles、Riverside 和 San Bernardino 每月 \$0
- 045 : Alameda、Placer、Sacramento、Sonoma 和 Stanislaus 每月 \$139

Health Net Seniority Plus Ruby (HMO) (H0562)

- 079 : Kern 每月 \$0
- 095 : Santa Clara 每月 \$220

Health Net Ruby Select (HMO) (H0562)

- 113 : Alameda 每月 \$69
- 112 : Fresno 每月 \$0
- 097 : San Francisco 每月 \$0
- 103 : Yolo 每月 \$0

Health Net Seniority Plus Sapphire (HMO) (H0562)

- 111-001 : Los Angeles、Orange 和 San Diego 每月 \$35.50*
- 111-002 Kern 每月 \$35.50*
- 111-003 Riverside 和 San Bernardino 每月 \$35.50*

Health Net Seniority Plus Sapphire Premier (HMO) (H3561)

- 002 : Fresno、Los Angeles、Orange、San Diego 和 San Francisco 每月 \$35.50*
- 004 : Riverside 和 San Bernardino 每月 \$35.50*

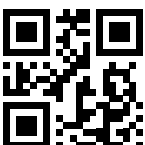
Health Net Jade (HMO SNP)¹ (H0562)

(心血管疾病、慢性心臟衰竭 (CHF)、糖尿病)

- 092 : Kern、Los Angeles 和 Orange 每月 \$0
- 114 : San Diego 每月 \$0

¹您必須符合特定投保標準才能投保本計畫。

*實際保費以低收入補助狀態為依據。



欲投保 Health Net，請提供下列資訊：

請勾選您想投保的計畫。

Health Net Seniority Plus Amber I (HMO SNP)¹
(H0562) (投保 Medicare 和 Medi-Cal 的完整雙重資格受益人)

055：Fresno、Kern、Los Angeles、Orange、Riverside、San Bernardino、San Diego、San Francisco 和 Tulare 每月 \$35.50*

Health Net Seniority Plus Amber II Premier (HMO SNP)¹ (H3561)
(投保 Medicare 和 Medi-Cal 的完整雙重資格受益人)

001：Fresno 每月 \$35.50*

Health Net Seniority Plus Amber II (HMO SNP)¹
(H0562) (投保 Medicare 和 Medi-Cal 的完整雙重資格受益人)

110-001：Fresno、Los Angeles、Orange、San Diego 和 San Francisco 每月 \$35.50*
 110-002：Kern 和 Tulare 每月 \$35.50*
 110-003：Riverside 和 San Bernardino 每月 \$35.50*

月保費另計的自選附加福利：

- 自選附加福利 #1：每月 \$19
- 自選附加福利 #2：每月 \$30
- 自選附加福利 #3：每月 \$13
- 自選附加福利 #4：每月 \$23
- 自選附加福利 #5：每月 \$10
- 自選附加福利 #6：每月 \$23
- 自選附加福利 #7：每月 \$8
- 自選附加福利 #9：每月 \$12
- 自選附加福利 #10：每月 \$18
- 自選附加福利 #11：每月 \$19

計畫月保費金額 (包括自選附加組合保費金額)

\$ **要求的生效日期**

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
M	M	D	D	Y	Y	Y	Y

¹您必須符合特定投保標準才能投保本計畫。
*實際保費以低收入補助狀態為依據。



欲投保 Health Net，請提供下列資訊：

姓氏 名字 中間名首字母 先生
 太太
 女士

出生日期 性別
 男性
 女性

住宅電話號碼 - -
 其他電話號碼 - -
 永久住所街道地址 (不可填郵政信箱)

城市 縣 州 郵遞區號

郵寄地址 (與您的永久住所地址不同時才需填寫)
 街道地址

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**

請提供您的 Medicare 保險資訊

請拿出您的紅、白、藍 Medicare 卡以便填寫此部分。
 • 按您的 Medicare 卡所示資訊填寫。
 - 或 -
 • 請附上您的 Medicare 卡或社會安全局或鐵路職工退休管理局來函的影本。

姓名 (按您的 Medicare 卡所示填寫)

Medicare 編號 - -

有權投保：醫院 (A 部分)
 生效日期
 M M D D Y Y Y Y

醫療 (B 部分)
 M M D D Y Y Y Y

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



繳納您的計畫保費

沒有保費的 Medicare Advantage 處方藥計畫：如果我們判定您欠繳延遲投保罰款 (或如果您目前有延遲投保罰款)，我們需要知道您想以什麼方式繳款。您可以每月透過郵寄方式繳款。您也可以選擇每月從您的社會安全或鐵路職工退休管理局 (RRB) 福利支票自動扣款的方式繳納保費。如果向您徵收 D 部分收入相關月調整金額 (IRMAA)，社會安全局將會通知您。除了計畫保費之外，您還須繳納該筆額外金額。該筆金額會從您的社會安全福利支票代扣，或由 Medicare 或 RRB 直接寄帳單給您。請勿向 Health Net 繳納 D 部分 IRMAA。

全部有保費的計畫：您可按月郵寄繳納您的計畫月保費 (包括您目前有的或可能欠繳的延遲投保罰款)。您也可以選擇每月從您的社會安全或鐵路職工退休管理局 (RRB) 福利支票自動扣款的方式繳納保費。

如果向您徵收 D 部分收入相關月調整金額 (IRMAA)，社會安全局將會通知您。除了計畫保費之外，您還須繳納該筆額外金額。該筆金額會從您的社會安全福利支票代扣，或由 Medicare 或 RRB 直接寄帳單給您。請勿向 Health Net 繳納 D 部分 IRMAA。

收入有限的民眾也許有資格可取得額外協助以支付其處方藥費用。如果符合資格，Medicare 可給付您藥費的 75% 以上，包括處方藥月保費、年度自付額和共同保險。此外，符合資格的民眾不會有承保缺口或延遲投保罰款。許多人都符合資格能節省這些費用，但卻都不曉得。如需更多有關此額外協助的資訊，請聯絡當地社會安全辦公室，或請撥社會安全局電話 1-800-772-1213。聽障專線使用者請撥 1-800-325-0778。您也能上網申請額外協助，網址 www.socialsecurity.gov/prescriptionhelp。

如果您有資格可取得 Medicare 處方藥承保費用的額外協助，Medicare 會支付您的全部或部分計畫保費。如果 Medicare 只支付一部分保費，我們就會把 Medicare 不承保的金額寄帳單給您。

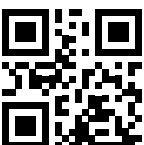
如果您沒有選擇付款選項，就會按月收到帳單。

請選擇一種繳納保費的選項：

收到帳單

從您每月的社會安全或鐵路職工退休管理局 (RRB) 福利支票自動扣款。我每月從以下機構取得福利： 社會安全局 RRB

(社會安全 / RRB 扣款要取得社會安全局或 RRB 核准，所以可能需要兩個月或更久時間才會開始扣款。大多數情況下，如果社會安全局或 RRB 接受您的自動扣款要求，第一次從您的社會安全或 RRB 福利支票扣除的款項會包括從您投保生效日期開始一直到扣款開始為止全部應繳的保費。如果社會安全局或 RRB 不核准您的自動扣款要求，我們便會把月保費的帳單寄給您。)



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

如果您已成功移植腎臟和 (或) 您不再需要定期洗腎，請附上您醫師開立的證明或紀錄，證明您已成功移植腎臟或不需要洗腎，否則我們可能需要與您聯絡取得其他資訊。

2. 有些個人可能會有其他藥品承保，包括其他私人保險、TRICARE、聯邦僱員健康福利承保、退伍軍人福利或州政府藥品輔助計畫。

除了 Health Net 外，您是否將會有其他處方藥承保？

是 否

如為「是」，請寫出您的其他承保和您在該承保的會員編號：

其他承保名稱

該承保的會員編號

該承保的團體編號

3. 您是否居住在療養院等長期照護機構？ 是 否

如為「是」，請提供以下資訊：

療養院名稱

療養院電話號碼

機構地址 (門牌號碼和街名)

4. 您是否投保您的州 Medicaid 方案？ 是 否

如為「是」，請提供您的 Medicaid 編號：

5. 您或您的配偶是否有工作？ 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) 的姓名、診所或健康中心的名稱：

如果您希望我們寄送給您英文以外語言或其他形式的資訊，請勾選以下方框之一：

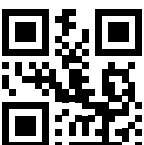
語音 大字體 西班牙文 中文

如果您需要以上所列以外的其他形式或語言版本，請與 Health Net 聯絡，電話 1-800-977-6738。

從 10 月 1 日至 2 月 14 日期間，您每週 7 天，每天上午 8 時至下午 8 時均可撥打我們的電話。

從 2 月 15 日到 9 月 30 日期間，您可於週一至週五，上午 8 時至下午 8 時撥打我們的電話。

非營業時間、週末及國定假日請使用語音系統。聽障專線使用者請撥 711。





請閱讀此重要資訊

如果您目前有僱主或工會提供的健康承保，加入 Health Net 可能會影響到您的僱主或工會健康福利。如果您加入 Health Net，可能會失去僱主或工會健康承保。請閱讀您的僱主或工會給您的通訊文件。如果您有疑問，請瀏覽其網站，或與其通訊文件上所列的辦事處聯絡。如果沒有任何聯絡人的資訊，您的福利管理者或負責回答有關您承保疑問的辦事處可以協助您。

請閱讀下文並簽名

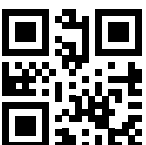
填寫本投保登記表即表示我同意下列事項：

Health Net 是 Medicare Advantage 計畫並與聯邦政府簽有合約。我需要保留 Medicare A 部分和 B 部分。我一次只能有一個 Medicare Advantage 計畫，而且我瞭解，我投保本計畫便會自動終止我在其他 Medicare 健保計畫或處方藥計畫的投保。我有責任要通知貴公司我目前或未來可能會取得的任何處方藥承保。對於沒有處方藥的計畫，我瞭解，如果我沒有 Medicare 處方藥承保或 (和 Medicare 的承保一樣好的) 可替代處方藥承保，我以後投保 Medicare 處方藥承保時可能必須繳納延遲投保罰款。通常全年均可投保本計畫。我一旦投保後，就只能在年度當中的特定投保期間 (例如：每年的 10 月 15 日至 12 月 7 日) 或在特殊情況下才能離開本計畫或進行變更。

Health Net 在特定服務區域提供服務。如果我搬離 Health Net 的服務區域，我必須通知計畫才能退保並在新區域找尋新計畫。我成為 Health Net 的會員後，如果不同意計畫有關給付或服務的決定時，我有權提出上訴。我收到 Health Net 的承保範圍證明文件時會閱讀其中內容，瞭解我必須遵守哪些規則才能取得本 Medicare Advantage 計畫的承保。我瞭解，有 Medicare 的人出國時通常都不屬於 Medicare 的承保範圍，除非是在美國邊境附近的有限承保。

我瞭解，從 Health Net 承保開始當天起，我即須向 Health Net 取得全部的醫療保健，但急診或緊急需求服務或區域外洗腎服務不在此限。若是 PPO 計畫，我瞭解，從 Health Net 承保開始當天起，使用網絡內服務的費用可能比使用網絡外服務的費用低，但急診或緊急需求服務或區域外洗腎服務不在此列。如果是醫療所必需，Health Net 會退還所有承保福利的費用，即使我在網絡外取得服務也是。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) 中包含的其他服務屬於承保範圍。未取得授權時，**MEDICARE 和 HEALTH NET 都不會給付相關服務的費用。**

我瞭解，如果我得到銷售代理人、經紀人或 Health Net 僱用或簽約的其他個人協助，該人員可能會因為我投保 Health Net 而獲得報酬。



資訊公開：我加入本 Medicare 健保計畫即表示確認 Health Net 會基於治療、給付和醫療保健作業所需，向 Medicare 和其他計畫公開我的資訊。我也確認，Health Net 會向 Medicare 公開我的資訊 (包括我的處方藥事件資料)，而 Medicare 可能會基於研究或其他符合所有適用聯邦法令和法規的目的而公開這些資訊。盡我所知，本投保登記表所載資訊內容均準確無誤。我瞭解如我蓄意在本登記表中提供錯誤資訊，我將被取消投保本計畫的資格。

我瞭解，我 (或依據我居住州的法律規定取得授權代表我的人) 在本登記表上簽名，即表示我已經閱讀並瞭解本登記表的內容。如果是由授權人簽名 (如以上說明)，則該簽名即證明 1) 此人已按州法律規定取得授權可填寫本投保登記表，且 2) 可在 Medicare 要求時提供本授權的書面紀錄。

簽名

今天的日期

M M D D Y Y Y Y

如果您是授權代表，您必須在上面簽名並提供下列資訊：

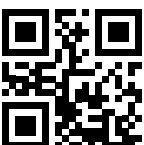
姓名

地址

電話號碼

 - -

和計畫參加者的關係



OFFICE USE ONLY:

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

Plan ID #:

Effective date of coverage:
M M D D Y Y Y Y

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)

This information must match your approved Health Net licensing records.

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.)
M M D D Y Y Y Y

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



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。有例外情況可能允許您在這段期間以外的其他時候投保 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。如果我們之後確定本資訊有誤，您可能被退保。

- 我剛加入聯邦醫療保健計畫。
- 我最近搬離目前計畫的服務區域，或是我最近搬家了，而本計畫是我的新選項。我搬家的日期是：(請填寫日期)。

M	M	D	D
Y	Y	Y	Y

- 我最近才出獄。我出獄的日期是：(請填寫日期)。

M	M	D	D
Y	Y	Y	Y

- 我之前長期住在美國境外，最近才返回美國。我回到美國的日期是：(請填寫日期)。

M	M	D	D
Y	Y	Y	Y

- 我最近取得美國合法居留身分。我取得此身分的日期是：(請填寫日期)。

M	M	D	D
Y	Y	Y	Y

- 我同時有 Medicare 和 Medicaid，或我的州協助我支付 Medicare 保費。

- 我得到額外協助支付我的 Medicare 處方藥承保。

- 我不再符合資格可取得額外協助支付我的 Medicare 處方藥費用。我停止接受額外協助的日期是：(請填寫日期)。

M	M	D	D
Y	Y	Y	Y

- 我正要搬進、住在或最近搬離長期照護機構 (例如，療養院或長期照護機構)。我已經 / 即將搬進 / 搬出該機構的日期是：(請填寫日期)。

M	M	D	D
Y	Y	Y	Y

- 我最近離開 PACE 方案的日期是 (請填寫日期)。

M	M	D	D
Y	Y	Y	Y

- 我最近非自願喪失 (承保和 Medicare 一樣好的) 可替代處方藥承保的日期是 (請填寫日期)我失去藥品承保的日期是：(請填寫日期)。

M	M	D	D
Y	Y	Y	Y

- 我即將離開雇主或工會承保的日期是 (請填寫日期)。

M	M	D	D
Y	Y	Y	Y

- 我屬於我的州提供的藥局輔助計畫。

- 我的計畫即將終止與 Medicare 的合約，或 Medicare 即將終止與我的計畫的合約。

- 我本來投保特殊需求計畫 (SNP)，但已失去投保該計畫必須具備的特殊需求資格。我從 SNP 退保的日期是：(請填寫日期)。

M	M	D	D
Y	Y	Y	Y

如果以上聲明都不適用您的情況或您不確定是否適用，請撥 Health Net 電話 1-800-977-6738 (聽障專線使用者請撥 711) 查明您是否符合投保資格。我們的服務時間為從 10 月 1 日至 2 月 14 日期間，您每週 7 天，每天上午 8 時至下午 8 時均可撥打我們的電話。從 2 月 15 日到 9 月 30 日期間，您可於週一至週五，上午 8 時至下午 8 時撥打我們的電話。非營業時間、週末及國定假日請使用語音系統。



您必須繼續支付 Medicare B 部分保費。不過，若是完整雙重資格受益人，只要您保持 Medicaid 資格，州政府將承保您的 B 部分保費。

Health Net of California, Inc. 和 Health Net Community Solutions, Inc. 與 Medicare 簽約提供 HMO 和 HMO SNP 計畫。投保 Health Net Medicare Advantage 計畫需視合約是否續約而定。

