



# 2018 年自選福利 個人投保登記表

Health Net 提供計畫月保費另計的自選福利。本表格僅限 Health Net 現有會員在現有 Health Net Medicare Advantage 計畫以外加保自選福利組合時使用，或已投保自選福利組合但要轉到其他組合選項時使用。投保之前，請查看本表格所列的計畫組合選項。自選附加福利的保費另計，不包括在計畫月保費和 Medicare B 部分保費中。

### 請以正楷填寫姓名

在 Medicare 卡上的姓名 - 姓氏：	名字：	中間名首字母：	
永久居住地址：	城市：	州：	郵遞區號：
永久居住地址所在縣：	電話號碼： (____) ____-____		
通訊地址：(若與以上地址不同)	城市：	州：	郵遞區號：
電子郵件地址：	出生日期： (__/__/____) (月/日/年)	性別：	
Medicare 號碼：(在紅、白、藍 Medicare 卡上) ____-____-____	Health Net 會員卡號碼：		

### 填好本表格後請郵寄至：

Health Net of California, Inc., PO Box 2020, Farmington, MO 63640-2021

<b>如果您要投保自選福利組合，請填寫本部分：</b> 我目前投保 Health Net Medicare Advantage 計畫並繳納計畫月保費 \$_____，我想加保自選福利組合 #____ 並額外繳納月保費 \$_____。
<b>如果您是現有會員並想轉換自選福利組合，請填寫本部分：</b> 我目前投保 Health Net Medicare Advantage 計畫以及自選福利組合 #____，我想轉換到自選附加福利組合 #____ 並額外繳納月保費 \$_____。

請勿使用本表格來變更 Health Net Medicare Advantage 計畫。

如果選擇包含牙科的組合計畫，請從 Health Net 牙科服務提供者名錄中選擇一位牙科服務提供者。醫療服務提供者名稱 / 姓名：\_\_\_\_\_ 醫療服務提供者編號：\_\_\_\_\_

新會員投保期限為初期投保第一個月的最後一天。福利將於次月 1 號開始生效。我瞭解，我必須維持 Health Net Medicare Advantage 計畫會員的身分才能符合自選附加福利組合的資格。如果我從計畫退保，就會自動從自選附加福利組合退保。如果我停止繳納自選附加福利組合的費用，我的自選附加福利組合會籍就會終止，但我的 Medicare Advantage (醫療) 計畫投保狀態將不受影響。我的承保將預設為只有我的標準 Health Net Medicare Advantage (醫療) 計畫。

您可隨時書面通知 Health Net 您要退保，不過退保後，同一曆年期間要再重新投保將有所限制。2018 年 1 月 1 日生效的自選福利的選擇期間是從 2017 年 10 月 15 日至 2017 年 12 月 31 日；2018 年 2 月 1 日生效者則是從 2018 年 1 月 1 日至 2018 年 1 月 31 日；2018 年 7 月 1 日生效者則是從 2018 年 5 月 15 日至 2018 年 6 月 30 日。

您瞭解，選擇 HMO 選項時，從本自選福利組合的承保生效日期開始，您必須透過 Health Net 特約醫療服務提供者取得相關服務，才能享有服務承保，但如福利摘要或承保範圍證明 (EOC) 所述的急診、緊急需求服務不在此限。

如果 Health Net 醫療服務提供者拒絕要求的服務或拒絕給付理賠，您可按照承保範圍證明 (EOC) 的說明使用 Medicare 上訴流程，對相關拒絕決定提出上訴。Health Net 會通知您承保開始生效的日期。

### 資訊公開：

我允許 Centers for Medicare & Medicaid Services (CMS) 提供資訊給計畫，我也允許計畫、計畫的醫師和診所或任何擁有我醫療或其他相關資訊的其他人，提供 CMS 或 CMS 代理人營運 Medicare 方案所需的資訊。我也授權計畫視需要向服務提供者公開關於我的必要資訊或其他相關資訊。

**我瞭解，我在本申請表上簽名即表示我已閱讀且瞭解本申請表的內容，也同意遵守自選福利計畫的計畫規則。(請閱讀承保範圍證明文件，瞭解必須遵循哪些規則才能取得 Health Net 的承保。)**

請用正楷填寫姓名：		
簽名：	日期：( ____ / ____ / ____ ) ( 月 / 日 / 年 )	
<b>如果您是授權代表，您必須提供以下資訊：</b>		
姓氏：	名字：	中間名首字母：
地址：		
城市：	州：	郵遞區號：
與申請人的關係：	電話號碼：( ____ ) ____ - ____	

感謝您選擇 Health Net。如果您有疑問，HMO 請撥 1-800-275-4737，HMO SNP 請撥 1-800-431-9007 (聽障專線使用者請撥 711)。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。週末及國定假日請使用語音系統。

## 僅限辦公室使用

團體編號：	生效日期：
會員資訊更正：	

投保自選福利組合之前，請查看計畫組合選項。

Health Net Seniority Plus Green (HMO)、Health Net Seniority Plus Ruby (HMO)、Health Net Ruby Select (HMO)、Health Net Healthy Heart (HMO) 和 Health Net Jade Plan (HMO SNP) 自選福利計畫組合

縣	Green 計畫	Healthy Heart 計畫	Ruby 計畫	Ruby 計畫	Jade 計畫
Alameda	計畫 #1 或計畫 #2	計畫 #1 或計畫 #2		計畫 #3 或計畫 #4	
Fresno		計畫 #1 或計畫 #2			
Kern			計畫 #3 或計畫 #4		
Los Angeles		計畫 #1 或計畫 #2			
Orange		計畫 #1 或計畫 #2			
Placer	計畫 #1 或計畫 #2	計畫 #9			
Riverside		計畫 #1 或計畫 #2			
Sacramento	計畫 #1 或計畫 #2	計畫 #9			
San Bernardino		計畫 #1 或計畫 #2			
San Diego		計畫 #5			計畫 #5
San Francisco		計畫 #6		計畫 #5 或計畫 #11	
Santa Clara			計畫 #10		
Sonoma	計畫 #1 或計畫 #2				
Stanislaus	計畫 #1 或計畫 #2	計畫 #1 或計畫 #2			
Yolo		計畫 #7		計畫 #3 或計畫 #4	

請參閱福利摘要或承保範圍證明 (EOC)，查詢各計畫相關詳情、服務區域、福利、保費和費用。有些計畫並非在所有服務區域均可提供。

**組合計畫 #1** 計畫月保費：\$19

福利：脊椎推拿治療 / 針灸、HMO 牙科、眼鏡和健身

**組合計畫 #2** 計畫月保費：\$30

福利：脊椎推拿治療 / 針灸、PPO 牙科、眼鏡和健身

**組合計畫 #3** 計畫月保費：\$13

福利：脊椎推拿治療 / 針灸、HMO 牙科和健身

**組合計畫 #4** 計畫月保費：\$23

福利：脊椎推拿治療 / 針灸、PPO 牙科和健身

**組合計畫 #5** 計畫月保費：\$10

福利：脊椎推拿治療 / 針灸和 HMO 牙科

**組合計畫 #6** 計畫月保費：\$23

福利：脊椎推拿治療 / 針灸、PPO 牙科、眼鏡和健身

**組合計畫 #7** 計畫月保費：\$12

福利：脊椎推拿治療 / 針灸和眼鏡

**組合計畫 #9** 計畫月保費：\$12

福利：脊椎推拿治療 / 針灸、眼鏡和健身

**組合計畫 #10** 計畫月保費：\$18

福利：脊椎推拿治療 / 針灸、HMO 牙科和健身

**組合計畫 #11** 計畫月保費：\$19

福利：脊椎推拿治療 / 針灸和 PPO 牙科

Health Net complies with applicable federal civil rights laws and does not discriminate on the basis of race, color, national origin, age, disability, or sex. Health Net does not exclude people or treat them differently because of race, color, national origin, age, disability, or sex.

Health Net:

- Provides free aids and services to people with disabilities to communicate effectively with us, such as qualified sign language interpreters and written information in other formats (large print, accessible electronic formats, other formats).
- Provides free language services to people whose primary language is not English, such as qualified interpreters and information written in other languages.

If you need these services, contact Health Net's Customer Contact Center at: 1-800-431-9007 (Jade, Sapphire, Amber and HMO SNP), 1-800-275-4737 (All Other HMO) (TTY: 711). From October 1 to February 14, you can call us 7 days a week from 8 a.m. to 8 p.m. From February 15 to September 30, you can call us Monday through Friday from 8 a.m. to 8 p.m. A messaging system is used after hours, weekends, and on federal holidays.

If you believe that Health Net has failed to provide these services or discriminated in another way on the basis of race, color, national origin, age, disability, or sex, you can file a grievance by calling the number above and telling them you need help filing a grievance; Health Net's Customer Contact Center is available to help you.

You can also file a civil rights complaint with the U.S. Department of Health and Human Services, Office for Civil Rights, electronically through the Office for Civil Rights Complaint Portal, available at <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf> or by mail or phone at: 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).

Complaint forms are available at <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.

Health Net Medicare Advantage 計畫與 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。

本資訊並非福利的完整說明。欲查詢詳情，請與計畫聯絡。可能會有限制、共付額和限制規定。福利、保費和(或)共付額 / 共同保險可能於每年 1 月 1 日變更。

您必須繼續支付 Medicare B 部分保費。

FRM015428CO00 (8/17)

SPANISH	ATENCIÓN: si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1-800-431-9007 (Jade, Sapphire, Amber and HMO SNP), 1-800-275-4737 (All Other HMO) (TTY: 711).
CHINESE	注意：如果您說中文，您可以免費獲得語言援助服務。請致電 1-800-431-9007 (Jade, Sapphire, Amber and HMO SNP), 1-800-275-4737 (All Other HMO) (TTY: 711)。
VIETNAMESE	CHÚ Ý: Nếu bạn nói Tiếng Việt, có các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho bạn. Gọi số 1-800-431-9007 (Jade, Sapphire, Amber and HMO SNP), 1-800-275-4737 (All Other HMO) (TTY: 711).
TAGALOG	PAUNAWA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, maaari kang gumamit ng mga serbisyo ng tulong sa wika nang walang bayad. Tumawag sa 1-800-431-9007 (Jade, Sapphire, Amber and HMO SNP), 1-800-275-4737 (All Other HMO) (TTY: 711).
KOREAN	주의: 한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. 1-800-431-9007 (Jade, Sapphire, Amber and HMO SNP), 1-800-275-4737 (All Other HMO) (TTY: 711) 번으로 전화해 주십시오.
ARMENIAN	ՈՒՇԱԴՐՈՒԹՅՈՒՆ՝ Եթե խոսում եք հայերեն, ապա ձեզ անվճար կարող են տրամադրվել լեզվական աջակցության ծառայություններ: <b>Զանգահարեք:</b> 1-800-431-9007 (Jade, Sapphire, Amber and HMO SNP), 1-800-275-4737 (All Other HMO) (TTY: 711).
PERSIAN	<b>توجه:</b> اگر به زبان فارسی گفتگو می کنید، تسهیلات زبانی بصورت رایگان برای شما فراهم می باشد. با 1-800-431-9007 (Jade, Sapphire, Amber and HMO SNP) تماس بگیرید. 1-800-275-4737 (All Other HMO) (TTY: 711)
RUSSIAN	<b>ВНИМАНИЕ:</b> Если вы говорите на русском языке, то вам доступны бесплатные услуги перевода. Звоните 1-800-431-9007 (Jade, Sapphire, Amber and HMO SNP), 1-800-275-4737 (All Other HMO) (TTY: 711).
JAPANESE	<b>注意事項：</b> 日本語を話される場合、無料の言語支援をご利用いただけます。1-800-431-9007 (Jade, Sapphire, Amber and HMO SNP), 1-800-275-4737 (All Other HMO) (TTY: 711) まで、お電話にてご連絡ください。
ARABIC	<b>تنبيه:</b> إذا كنت تتحدث العربية، فإن خدمات المساعدة اللغوية المجانية متاحة لك. يُرجى الاتصال بالرقم. 1-800-431-9007 (Jade, Sapphire, Amber and HMO SNP), 1-800-275-4737 (All Other HMO) (مكبلاو مصلا فتاه مقرر: 711).
PUNJABI	<b>ਧਿਆਨ ਦਿਓ:</b> ਜੇ ਤੁਸੀਂ ਪੰਜਾਬੀ ਬੋਲਦੇ ਹੋ, ਤਾਂ ਤੁਹਾਡੇ ਲਈ ਭਾਸ਼ਾ ਸਹਾਇਤਾ ਸੇਵਾਵਾਂ ਬਿਲਕੁਲ ਮੁਫਤ ਉਪਲਬਧ ਹਨ। ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ 1-800-431-9007 (Jade, Sapphire, Amber and HMO SNP), 1-800-275-4737 (All Other HMO) (TTY: 711) 'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ।

MON-KHMER,  
CAMBODIAN

---

ចំណាប់អារម្មណ៍: បើសិនអ្នកនិយាយភាសាខ្មែរ សេវាជំនួយភាសាដោយឥតគិតថ្លៃ គឺមានសំរាប់អ្នក។ សូម  
ទូរស័ព្ទទៅលេខ 1-800-431-9007 (Jade, Sapphire, Amber and HMO SNP),  
1-800-275-4737 (All Other HMO) (TTY: 711)។

---

HMONG

LUS CEEV: Yog tias koj hais lus Hmoob, cov kev pab txog lus, muaj kev pab  
dawb rau koj. Hu rau 1-800-431-9007 (Jade, Sapphire, Amber and HMO SNP),  
1-800-275-4737 (All Other HMO) (TTY: 711).

---

HINDI

ध्यान दें: यदि आप हिंदी बोलते हैं, आपको भाषा सहायता सेवाएं, निःशुल्क उपलब्ध हैं। कृपया  
1-800-431-9007 (Jade, Sapphire, Amber and HMO SNP), 1-800-275-4737 (All  
Other HMO) (TTY: 711). पर कॉल करें।

---

THAI

เรียน: ถ้าคุณพูดภาษาไทยคุณสามารถใช้บริการช่วยเหลือทางภาษาได้ฟรี โทร 1-800-431-9007  
(Jade, Sapphire, Amber and HMO SNP), 1-800-275-4737 (All Other HMO)  
(TTY: 711)

---