



Mẫu đơn cho doanh nghiệp lớn dành cho Ghi danh theo nhóm và Thay đổi

Các chương trình bảo hiểm Y tế và nhân thọ/thương tật toàn bộ vĩnh viễn và tử vong do tai nạn (Accidental death and dismemberment insurance, AD&D) được Health Net of California, Inc. và/hoặc Health Net Life Insurance Company cung cấp (gọi chung là "Health Net"). Các chương trình bảo hiểm nha khoa HMO được Dental Benefit Providers of California, Inc. cung cấp và quản lý, các chương trình bảo hiểm nha khoa PPO cũng như bảo hiểm bồi thường được Unimerica Life Insurance Company thẩm định bảo hiểm và được Dental Benefit Administrative Services (gọi chung là "DBP") quản lý. Các chương trình bảo hiểm nhãn khoa được Health Net Life Insurance Company thẩm định bảo hiểm và do EyeMed Vision Care, LLC ("EyeMed") và Envolve Vision, Inc. cung cấp dịch vụ.

Cả DBP và EyeMed đều không được liên kết với Health Net. Các nghĩa vụ theo chương trình bảo hiểm nha khoa không phải là nghĩa vụ của, và không được bảo đảm bởi Health Net.

Chào mừng quý vị đến với Health Net

CÁC BƯỚC ĐƠN GIẢN ĐỂ ĐIỀN ĐẦY ĐỦ THÔNG TIN VÀO MẪU ĐƠN:

1. Vui lòng xem lại các tài liệu kèm theo trong tập hồ sơ ghi danh của quý vị. Hãy chắc chắn rằng quý vị hiểu các lựa chọn quyền lợi bảo hiểm mà quý vị có thể chọn thông qua hãng sở của quý vị.
- 2a. **Nếu quý vị từ chối quyền lợi bảo hiểm** cho chính quý vị và/hoặc cho những người phụ thuộc của quý vị, quý vị phải điền vào phần 7. Vui lòng không điền vào phần nào khác.
- 2b. **Nếu quý vị chấp nhận quyền lợi bảo hiểm** cho chính quý vị và/hoặc cho những người phụ thuộc của quý vị, quý vị phải điền vào phần 1, 2, 3, 4 (nếu áp dụng), 5 và 8.

Đạo luật chăm sóc y tế vừa khả năng (Affordable Care Act, ACA) yêu cầu Health Net cung cấp cho Sở Thuế vụ (Internal Revenue Service, IRS) xác nhận về quyền lợi bảo hiểm chăm sóc sức khỏe cho chính quý vị, với tư cách là người ghi danh bảo hiểm, và cho những người phụ thuộc được đài thọ của quý vị. IRS sử dụng thông tin này để xác nhận rằng mỗi hội viên có quyền lợi bảo hiểm cần thiết. Vui lòng chắc chắn rằng số An sinh xã hội (Social Security Number, SSN) của quý vị và mỗi người phụ thuộc mà quý vị ghi danh là chính xác. Để biết thêm thông tin về điều khoản thanh toán theo trách nhiệm chia sẻ của cá nhân, vui lòng truy cập <http://www.irs.gov/uac/Questions-and-Answers-on-the-Individual-Shared-Responsibility-Provision>.

3. Nếu quý vị chọn ghi danh vào HMO, ExcelCare HMO, SmartCare HMO, Salud HMO y Más, Salud Mexico, Elect Open Access (EOA), Select POS, EPO, hoặc các chương trình Nha khoa HMO, quý vị phải chọn nhóm bác sĩ tham gia (participating physician group, PPG), bác sĩ gia đình (primary care physician, PCP) hoặc nhà cung cấp dịch vụ nha khoa của quý vị. Hãy nhớ điền tên và số hiển thị trên công cụ trực tuyến ProviderSearch của Health Net.

Lưu ý: Nếu quý vị không chọn PPG, PCP và/hoặc một nhà cung cấp dịch vụ nha khoa, chúng tôi sẽ chọn cho quý vị.

4. Nếu quý vị chọn ghi danh vào chương trình bảo hiểm PPO, quý vị không bắt buộc phải chọn PPG hoặc PCP để ghi danh.
5. Hãy làm một bản sao mẫu đơn đã điền để lưu vào hồ sơ. **Nếu cần chỉnh sửa, hãy gạch bỏ và ký tắt vào mỗi phần sửa. Vui lòng không sử dụng bút xóa.**

CHỈ DÀNH CHO BỘ PHẬN QUẢN LÝ:

Doanh nghiệp/Nhóm hiện tại
PO Box 9103
Van Nuys, CA 91409-0420
www.healthnet.com

Doanh nghiệp/Nhóm mới
Vui lòng gửi tất cả các giấy tờ đã hoàn tất cho quản lý khách hàng hoặc nhà môi giới được chỉ định của quý vị.



Health Net®

PHẦN HÃNG SỞ ĐIỂN	
Tên hãng sở:	
Ngày hiệu lực được yêu cầu: / /	Số nhóm hãng sở (y tế):
Ngày nhân viên đủ điều kiện tham gia chương trình (chỉ dành cho người mới được tuyển dụng):	
<input type="checkbox"/> Cùng ngày với ngày tuyển dụng <input type="checkbox"/> Khác: / /	

LƯU Ý QUAN TRỌNG: VUI LÒNG IN TẤT CẢ CÁC PHẦN BẰNG MỤC ĐEN. QUÝ VỊ CÓ QUYỀN XEM BẢNG TÓM LƯỢC QUYỀN LỢI VÀ QUYỀN LỢI BẢO HIỂM (SUMMARY OF BENEFITS AND COVERAGE, SBC) TRƯỚC KHI QUÝ VỊ CHỌN MỘT CHƯƠNG TRÌNH. XIN LIÊN LẠC VỚI HÃNG SỞ CỦA QUÝ VỊ NẾU QUÝ VỊ KHÔNG CÓ SBC CHO CHƯƠNG TRÌNH QUÝ VỊ ĐÃ CHỌN.

1. Thông tin chương trình bảo hiểm sức khỏe (Chọn quyền lợi bảo hiểm.)

HMO

HMO SmartCare HMO¹ ExcelCare HMO² Salud HMO y Más³ EOA ExcelCare EOA² Select POS
 Khác: _____

PPO

PPO OOS PPO PPO tương thích với HSA OOS PPO tương thích với HSA PPO tương thích với HSA tổng hợp
 PPO tương thích với HSA tổng hợp (không tham gia) PPO tương thích với HRA tổng hợp EPO

NHA KHOA VÀ NHÂN KHOA

Nha khoa (DHMO) Nha khoa (DPPO) Nhân khoa (PPO)

2. Lý do nộp đơn

Thay đổi chương trình
 Thay đổi địa chỉ/tên
 Xóa người phụ thuộc
 Khác:

Người mới được tuyển dụng Ghi danh tự do

Thời hạn ghi danh đặc biệt

Ngày diễn ra sự kiện đủ điều kiện:

_____/_____/_____

Thêm người phụ thuộc: _____

COBRA

Ngày hiệu lực: ____/____/_____

Sự kiện đủ điều kiện: _____

Ngày diễn ra sự kiện đủ điều kiện:

_____/_____/_____

Kết hôn

Mới sinh con/Nhận con nuôi/Giám hộ hợp pháp/Lệnh của tòa án/Nhận đảm đương quan hệ cha mẹ-con cái

Mất quyền lợi bảo hiểm trước: ____/____/_____

Khác (nếu rõ): _____

3. Thông tin cá nhân của nhân viên

Họ:	Tên:	Tên đệm viết tắt:	<input type="checkbox"/> Nam <input type="checkbox"/> Nữ
Địa chỉ cư trú:	Thành phố	Tiểu bang:	Mã ZIP:
Ngày sinh (tháng dạng hai chữ số/ngày dạng hai chữ số/năm dạng bốn chữ số): / /	Số An sinh xã hội/ID ghi danh (bắt buộc đối với tất cả người nộp đơn):	Chức vụ:	
Số điện thoại: ()	Số điện thoại nơi làm việc: ()	Địa chỉ email:	
Ngày được tuyển dụng: / /	Số bộ phận:	Tình trạng hôn nhân: <input type="checkbox"/> Độc thân <input type="checkbox"/> Đã kết hôn <input type="checkbox"/> Bạn đời sống chung	
Tôi muốn nhận thông báo và thông tin về chương trình bằng: <input type="checkbox"/> Tiếng Anh <input type="checkbox"/> Tiếng Tây Ban Nha <input type="checkbox"/> Tiếng Trung <input type="checkbox"/> Tiếng Hàn			
Nhóm bác sĩ tham gia:		Bác sĩ gia đình:	
Số nhận dạng (ID) ghi danh nhóm bác sĩ tham gia (PPG)/bác sĩ gia đình (PCP) (dạng 4 chữ số đối với nhóm bác sĩ tham gia (PPG) và dạng 6 chữ số đối với bác sĩ gia đình (PCP)):		Đây có phải là PCP hiện tại của quý vị không? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không	
Tên nhà cung cấp dịch vụ nha khoa HMO:		Số ID nhà cung cấp dịch vụ nha khoa HMO:	

¹Được cung cấp trên tất cả hoặc một số khu vực của các quận Los Angeles, Marin, Orange, Placer, Riverside, San Bernardino, San Diego, Santa Clara và Santa Cruz.

²Được cung cấp trên tất cả hoặc một số khu vực của các quận Kern, Los Angeles, Orange, Riverside, San Bernardino, San Diego, San Francisco, Santa Clara, Stanislaus và Ventura.

³Được cung cấp tại Orange County và một số mã ZIP được chọn của các quận Kern, Los Angeles, Riverside, San Diego và San Bernardino.

4. Thông tin về gia đình – vui lòng liệt kê tất cả các thành viên gia đình đủ điều kiện để được ghi danh (Đính kèm thêm tờ thông tin nếu cần thiết.)											
Vợ/chồng/bạn đời sống chung <input type="checkbox"/> Nam <input type="checkbox"/> Nữ			Họ:			Tên:			Tên đệm viết tắt:		
Địa chỉ cư trú: <input type="checkbox"/> Đánh dấu ở đây nếu giống với người ghi danh bảo hiểm					Thành phố:			Tiểu bang:		Mã ZIP:	
Ngày sinh (tháng dạng hai chữ số/ngày dạng hai chữ số/năm dạng bốn chữ số): / /					Số An sinh xã hội/ID ghi danh (bắt buộc đối với tất cả người nộp đơn):						
Nhóm bác sĩ tham gia:					Bác sĩ gia đình:						
Số nhận dạng (ID) ghi danh nhóm bác sĩ tham gia (PPG)/bác sĩ gia đình (PCP) (dạng 4 chữ số đối với nhóm bác sĩ tham gia (PPG) và dạng 6 chữ số đối với bác sĩ gia đình (PCP)):					Đây có phải là PCP hiện tại của quý vị không? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không						
Tên nhà cung cấp dịch vụ nha khoa HMO:					Số ID nhà cung cấp dịch vụ nha khoa HMO:						
<input type="checkbox"/> Con trai <input type="checkbox"/> Con gái			Khuyết tật: <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không Họ:			Tên:			Tên đệm viết tắt:		
Địa chỉ cư trú: <input type="checkbox"/> Đánh dấu ở đây nếu giống với người ghi danh bảo hiểm					Thành phố:			Tiểu bang:		Mã ZIP:	
Ngày sinh (tháng dạng hai chữ số/ngày dạng hai chữ số/năm dạng bốn chữ số): / /					Số An sinh xã hội/ID ghi danh (bắt buộc đối với tất cả người nộp đơn):						
Nhóm bác sĩ tham gia:					Bác sĩ gia đình:						
Số nhận dạng (ID) ghi danh nhóm bác sĩ tham gia (PPG)/bác sĩ gia đình (PCP) (dạng 4 chữ số đối với nhóm bác sĩ tham gia (PPG) và dạng 6 chữ số đối với bác sĩ gia đình (PCP)):					Đây có phải là PCP hiện tại của quý vị không? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không						
Tên nhà cung cấp dịch vụ nha khoa HMO:					Số ID nhà cung cấp dịch vụ nha khoa HMO:						
<input type="checkbox"/> Con trai <input type="checkbox"/> Con gái			Khuyết tật: <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không Họ:			Tên:			Tên đệm viết tắt:		
Địa chỉ cư trú: <input type="checkbox"/> Đánh dấu ở đây nếu giống với người ghi danh bảo hiểm					Thành phố:			Tiểu bang:		Mã ZIP:	
Ngày sinh (tháng dạng hai chữ số/ngày dạng hai chữ số/năm dạng bốn chữ số): / /					Số An sinh xã hội/ID ghi danh (bắt buộc đối với tất cả người nộp đơn):						
Nhóm bác sĩ tham gia:					Bác sĩ gia đình:						
Số nhận dạng (ID) ghi danh nhóm bác sĩ tham gia (PPG)/bác sĩ gia đình (PCP) (dạng 4 chữ số đối với nhóm bác sĩ tham gia (PPG) và dạng 6 chữ số đối với bác sĩ gia đình (PCP)):					Đây có phải là PCP hiện tại của quý vị không? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không						
Tên nhà cung cấp dịch vụ nha khoa HMO:					Số ID nhà cung cấp dịch vụ nha khoa HMO:						
<input type="checkbox"/> Con trai <input type="checkbox"/> Con gái			Khuyết tật: <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không Họ:			Tên:			Tên đệm viết tắt:		
Địa chỉ cư trú: <input type="checkbox"/> Đánh dấu ở đây nếu giống với người ghi danh bảo hiểm					Thành phố:			Tiểu bang:		Mã ZIP:	
Ngày sinh (tháng dạng hai chữ số/ngày dạng hai chữ số/năm dạng bốn chữ số): / /					Số An sinh xã hội/ID ghi danh (bắt buộc đối với tất cả người nộp đơn):						
Nhóm bác sĩ tham gia:					Bác sĩ gia đình:						
Số nhận dạng (ID) ghi danh nhóm bác sĩ tham gia (PPG)/bác sĩ gia đình (PCP) (dạng 4 chữ số đối với nhóm bác sĩ tham gia (PPG) và dạng 6 chữ số đối với bác sĩ gia đình (PCP)):					Đây có phải là PCP hiện tại của quý vị không? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không						
Tên nhà cung cấp dịch vụ nha khoa HMO:					Số ID nhà cung cấp dịch vụ nha khoa HMO:						
<input type="checkbox"/> Con trai <input type="checkbox"/> Con gái			Khuyết tật: <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không Họ:			Tên:			Tên đệm viết tắt:		
Địa chỉ cư trú: <input type="checkbox"/> Đánh dấu ở đây nếu giống với người ghi danh bảo hiểm					Thành phố:			Tiểu bang:		Mã ZIP:	
Ngày sinh (tháng dạng hai chữ số/ngày dạng hai chữ số/năm dạng bốn chữ số): / /					Số An sinh xã hội/ID ghi danh (bắt buộc đối với tất cả người nộp đơn):						
Nhóm bác sĩ tham gia:					Bác sĩ gia đình:						
Số nhận dạng (ID) ghi danh nhóm bác sĩ tham gia (PPG)/bác sĩ gia đình (PCP) (dạng 4 chữ số đối với nhóm bác sĩ tham gia (PPG) và dạng 6 chữ số đối với bác sĩ gia đình (PCP)):					Đây có phải là PCP hiện tại của quý vị không? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không						
Tên nhà cung cấp dịch vụ nha khoa HMO:					Số ID nhà cung cấp dịch vụ nha khoa HMO:						

5. Quý vị hoặc những người phụ thuộc của quý vị có quyền lợi bảo hiểm chăm sóc sức khỏe khác không?

Không Có Nếu "Có", vui lòng điền đầy đủ vào phần này, bao gồm cả Medicare.

<input type="checkbox"/> Bản thân	Tên:	Tên của công ty bảo hiểm khác:		Ngày bắt đầu quyền lợi bảo hiểm trước (tháng dạng hai chữ số/ngày dạng hai chữ số/năm dạng hai chữ số): / /	
Ngày kết thúc quyền lợi bảo hiểm trước (tháng dạng hai chữ số/ngày dạng hai chữ số/năm dạng hai chữ số): / /	Lý do chấm dứt quyền lợi bảo hiểm:	Số nhóm/ Số ID Hợp đồng bảo hiểm:	Dịch vụ được đài thọ là? Y tế: <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không Nha khoa: <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không Nhân khoa: <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không	Medicare: <input type="checkbox"/> Phần A <input type="checkbox"/> Phần B	Yêu cầu thanh toán Medicare/ Số HICN:

<input type="checkbox"/> Vợ/chồng <input type="checkbox"/> Bạn đời sống chung	Tên:	Tên của công ty bảo hiểm khác:		Ngày bắt đầu quyền lợi bảo hiểm trước (tháng dạng hai chữ số/ngày dạng hai chữ số/năm dạng hai chữ số): / /		
Ngày kết thúc quyền lợi bảo hiểm trước (tháng dạng hai chữ số/ngày dạng hai chữ số/năm dạng hai chữ số): / /	Lý do chấm dứt quyền lợi bảo hiểm:	Số nhóm/ Số ID Hợp đồng bảo hiểm:	Đây có phải là quyền lợi bảo hiểm chính của người phụ thuộc của quý vị không? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không	Dịch vụ được đài thọ là? Y tế: <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không Nha khoa: <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không Nhân khoa: <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không	Medicare: <input type="checkbox"/> Phần A <input type="checkbox"/> Phần B	Yêu cầu thanh toán Medicare/ Số HICN:

<input type="checkbox"/> Con trai <input type="checkbox"/> Con gái	Tên:	Tên của công ty bảo hiểm khác:		Ngày bắt đầu quyền lợi bảo hiểm trước (tháng dạng hai chữ số/ngày dạng hai chữ số/năm dạng hai chữ số): / /		
Ngày kết thúc quyền lợi bảo hiểm trước (tháng dạng hai chữ số/ngày dạng hai chữ số/năm dạng hai chữ số): / /	Lý do chấm dứt quyền lợi bảo hiểm:	Số nhóm/ Số ID Hợp đồng bảo hiểm:	Đây có phải là quyền lợi bảo hiểm chính của người phụ thuộc của quý vị không? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không	Dịch vụ được đài thọ là? Y tế: <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không Nha khoa: <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không Nhân khoa: <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không	Medicare: <input type="checkbox"/> Phần A <input type="checkbox"/> Phần B	Yêu cầu thanh toán Medicare/ Số HICN:

<input type="checkbox"/> Con trai <input type="checkbox"/> Con gái	Tên:	Tên của công ty bảo hiểm khác:		Ngày bắt đầu quyền lợi bảo hiểm trước (tháng dạng hai chữ số/ngày dạng hai chữ số/năm dạng hai chữ số): / /		
Ngày kết thúc quyền lợi bảo hiểm trước (tháng dạng hai chữ số/ngày dạng hai chữ số/năm dạng hai chữ số): / /	Lý do chấm dứt quyền lợi bảo hiểm:	Số nhóm/ Số ID Hợp đồng bảo hiểm:	Đây có phải là quyền lợi bảo hiểm chính của người phụ thuộc của quý vị không? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không	Dịch vụ được đài thọ là? Y tế: <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không Nha khoa: <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không Nhân khoa: <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không	Medicare: <input type="checkbox"/> Phần A <input type="checkbox"/> Phần B	Yêu cầu thanh toán Medicare/ Số HICN:

<input type="checkbox"/> Con trai <input type="checkbox"/> Con gái	Tên:	Tên của công ty bảo hiểm khác:		Ngày bắt đầu quyền lợi bảo hiểm trước (tháng dạng hai chữ số/ngày dạng hai chữ số/năm dạng hai chữ số): / /		
Ngày kết thúc quyền lợi bảo hiểm trước (tháng dạng hai chữ số/ngày dạng hai chữ số/năm dạng hai chữ số): / /	Lý do chấm dứt quyền lợi bảo hiểm:	Số nhóm/ Số ID Hợp đồng bảo hiểm:	Đây có phải là quyền lợi bảo hiểm chính của người phụ thuộc của quý vị không? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không	Dịch vụ được đài thọ là? Y tế: <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không Nha khoa: <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không Nhân khoa: <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không	Medicare: <input type="checkbox"/> Phần A <input type="checkbox"/> Phần B	Yêu cầu thanh toán Medicare/ Số HICN:

6. Bảo hiểm nhân thọ có kỳ hạn theo nhóm, nếu có (Đính kèm tờ thông tin riêng cho những người hưởng bổ sung hoặc thứ hai.)

Bảo hiểm nhân thọ/AD&D: Có Không

Người hưởng suốt đời (họ và tên):	Mối quan hệ:	%
Người hưởng suốt đời (họ và tên):	Mối quan hệ:	%
Người hưởng suốt đời (họ và tên):	Mối quan hệ:	%
Người hưởng suốt đời (họ và tên):	Mối quan hệ:	%

7. Từ chối nhận quyền lợi bảo hiểm (Điền đầy đủ phần này nếu quý vị hoặc người phụ thuộc hội đủ điều kiện của quý vị từ chối bất kỳ quyền lợi bảo hiểm nào.)

THÔNG TIN CÁ NHÂN CỦA NHÂN VIÊN			
Họ:	Tên:	Tên đệm viết tắt:	Số An sinh xã hội/ID ghi danh:
Từ chối nhận quyền lợi bảo hiểm y tế cho: <input type="checkbox"/> Bản thân <input type="checkbox"/> Vợ hoặc chồng <input type="checkbox"/> Bạn đời sống chung <input type="checkbox"/> (Những) Người phụ thuộc (Các) Tên: _____		Lý do: <input type="checkbox"/> Quyền lợi bảo hiểm theo nhóm khác thông qua hãng sở này <input type="checkbox"/> Quyền lợi bảo hiểm cá nhân <input type="checkbox"/> Quyền lợi bảo hiểm theo nhóm khác của một nhóm khác (tức là, hãng sở của vợ/chồng) <input type="checkbox"/> Khác: _____	
Từ chối nhận quyền lợi bảo hiểm nha khoa cho: <input type="checkbox"/> Bản thân <input type="checkbox"/> Vợ hoặc chồng <input type="checkbox"/> Bạn đời sống chung <input type="checkbox"/> (Những) Người phụ thuộc (Các) Tên: _____		Lý do: <input type="checkbox"/> Quyền lợi bảo hiểm theo nhóm khác thông qua hãng sở này <input type="checkbox"/> Quyền lợi bảo hiểm cá nhân <input type="checkbox"/> Quyền lợi bảo hiểm theo nhóm khác của một nhóm khác (tức là, hãng sở của vợ/chồng) <input type="checkbox"/> Khác: _____	
Từ chối nhận quyền lợi bảo hiểm nhân khoa cho: <input type="checkbox"/> Bản thân <input type="checkbox"/> Vợ hoặc chồng <input type="checkbox"/> Bạn đời sống chung <input type="checkbox"/> (Những) Người phụ thuộc (Các) Tên: _____		Lý do: <input type="checkbox"/> Quyền lợi bảo hiểm theo nhóm khác thông qua hãng sở này <input type="checkbox"/> Quyền lợi bảo hiểm cá nhân <input type="checkbox"/> Quyền lợi bảo hiểm theo nhóm khác của một nhóm khác (tức là, hãng sở của vợ/chồng) <input type="checkbox"/> Khác: _____	

NẾU QUÝ VỊ TỪ CHỐI NHẬN QUYỀN LỢI BẢO HIỂM – VUI LÒNG DỪNG LẠI VÀ ĐỌC KỸ

Tôi đã quyết định từ chối nhận quyền lợi bảo hiểm cho bản thân và/hoặc (những) người phụ thuộc của tôi. Tôi xác nhận rằng tôi và những người phụ thuộc của tôi có thể phải đợi đến Thời hạn ghi danh tự do hàng năm hoặc Thời hạn ghi danh đặc biệt tiếp theo do một sự kiện đủ điều kiện để được ghi danh. Các quyền lợi bảo hiểm tôi có thể hưởng đã được hãng sở giải thích cho tôi, và tôi đã có cơ hội để nộp đơn đăng ký nhận các quyền lợi bảo hiểm được cung cấp đó. Ngoài ra, bằng cách ký tên dưới đây, tôi xác nhận rằng lý do tôi từ chối quyền lợi bảo hiểm là chính xác như được đánh dấu ở bên trên.

Chữ ký của nhân viên:

(Chỉ ký nếu từ chối nhận quyền lợi bảo hiểm. Nếu ký nhầm, vui lòng gạch bỏ và ký tắt.)

Ngày: ____/____/____

8. Tiếp nhận quyền lợi bảo hiểm (Bắt buộc có chữ ký.)

Luật pháp California nghiêm cấm các công ty bảo hiểm y tế yêu cầu hoặc sử dụng các xét nghiệm HIV làm điều kiện để nhận quyền lợi bảo hiểm y tế.

XÁC NHẬN VÀ ĐỒNG Ý: Tôi hiểu và đồng ý rằng bằng cách ghi danh hoặc chấp nhận các dịch vụ từ Health Net và/hoặc DBP, tôi và bất kỳ người phụ thuộc nào được ghi danh đều có nghĩa vụ phải hiểu và tuân thủ các điều khoản, điều kiện và quy định của Hợp đồng chương trình hoặc Hợp đồng bảo hiểm.⁴ Tôi đã đọc và hiểu các điều khoản của mẫu đơn này và chữ ký của tôi dưới đây thể hiện rằng thông tin được điền vào mẫu đơn là đầy đủ, đúng và chính xác theo những gì tôi biết và tin tưởng, và tôi chấp nhận các điều khoản này.

THỎA THUẬN PHÂN XỬ QUA TRỌNG TÀI RÀNG BUỘC: Tôi, Người nộp đơn, hiểu và đồng ý với bất kỳ và tất cả các tranh chấp giữa tôi (bao gồm bất kỳ thành viên gia đình hoặc người thừa kế hoặc đại diện cá nhân nào đã ghi danh của tôi) và Health Net, ngoại trừ các tranh chấp liên quan đến quyết định bất lợi về quyền lợi theo quy định trong 45 CFR 147.136, phải được đệ trình để giải quyết bằng phân xử qua trọng tài riêng có giá trị chung thẩm và pháp lý thay vì xét xử bởi bồi thẩm đoàn hoặc quan tòa và tôi đang từ bỏ tất cả các quyền đối với phân xử qua trọng tài tập thể. Thỏa thuận phân xử này bao gồm mọi tranh chấp phát sinh hoặc liên quan đến Chứng từ bảo hiểm hoặc Chứng nhận bảo hiểm hoặc tư cách hội viên hoặc quyền lợi bảo hiểm Health Net của tôi, đã được nêu trong bất kỳ lý luận pháp lý nào. Áp dụng thỏa thuận phân xử qua trọng tài đối với bất kỳ tranh chấp nào ngay cả khi các bên khác, chẳng hạn như các nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe hoặc đại diện hoặc nhân viên của họ có liên quan đến tranh chấp. Tôi hiểu rằng, việc đồng ý đệ trình tất cả các tranh chấp để được giải quyết bằng phân xử qua trọng tài riêng có giá trị chung thẩm và pháp lý, tất cả các bên bao gồm cả Health Net đều từ bỏ quyền hiến định để bồi thẩm đoàn đưa ra quyết định về tranh chấp tại tòa án. Tôi cũng hiểu rằng các tranh chấp mà tôi có thể có với Health Net liên quan đến yêu cầu thanh toán về sự sai sót trong y tế (nghĩa là, bất kỳ dịch vụ y tế nào được cung cấp không cần thiết hoặc không được ủy quyền, hoặc được cung cấp không đúng cách, bất cần hoặc không đủ năng lực) cũng phải được phân xử qua trọng tài có giá trị pháp lý và chung thẩm. Tôi hiểu rằng có một điều khoản phân xử qua trọng tài chi tiết hơn trong Chứng từ bảo hiểm hoặc Chứng nhận bảo hiểm. Chữ ký của tôi dưới đây cho thấy rằng tôi hiểu và đồng ý với các điều khoản của Thỏa thuận phân xử qua trọng tài có giá trị pháp lý này và đồng ý gửi bất kỳ tranh chấp nào để phân xử qua trọng tài có giá trị pháp lý thay vì tòa án.

Chữ ký của nhân viên:

(Chỉ ký nếu chấp nhận quyền lợi bảo hiểm. Nếu ký nhầm, vui lòng gạch bỏ và ký tắt.)

Ngày: ____/____/____

⁴Hợp đồng chương trình chỉ Hợp đồng về dịch vụ theo nhóm và Chứng từ bảo hiểm của Health Net of California, Inc. và/hoặc Dental Benefit Providers of California, Inc.; "Hợp đồng bảo hiểm" chỉ Hợp đồng bảo hiểm theo nhóm và Chứng nhận bảo hiểm của Health Net Life Insurance Company và Unimerica Life Insurance Company. FRM038226VP00 (1/20)

Vui lòng liên hệ với Trung tâm Liên lạc Hội viên của Health Net theo số điện thoại miễn phí bên dưới nếu quý vị cần hỗ trợ điền mẫu đơn này hoặc nếu quý vị có thắc mắc về quyền lợi bảo hiểm của mình:

Tiếng Anh	1-800-522-0088
Tiếng Quảng Đông	1-877-891-9050
Tiếng Hàn	1-877-339-8596
Tiếng Quan Thoại	1-877-891-9053
Tiếng Tây Ban Nha	1-800-331-1777
Tiếng Tagalog	1-877-891-9051
Tiếng Việt	1-877-339-8621

Nếu quý vị có thắc mắc về quyền lợi bảo hiểm nha khoa, nhân khoa hoặc quyền lợi bảo hiểm nhân thọ, vui lòng gọi số:

Nha khoa	1-866-249-2382
Nhân khoa	1-866-392-6058
Nhân thọ	1-800-865-6288

Nếu quý vị có thắc mắc về PPG hoặc PCP của mình, vui lòng gọi trực tiếp cho PPG của quý vị, hoặc liên hệ với bộ phận Dịch vụ các Nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe của Health Net theo số 1-800-641-7761.

Quý vị có thể sử dụng bản sao mẫu ghi danh Health Net của quý vị là thẻ ID tạm thời cho đến khi quý vị nhận được thẻ ID vĩnh viễn.

DỊCH VỤ CẤP CỨU VÀ CHĂM SÓC CẦN THIẾT KHẨN CẤP

- Nếu quý vị đang trong trường hợp đe dọa đến tính mạng hoặc trong trường hợp cấp cứu: Gọi 911 hoặc đến bệnh viện gần nhất.
- Nếu trường hợp của quý vị không quá nghiêm trọng: Nếu quý vị không thể gọi cho bác sĩ gia đình hoặc nhóm bác sĩ của quý vị, hoặc quý vị cần chăm sóc y tế ngay lập tức, hãy đến bệnh viện hoặc cơ sở/trung tâm chăm sóc khẩn cấp gần nhất.
- Nếu quý vị ở ngoài khu vực phục vụ của nhóm bác sĩ của quý vị: Hãy đến bệnh viện, trung tâm y tế gần nhất hoặc gọi 911. Trong mọi trường hợp, hãy liên hệ với bác sĩ gia đình của quý vị hoặc nhóm bác sĩ tham gia càng sớm càng tốt để thông báo cho họ về tình trạng của quý vị.
- Gọi số điện thoại trên thẻ nhận dạng (ID) của quý vị trong vòng 48 giờ sau khi nhập viện hoặc càng sớm càng tốt.

CHỨNG NHẬN TRƯỚC

Quý vị, với tư cách là hội viên, có trách nhiệm lấy chứng nhận cho một số dịch vụ. Vui lòng kiểm tra chứng nhận chương trình của quý vị để biết danh sách các dịch vụ yêu cầu chứng nhận trước.

Nếu có thắc mắc về chứng nhận trước, vui lòng gọi 1-800-522-0088.

TÌNH TRẠNG KHUYẾT TẬT

Nếu quý vị hoặc thành viên gia đình của quý vị bị khuyết tật kể từ ngày chấm dứt quyền lợi bảo hiểm với công ty bảo hiểm sức khỏe trước đó và việc mất bảo hiểm là do chấm dứt hợp đồng bảo hiểm của hãng sở, quý vị có thể có quyền gia hạn quyền lợi sức khỏe theo phần 10128 của Bộ luật bảo hiểm California. Theo luật này, công ty bảo hiểm trước tiếp tục có trách nhiệm cho đến khi một trong trường hợp nào sau đây xảy ra trước: (a) hội viên không còn khuyết tật toàn bộ, (b) quyền lợi bảo hiểm tối đa của công ty bảo hiểm trước đây đã được thanh toán hết, hoặc (c) đã qua 12 tháng liên tiếp kể từ ngày quyền lợi bảo hiểm với công ty bảo hiểm trước kết thúc.

SẢN PHẨM/THỰC THỂ

Health Net of California, Inc. cung cấp các sản phẩm sau: HMO, ExcelCare HMO, SmartCare HMO, Salud HMO y Más, Salud Mexico, Elect Open Access (EOA), và Select POS.

Health Net Life Insurance Company cung cấp các sản phẩm sau: PPO, PPO HSA và EPO.

Dental Benefit Providers of California, Inc. cung cấp sản phẩm sau: Nha khoa HMO (DHMO).

Unimerica Life Insurance Company cung cấp các sản phẩm sau: Nha khoa PPO và Nha khoa bồi thường.

Health Net Life Insurance Company cung cấp sản phẩm sau do EyeMed Vision Care, LLC và Envolve Vision, Inc. cung cấp dịch vụ: Nhân khoa PPO.

TỪ CHỐI NHẬN QUYỀN LỢI BẢO HIỂM

Nếu quý vị từ chối nhận quyền lợi bảo hiểm cho bản thân hoặc người phụ thuộc đủ điều kiện do quyền lợi bảo hiểm theo bảo hiểm y tế khác và quý vị mất quyền lợi bảo hiểm đó, hoặc nếu quý vị có thêm người phụ thuộc mới do kết hôn, bạn đời sống chung, sinh con, nhận con nuôi, được yêu cầu chăm sóc con nuôi tạm thời hoặc nhận đảm đương quan hệ cha mẹ-con cái, quý vị và người phụ thuộc của quý vị có thể đủ điều kiện nhận quyền ghi danh đặc biệt. Quý vị phải yêu cầu ghi danh đặc biệt trong vòng 30 ngày kể từ khi mất quyền lợi bảo hiểm hoặc có thêm người phụ thuộc mới.

Thông báo không kỳ thị

Ngoài các yêu cầu không kỳ thị của Tiểu bang California (như được mô tả trong các tài liệu về quyền lợi bảo hiểm), Health Net of California, Inc. và Health Net Life Insurance Company (Health Net) tuân thủ các luật dân quyền hiện hành của liên bang và không kỳ thị, loại trừ hoặc đối xử với mọi người khác nhau dựa trên chủng tộc, màu da, nguồn gốc quốc gia, tổ tiên, tôn giáo, tình trạng hôn nhân, giới, bản dạng giới tính, khuynh hướng tình dục, tuổi tác, tình trạng khuyết tật hoặc giới tính.

HEALTH NET:

- **Cung cấp các trợ giúp và dịch vụ miễn phí cho người khuyết tật để họ giao tiếp hiệu quả với chúng tôi, ví dụ như thông dịch viên ngôn ngữ ký hiệu có trình độ và thông tin bằng văn bản ở các định dạng khác (bản in cỡ lớn, định dạng điện tử có thể truy cập, các định dạng khác).**
- **Cung cấp các dịch vụ ngôn ngữ miễn phí cho người có ngôn ngữ chính không phải tiếng Anh, ví dụ như các thông dịch viên có trình độ và văn bản thông tin bằng các ngôn ngữ khác.**

Nếu quý vị cần những dịch vụ này, vui lòng liên hệ với Trung tâm Liên lạc Hội viên của Health Net theo số:

Chương trình theo nhóm thông qua Health Net 1-800-522-0088 (TTY: 711)

Nếu quý vị cho rằng Health Net đã không cung cấp các dịch vụ này hoặc kỳ thị theo cách khác dựa trên một trong những đặc điểm liệt kê ở trên, quý vị có thể gửi khiếu nại bằng cách gọi cho Trung tâm Liên lạc Hội viên của Health Net theo số điện thoại ở trên và cho họ biết quý vị cần giúp đỡ nộp đơn khiếu nại. Trung tâm Liên lạc Hội viên của Health Net luôn sẵn sàng giúp quý vị nộp đơn khiếu nại. Quý vị cũng có thể nộp đơn khiếu nại qua đường bưu điện, fax hoặc email theo địa chỉ:

Health Net of California, Inc./Health Net Life Insurance Company Appeals & Grievances
PO Box 10348
Van Nuys, CA 91410-0348

Fax: 1-877-831-6019

Email: Member.Discrimination.Complaints@healthnet.com (đối với Hội viên) hoặc
Non-Member.Discrimination.Complaints@healthnet.com (đối với Người nộp đơn)

Đối với các chương trình HMO, HSP, EOA và POS được cung cấp thông qua Health Net of California, Inc.: Nếu vấn đề sức khỏe của quý vị là khẩn cấp, nếu quý vị đã nộp đơn than phiền cho Health Net of California, Inc. và không hài lòng với quyết định này hoặc đã hơn 30 ngày kể từ khi quý vị nộp đơn than phiền cho Health Net of California, Inc., quý vị có thể nộp Mẫu đơn khiếu nại/Mẫu duyệt xét y khoa độc lập cho Bộ Quản trị Chăm sóc Sức khỏe (California Department of Managed Health Care, DMHC). Quý vị có thể gửi đơn than phiền bằng cách gọi cho Bộ phận Trợ giúp của DMHC theo số 1-888-466-2219 (TDD: 1-877-688-9891) hoặc trực tuyến tại địa chỉ www.dmhc.ca.gov/FileaComplaint.

Đối với các chương trình PPO và EPO đã được Health Net Life Insurance Company bảo hiểm: Quý vị có thể gửi đơn than phiền bằng cách gọi cho Bộ Bảo hiểm California theo số 1-800-927-4357 hoặc trực tuyến tại địa chỉ <https://www.insurance.ca.gov/01-consumers/101-help/index.cfm>.

Nếu quý vị cho rằng mình đã bị kỳ thị vì lý do chủng tộc, màu da, nguồn gốc quốc gia, tuổi tác, tình trạng khuyết tật hoặc giới tính, quý vị cũng có thể gửi đơn than phiền về dân quyền cho Văn phòng Dân Quyền (Office for Civil Rights, OCR) thuộc Bộ Y tế và Dịch vụ Nhân sinh Hoa Kỳ, theo đường điện tử qua Cổng than phiền của OCR, tại địa chỉ <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf> hoặc qua đường bưu điện hoặc số điện thoại: 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).

Các mẫu đơn than phiền có sẵn tại địa chỉ <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.

Trang này cố ý để trống.

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, if you have an ID card, please call the Customer Contact Center number. Employer group applicants please call Health Net's Commercial Contact Center at 1-800-522-0088 (TTY: 711). Individual & Family Plan (IFP) applicants please call 1-877-609-8711 (TTY: 711).

Arabic

خدمات لغوية مجانية. يمكننا أن نوفر لك مترجم فوري. ويمكننا أن نقرأ لك الوثائق بلغتك. للحصول على المساعدة، يرجى الاتصال برقم مركز خدمة العملاء المبين على بطاقتك. فيما يتعلق بمقدمي طلبات مجموعة صاحب العمل، يرجى التواصل مع مركز الاتصال التجاري في Health Net عبر الرقم: 1-800-522-0088 (TTY: 711). فيما يتعلق بمقدمي طلبات خطة الأفراد والعائلة، يرجى الاتصال بالرقم 1-877-609-8711 (TTY: 711).

Armenian

Անվճար լեզվական ծառայություններ: Դուք կարող եք բանավոր թարգմանիչ ստանալ: Փաստաթղթերը կարող են կարդալ ձեր լեզվով: Եթե ID քարտ ունեք, օգնության համար խնդրում ենք զանգահարել Հաճախորդների սպասարկման կենտրոնի հեռախոսահամարով: Գործատուի խմբի դիմորդներին խնդրում ենք զանգահարել Health Net-ի Կոմերցիոն սպասարկման կենտրոն՝ 1-800-522-0088 հեռախոսահամարով (TTY՝ 711): Individual & Family Plan (IFP) դիմորդներին խնդրում ենք զանգահարել 1-877-609-8711 հեռախոսահամարով (TTY՝ 711):

Chinese

免費語言服務。您可使用口譯員服務。您可請人將文件唸給您聽並請我們將某些文件翻譯成您的語言寄給您。如需協助且如果您有會員卡，請撥打客戶聯絡中心電話號碼。雇主團保計畫的申請人請撥打 1-800-522-0088（聽障專線：711）與 Health Net 私人保險聯絡中心聯絡。Individual & Family Plan (IFP) 的申請人請撥打 1-877-609-8711（聽障專線：711）。

Hindi

बिना शुल्क भाषा सेवाएं। आप एक दुभाषिया प्राप्त कर सकते हैं। आप दस्तावेजों को अपनी भाषा में पढ़वा सकते हैं। मदद के लिए, यदि आपके पास आईडी कार्ड है तो कृपया ग्राहक संपर्क केंद्र के नंबर पर कॉल करें। नियोजित सामूहिक आवेदक कृपया हेल्थ नेट के कमर्शियल संपर्क केंद्र को 1-800-522-0088 (TTY: 711) पर कॉल करें। व्यक्तिगत और फैमिली प्लान (आईएफपी) आवेदक कृपया 1-877-609-8711 (TTY: 711) पर कॉल करें।

Hmong

Tsis Muaj Tus Nqi Pab Txhais Lus. Koj tuaj yeem tau txais ib tus kws pab txhais lus. Koj tuaj yeem muaj daim tus neeg nyeem cov ntaub ntawv rau koj ua koj hom lus hais. Txhawm rau pab cuam, yog tias koj muaj daim npav ID, thov hu rau Neeg Qhua Lub Chaw Tiv Toj tus npawb. Tus tswv ntiav neeg ua haujlwm pab pawg sau ntawv thov ua haujlwm thov hu rau Health Net Qhov Chaw Tiv Toj Kev Lag Luam ntawm 1-800-522-0088 (TTY: 711). Tus Neeg thiab Tsev Neeg Qhov Kev Npaj (IFP) cov neeg thov ua haujlwm thov hu rau 1-877-609-8711 (TTY: 711).

Japanese

無料の言語サービスを提供しております。通訳者もご利用いただけます。日本語で文書をお読みすることも可能です。ヘルプについては、IDカードをお持ちの場合は顧客連絡センターまでお電話ください。雇用主を通じた団体保険の申込者の方は、Health Netの顧客連絡センター（1-800-522-0088、TTY: 711）までお電話ください。個人・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。

Khmer

សេវាកាសាដោយឥតគិតថ្លៃ។ លោកអ្នកអាចទទួលបានអ្នកបកប្រែផ្ទាល់មាត់។ លោកអ្នកអាចស្តាប់គេអានឯកសារឱ្យ
លោកអ្នកជាភាសារបស់លោកអ្នក។ សម្រាប់ជំនួយ ប្រសិនបើលោកអ្នកមានប័ណ្ណសម្គាល់ខ្លួន សូមហៅទូរស័ព្ទទៅកាន់
លេខរបស់មជ្ឈមណ្ឌលទំនាក់ទំនងអតិថិជន។ អ្នកដាក់ពាក្យសុំគម្រោងជាក្រុមដែលជាបុគ្គលិក សូមហៅទូរស័ព្ទទៅ
កាន់មជ្ឈមណ្ឌលទំនាក់ទំនងរបស់ Health Net តាមរយៈលេខ 1-800-522-0088 (TTY: 711)។ អ្នកដាក់ពាក្យសុំ
គម្រោងជាលក្ខណៈបុគ្គល និងក្រុមគ្រួសារ (IFP) សូមហៅទូរស័ព្ទទៅកាន់លេខ 1-877-609-8711 (TTY: 711)។

Korean

무료 언어 서비스입니다. 통역 서비스를 받으실 수 있습니다. 문서 낭독 서비스를 받으실 수 있으며
일부 서비스는 귀하가 구사하는 언어로 제공됩니다. 도움이 필요하시면 ID 카드에 수록된 번호로
고객서비스 센터에 연락하십시오. 고용주 그룹 신청인의 경우 Health Net의 상업 고객서비스 센터에
1-800-522-0088(TTY: 711)번으로 전화해 주십시오. 개인 및 가족 플랜(IFP) 신청인의 경우
1-877-609-8711(TTY: 711)번으로 전화해 주십시오.

Navajo

Doo bą́ą́h ílínígóó saad bee háká ada'iiyeed. Ata' halne'ígíí da ła' ná hádíóót'ííł. Naaltsos da t'áá
shí shizaad k'ehjí shichí' yídooltah nínízingo t'áá ná ákódoolníł. Ákót'éego shíká a'doowoł nínízingo
Customer Contact Center hoolyéhijí' hodíílnih ninaaltsos nanítingo bee néého'dolzinígíí hodoonihjí'
bikáá'. Naaltsos nehiltsóosgo naanish bá dahikahígíí éí kojí' hodíílnih Health Net's Commercial
Contact Center 1-800-522-0088 (TTY: 711). T'áá hó dóó ha'átchíní (IFP) báhígíí éí kojí' hojilnih
1-877-609-8711 (TTY: 711).

Persian (Farsi)

خدمات زبان بدون هزینه. می توانید یک مترجم شفاهی بگیرید. می توانید درخواست کنید اسناد به زبان شما برایتان خوانده شوند. برای
دریافت کمک، اگر کارت شناسایی دارید، لطفاً با شماره مرکز تماس مشتریان تماس بگیرید. متقاضیان گروه کارفرما لطفاً با مرکز تماس
تجاری Health Net به شماره 1-800-522-0088 (TTY:711) تماس بگیرید. متقاضیان طرح فردی و خانوادگی (IFP) لطفاً با
شماره 1-877-609-8711 (TTY:711) تماس بگیرید.

Panjabi (Punjabi)

ਬਿਨਾਂ ਕਿਸੇ ਲਾਗਤ ਵਾਲੀਆਂ ਭਾਸ਼ਾ ਸੇਵਾਵਾਂ। ਤੁਸੀਂ ਇੱਕ ਦੁਭਾਸ਼ੀਏ ਦੀ ਸੇਵਾ ਹਾਸਲ ਕਰ ਸਕਦੇ ਹੋ। ਤੁਹਾਨੂੰ ਦਸਤਾਵੇਜ਼ ਤੁਹਾਡੀ ਭਾਸ਼ਾ
ਵਿੱਚ ਪੜ੍ਹ ਕੇ ਸੁਣਾਏ ਜਾ ਸਕਦੇ ਹਨ। ਮਦਦ ਲਈ, ਜੇ ਤੁਹਾਡੇ ਕੋਲ ਇੱਕ ਆਈਡੀ ਕਾਰਡ ਹੈ, ਤਾਂ ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ ਗਾਹਕ ਸੰਪਰਕ
ਕੇਂਦਰ ਨੰਬਰ ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ। ਮਾਲਕ ਦਾ ਗਰੁੱਪ ਬਿਨੈਕਾਰ, ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ ਹੈਲਥ ਨੈੱਟ ਦੇ ਵਪਾਰਕ ਸੰਪਰਕ ਕੇਂਦਰ ਨੂੰ
1-800-522-0088 (TTY: 711) 'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ। ਵਿਅਕਤੀਗਤ ਅਤੇ ਪਰਿਵਾਰਕ ਯੋਜਨਾ (IFP) ਬਿਨੈਕਾਰਾਂ ਨੂੰ ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ
1-877-609-8711 (TTY: 711) 'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ।

Russian

Бесплатная помощь переводчиков. Вы можете получить помощь переводчика. Вам могут прочитать
документы на Вашем родном языке. Если Вам нужна помощь и у Вас при себе есть карточка
участника плана, звоните по телефону Центра помощи клиентам. Участники коллективных планов,
предоставляемых работодателем: звоните в коммерческий центр помощи Health Net по телефону
1-800-522-0088 (TTY: 711). Участники планов для частных лиц и семей (IFP): звоните по телефону
1-877-609-8711 (TTY: 711).

Spanish

Servicios de idiomas sin costo. Puede solicitar un intérprete, obtener el servicio de lectura de documentos y recibir algunos en su idioma. Para obtener ayuda, si tiene una tarjeta de identificación, llame al número del Centro de Comunicación con el Cliente. Los solicitantes del grupo del empleador deben llamar al Centro de Comunicación Comercial de Health Net, al 1-800-522-0088 (TTY: 711). Los solicitantes de planes individuales y familiares deben llamar al 1-877-609-8711 (TTY: 711).

Tagalog

Walang Bayad na Mga Serbisyo sa Wika. Makakakuha kayo ng interpreter. Makakakuha kayo ng mga dokumento na babasahin sa inyo sa inyong wika. Para sa tulong, kung mayroon kayong ID card, mangyaring tumawag sa numero ng Customer Contact Center. Para sa mga grupo ng mga aplikante ng tagapag-emplo, mangyaring tumawag sa Commercial Contact Center ng Health Net sa 1-800-522-0088 (TTY: 711). Para sa mga aplikante ng Planong Pang-individuwal at Pampamilya (Individual & Family Plan, IFP), mangyaring tumawag sa 1-877-609-8711 (TTY: 711).

Thai

ไม่มีค่าบริการด้านภาษา คุณสามารถใช้ล่ามได้ คุณสามารถให้อ่านเอกสารให้ฟังเป็นภาษาของคุณได้ หากต้องการความช่วยเหลือ และคุณมีบัตรประจำตัว โปรดโทรหมายเลขศูนย์ลูกค้าสัมพันธ์ ผู้สมัครกลุ่มนายจ้าง โปรดโทรหาศูนย์ลูกค้าสัมพันธ์เชิงพาณิชย์ของ Health Net ที่หมายเลข 1-800-522-0088 (โทรมด TTY: 711) ผู้สมัครแผนบุคคลและครอบครัว (Individual & Family Plan: IFP) โปรดโทร 1-877-609-8711 (โทรมด TTY: 711)

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 được giúp đỡ, nếu quý vị có thẻ ID, vui lòng gọi đến số điện thoại của Trung Tâm Liên Lạc Khách Hàng. Những người nộp đơn xin bảo hiểm nhóm qua hãng sở vui lòng gọi Trung Tâm Liên Lạc Thương Mại của Health Net theo số 1-800-522-0088 (TTY: 711). Người nộp đơn thuộc Chương Trình Cá Nhân & Gia Đình (IFP), vui lòng gọi số 1-877-609-8711 (TTY: 711).

Health Net of California, Inc. và Health Net Life Insurance Company là công ty chi nhánh của Health Net, LLC. Health Net và Salud con Health Net là nhãn hiệu dịch vụ đã đăng ký của Health Net, LLC. Tất cả các thương hiệu/nhãn hiệu dịch vụ đã được xác định khác thuộc sở hữu của các công ty tương ứng. Mọi quyền được bảo lưu.

FRM038226VP00 (1/20)
LGEEFORM 1/20