



醫療和壽險 / AD&D 計畫是由 Health Net of California, Inc. 和 (或) Health Net Life Insurance Company 提供 (以上合稱「Health Net」)。牙科 HMO 計畫 (小兒牙科以外) 由 Dental Benefit Providers of California, Inc. 提供和管理，牙科 PPO 和補償式保險計畫 (小兒牙科以外) 則由 Unimerica Life Insurance Company 核保並由 Dental Benefit Administrative Services 管理 (以上合稱「DBP」)。視力計畫 (小兒視力以外) 由 Fidelity Security Life Insurance Company 提供，並由 EyeMed Vision Care, LLC 服務 (以上合稱「Fidelity」)。

小兒牙科 HMO 計畫由 Health Net of California, Inc. 提供。小兒牙科 PPO 和補償式計畫由 Health Net Life Insurance Company 提供。

DBP 和 Fidelity 都不是 Health Net 的關係企業。牙科和視力計畫 (小兒牙科或視力以外) 規定應盡的義務並非 Health Net 的義務，亦未由其保證。

歡迎加入 Health Net

填寫本表格的簡單步驟：

1. 閱讀投保信封袋中的資料。確定您瞭解雇主可提供給您的承保選項。
- 2a. **如果您拒絕**您自己和 (或) 受撫養人的**承保**，必須填寫第 7 部分。請勿填寫任何其他部分。
- 2b. **如果您接受**您自己和 (或) 受撫養人的**承保**，必須填寫第 1、2、3、5 和 8 部分。

平價醫療法案 (ACA) 規定，Health Net 必須向國稅局 (IRS) 確認您 (即投保人) 和您承保受撫養人的醫療保健承保。IRS 使用這些資訊確認每個會員都有最低基本承保，不受 ACA 個人責任分擔付款規定的限制。請確保您自己和您要投保的每個受撫養人社會安全號碼 (SSN) 正確無誤。如需更多有關個人責任分擔付款規定的資訊，請上網 <http://www.irs.gov/uac/Questions-and-Answers-on-the-Individual-Shared-Responsibility-Provision>。

3. 如果您選擇投保 WholeCare HMO、SmartCare HMO、Salud HMO y Más、PureCare HSP 或 Dental HMO (DHMO) 計畫，您必須選擇簽約醫師團體 (PPG)、主治醫師 (PCP) 或牙科服務提供者。請務必按照 Health Net 的網上 ProviderSearch (醫療服務提供者搜尋) 工具顯示的姓名 / 名稱和編號填寫。

備註：如果您沒有選擇簽約醫師團體、主治醫師和 (或) 牙科服務提供者，我們會為您選擇一個。

4. 如果您選擇投保 PPO 或 EPO 保險計畫，不需選擇簽約醫師團體或主治醫師即可投保。
5. 將填妥的申請表複印留做紀錄。**如果需要修改，請劃掉並於每一修改處簽上姓名首字母。請勿使用修正液。**

僅供管理使用：

現有企業 / 團體

PO Box 9103

Van Nuys, CA 91409-9103

www.healthnet.com

新企業 / 團體

請將所有填妥的文件寄給您的指定客戶主管或經紀人。

本頁刻意空白。

| 由雇主填寫 | |
|--|--------------|
| 雇主名稱： | |
| 要求的生效日期： | 雇主團體編號 (醫療)： |
| 員工符合資格日期(限新進員工)： | |
| <input type="checkbox"/> 同聘雇日期 <input type="checkbox"/> 其他：_____ | |

重要：請以黑筆正楷填寫所有部分。您有權在選擇計畫前先審閱福利和承保範圍摘要 (SBC)。如果您沒有所選擇計畫的 SBC，請與雇主聯絡。

| 1. 健保計畫資訊 (所有醫療計畫均含小兒牙科和視力承保。) | | | |
|--|---|--|--|
| Full HMO Network ¹ | | SmartCare HMO Network 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 Network 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 Network 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 + 替代兒童牙科 <input type="checkbox"/> Silver 70 EPO 2000/20 + 替代兒童牙科 | | <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 + 兒童牙科 <input type="checkbox"/> Silver 70 PPO 2000/45 + 兒童牙科 <input type="checkbox"/> Bronze 60 PPO 6300/75 + 兒童牙科 | | <input type="checkbox"/> Gold 80 PPO 0/30 + 兒童牙科 <input type="checkbox"/> PPO Gold Value <input type="checkbox"/> PPO Silver Value <input type="checkbox"/> PPO Bronze HSA | |
| 其他計畫： | | | |
| _____ | | | |
| 牙科 (DHMO) | 牙科 (DPPO) | 視力 (PPO) | |
| <input type="checkbox"/> HN Plus 150 <input type="checkbox"/> HN Plus 225 | <input type="checkbox"/> Classic 5 1500 (含齒顎矯正) <input type="checkbox"/> Essential 2 1000 <input type="checkbox"/> Essential 6 1500 <input type="checkbox"/> Classic 4 1500 <input type="checkbox"/> Essential 5 1500 (含齒顎矯正) | <input type="checkbox"/> Preferred 1025-2 <input type="checkbox"/> Preferred 1025-3 <input type="checkbox"/> Preferred Value 10-2 | |
| 2. 申請理由 | | | |
| <input type="checkbox"/> 計畫變更 <input type="checkbox"/> 地址 / 姓名變更 <input type="checkbox"/> 刪除受撫養人 (請在下方列出姓名) <input type="checkbox"/> 其他：_____ | <input type="checkbox"/> 新進員工 <input type="checkbox"/> 開放投保 特殊投保期間 合格事件日期：____/____/____ 新增受撫養人： <input type="checkbox"/> 結婚 <input type="checkbox"/> 新生兒 / 領養 / 法定監護權 / 法院命令 / 承擔親子關係 <input type="checkbox"/> 失去先前承保 <input type="checkbox"/> 同居伴侶關係 <input type="checkbox"/> 其他 (請說明)：_____ | <input type="checkbox"/> COBRA 生效日期：____/____/____ 合格事件：_____ 合格事件日期：____/____/____ | |
| 3. 員工個人資訊 | | | |
| 姓氏： | | 名字： | 中間名首字母： <input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性 |
| 住家地址： | | 城市： | 州： 郵遞區號： |
| 出生日期 (月 / 日 / 年)： | 社會安全號碼 / Matricular 身分證號碼 (所有申請人均須填寫)： | | 職稱： |
| 電話號碼： () | 工作電話號碼： () | 電子郵件地址： | |
| 聘雇日期： / / | 部門編號： | 婚姻狀態： <input type="checkbox"/> 單身 <input type="checkbox"/> 已婚 <input type="checkbox"/> 同居伴侶 | |
| 如有提供，我希望能收到西班牙文的通訊和計畫資訊： <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 | | | |
| 簽約醫師團體： | | 主治醫師： | |
| 簽約醫師團體 / 主治醫師註冊編號 (4 位數簽約醫師團體和 6 位數主治醫師編號)： | | 這是您目前的主治醫師嗎？ <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 | |
| 牙科 HMO 醫療服務提供者姓名 / 名稱： | | 牙科 HMO 醫療服務提供者編號： | |

員工姓名：_____

社會安全號碼後 4 碼：_____

| | | | |
|--|-----|---|----------|
| 4. 家人資訊，請列出所有要投保的符合資格家人。(如有需要請自行加頁。) | | | |
| 配偶 / 同居伴侶 <input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性 | 姓氏： | 名字： | 中間名首字母： |
| 住家地址： <input type="checkbox"/> 若與投保人相同，請勾選此方框 | | 城市： | 州： 郵遞區號： |
| 出生日期 (月 / 日 / 年)： | | 社會安全號碼 / Matricular 身分證號碼 (所有申請人均須填寫)： | |
| 簽約醫師團體： | | 主治醫師： | |
| 簽約醫師團體 / 主治醫師註冊編號 (4 位數簽約醫師團體和 6 位數主治醫師編號)： | | 這是您目前的主治醫師嗎？ <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 | |
| 牙科 HMO 醫療服務提供者姓名 / 名稱： | | 牙科 HMO 醫療服務提供者編號： | |

| | | | |
|--|-----|---|----------|
| <input type="checkbox"/> 兒子 <input type="checkbox"/> 女兒 | 姓氏： | 名字： | 中間名首字母： |
| 住家地址： <input type="checkbox"/> 若與投保人相同，請勾選此方框 | | 城市： | 州： 郵遞區號： |
| 出生日期 (月 / 日 / 年)： | | 社會安全號碼 / Matricular 身分證號碼 (所有申請人均須填寫)： | |
| 簽約醫師團體： | | 主治醫師： | |
| 簽約醫師團體 / 主治醫師註冊編號 (4 位數簽約醫師團體和 6 位數主治醫師編號)： | | 這是您目前的主治醫師嗎？ <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 | |
| 牙科 HMO 醫療服務提供者姓名 / 名稱： | | 牙科 HMO 醫療服務提供者編號： | |

| | | | |
|--|-----|---|----------|
| <input type="checkbox"/> 兒子 <input type="checkbox"/> 女兒 | 姓氏： | 名字： | 中間名首字母： |
| 住家地址： <input type="checkbox"/> 若與投保人相同，請勾選此方框 | | 城市： | 州： 郵遞區號： |
| 出生日期 (月 / 日 / 年)： | | 社會安全號碼 / Matricular 身分證號碼 (所有申請人均須填寫)： | |
| 簽約醫師團體： | | 主治醫師： | |
| 簽約醫師團體 / 主治醫師註冊編號 (4 位數簽約醫師團體和 6 位數主治醫師編號)： | | 這是您目前的主治醫師嗎？ <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 | |
| 牙科 HMO 醫療服務提供者姓名 / 名稱： | | 牙科 HMO 醫療服務提供者編號： | |

| | | | |
|--|-----|---|----------|
| <input type="checkbox"/> 兒子 <input type="checkbox"/> 女兒 | 姓氏： | 名字： | 中間名首字母： |
| 住家地址： <input type="checkbox"/> 若與投保人相同，請勾選此方框 | | 城市： | 州： 郵遞區號： |
| 出生日期 (月 / 日 / 年)： | | 社會安全號碼 / Matricular 身分證號碼 (所有申請人均須填寫)： | |
| 簽約醫師團體： | | 主治醫師： | |
| 簽約醫師團體 / 主治醫師註冊編號 (4 位數簽約醫師團體和 6 位數主治醫師編號)： | | 這是您目前的主治醫師嗎？ <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 | |
| 牙科 HMO 醫療服務提供者姓名 / 名稱： | | 牙科 HMO 醫療服務提供者編號： | |

5. 您或您的受撫養人是否有其他醫療保健承保？

否 是 如果勾選「是」，請填寫本部分，包括 Medicare。

| | | | | | | |
|--|---------|--------------|--|--|---|---------------------------|
| <input type="checkbox"/> 本人 | 姓名： | 其他保險公司的名稱： | | | 先前承保開始日期 (月/日/年)： | |
| 先前承保結束日期 (月/日/年)： | 終止承保理由： | 團體編號 / 保單編號： | 是否提供？ 醫療承保： <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 牙科承保： <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 視力承保： <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 | Medicare： <input type="checkbox"/> A 部分 <input type="checkbox"/> B 部分 | Medicare 理賠 / HICN 編號： | |
| <input type="checkbox"/> 配偶 <input type="checkbox"/> 同居伴侶 | 姓名： | 其他保險公司的名稱： | | | 先前承保開始日期 (月/日/年)： | |
| 先前承保結束日期 (月/日/年)： | 終止承保理由： | 團體編號 / 保單編號： | 這是您受撫養人的主要承保嗎？ <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 | 是否提供？ 醫療承保： <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 牙科承保： <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 視力承保： <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 | Medicare： <input type="checkbox"/> A 部分 <input type="checkbox"/> B 部分 | Medicare 理賠 / HICN 編號： |
| <input type="checkbox"/> 兒子 <input type="checkbox"/> 女兒 | 姓名： | 其他保險公司的名稱： | | | 先前承保開始日期 (月/日/年)： | |
| 先前承保結束日期 (月/日/年)： | 終止承保理由： | 團體編號 / 保單編號： | 這是您受撫養人的主要承保嗎？ <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 | 是否提供？ 醫療承保： <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 牙科承保： <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 視力承保： <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 | Medicare： <input type="checkbox"/> A 部分 <input type="checkbox"/> B 部分 | Medicare 理賠 / HICN 編號： |
| <input type="checkbox"/> 兒子 <input type="checkbox"/> 女兒 | 姓名： | 其他保險公司的名稱： | | | 先前承保開始日期 (月/日/年)： | |
| 先前承保結束日期 (月/日/年)： | 終止承保理由： | 團體編號 / 保單編號： | 這是您受撫養人的主要承保嗎？ <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 | 是否提供？ 醫療承保： <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 牙科承保： <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 視力承保： <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 | Medicare： <input type="checkbox"/> A 部分 <input type="checkbox"/> B 部分 | Medicare 理賠 / HICN 編號： |
| <input type="checkbox"/> 兒子 <input type="checkbox"/> 女兒 | 姓名： | 其他保險公司的名稱： | | | 先前承保開始日期 (月/日/年)： | |
| 先前承保結束日期 (月/日/年)： | 終止承保理由： | 團體編號 / 保單編號： | 這是您受撫養人的主要承保嗎？ <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 | 是否提供？ 醫療承保： <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 牙科承保： <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 視力承保： <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 | Medicare： <input type="checkbox"/> A 部分 <input type="checkbox"/> B 部分 | Medicare 理賠 / HICN 編號： |

6. 團體定期壽險 (若適用)。(額外受益人或次順位受益人請另外加頁。)

壽險 / AD&D 承保： 是 否

| | | |
|------------|-----|---|
| 壽險受益人(全名)： | 關係： | % |
| 壽險受益人(全名)： | 關係： | % |
| 壽險受益人(全名)： | 關係： | % |
| 壽險受益人(全名)： | 關係： | % |

¹在 Alameda、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 和 Yolo 各縣全區或部分地區提供。

²在 Los Angeles 和 Orange、Riverside、San Diego、San Bernardino、Santa Clara 和 Santa Cruz 各縣全區或部分地區提供。

³在 Orange 縣全區，以及 Kern、Los Angeles、Riverside、San Diego 和 San Bernardino 各縣的特定郵遞區號地區提供。

⁴在 Los Angeles 和 Orange 兩縣提供。

⁵備註：一般來說，在前一個年度期間通常雇用 20 位或更多員工的雇主，須遵守聯邦 COBRA 的規定。在前一個年度的工作日中至少 50% 時間雇用 2 至 19 位員工的雇主，須遵守 Cal-COBRA 的規定。如需協助確認您適用哪個法律，請諮詢您的法律顧問。

「計畫合約」是指 Health Net of California, Inc. 和 (或) Dental Benefit Providers of California, Inc. 的團體服務協議與承保範圍證明；「保險保單」是指 Health Net Life Insurance Company、Unimerica Life Insurance Company 和 (或) Fidelity Security Life Insurance Company 的團體保單和保險證書。

員工姓名：_____

社會安全號碼後 4 碼：_____

7. 拒絕承保 (如果您或您的符合資格受撫養人要拒絕任何承保，請填寫此部分。)

員工個人資訊

| | | | |
|-----|-----|---------|----------------------------|
| 姓氏： | 名字： | 中間名首字母： | 社會安全號碼 / Matricular 身分證號碼： |
|-----|-----|---------|----------------------------|

| | |
|--|--|
| 下列人士拒絕醫療承保： <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 配偶 <input type="checkbox"/> 同居伴侶 <input type="checkbox"/> 受撫養人 姓名：_____ | 理由： <input type="checkbox"/> 透過此雇主取得的其他團體承保 <input type="checkbox"/> 個人承保 <input type="checkbox"/> 透過其他團體 (即配偶的雇主) 取得的其他團體承保 <input type="checkbox"/> 其他：_____ |
| 下列人士拒絕牙科承保： <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 配偶 <input type="checkbox"/> 同居伴侶 <input type="checkbox"/> 受撫養人 姓名：_____ | 理由： <input type="checkbox"/> 透過此雇主取得的其他團體承保 <input type="checkbox"/> 個人承保 <input type="checkbox"/> 透過其他團體 (即配偶的雇主) 取得的其他團體承保 <input type="checkbox"/> 其他：_____ |
| 下列人士拒絕視力承保： <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 配偶 <input type="checkbox"/> 同居伴侶 <input type="checkbox"/> 受撫養人 姓名：_____ | 理由： <input type="checkbox"/> 透過此雇主取得的其他團體承保 <input type="checkbox"/> 個人承保 <input type="checkbox"/> 透過其他團體 (即配偶的雇主) 取得的其他團體承保 <input type="checkbox"/> 其他：_____ |

如果您要拒絕承保 – 請停下來仔細閱讀

我已經決定拒絕我本人和 (或) 我的受撫養人的承保。我瞭解，我的受撫養人和我可能必須等到下次年度開放投保期間或因合格事件而有的特殊投保期間才能投保。我的雇主已向我說明可取得的承保，我也有機會申請可取得的承保。此外，我於下方簽名即表示，我證明盡我所知或所信，我拒絕承保的理由就是以上所勾選的理由。

員工簽名：_____ 日期：_____

(只有拒絕承保才須在此簽名。如果不小心簽了名，請劃掉並簽上姓名首字母。)

8. 接受承保 (必須簽名。)

California 法律禁止健康保險公司要求或使用 HIV 檢測做為取得健康保險承保的前提。

確認與同意：我瞭解並同意，向 Health Net、DBP 和 (或) Fidelity 投保或接受其服務，即表示我和任何投保受撫養人均有義務，應瞭解並遵守計畫合約或保險保單的條款、條件和規定。我聲明我已閱讀並瞭解本申請表的條款，且我於下方簽名即表示盡我所知本申請表中所填資訊均為完整、真實、正確，而且我接受這些條款。

約束性仲裁協議：我 (申請人) 瞭解並同意，我 (包括我的任何投保家人或繼承人或個人代表) 與 Health Net 間的任何和一切爭議，均須交付約束性仲裁做為最終解決方式，不進行陪審團或法院審訊。本仲裁協議包括基於任何法律理論，任何因承保範圍證明或保險證書或我的 Health Net 會籍或承保而起或相關的爭議。即使有其他當事人 (例如醫療服務提供者或其代理人或員工) 涉入爭議，本爭議仲裁協議也同樣適用。我瞭解，所有當事人 (包括 Health Net) 同意將所有爭議交付約束性仲裁做為最終解決方式時，即放棄在法庭上由陪審團審理其爭議之憲法權利。我也瞭解，我和 Health Net 之間有關主張醫療疏失 (即所提供的任何醫療服務是否非必需或未經授權，或提供方式不當、疏忽或不能勝任) 而可能發生的爭議，亦應交付約束性仲裁做為最終解決方式。我瞭解，承保範圍證明或保險證書包含更詳細的仲裁規定。如果雇主的計畫受 ERISA (美國法典第 29 編第 1001-1461 節) 規範，強制仲裁可能不適用某些爭議。我在下方簽名即表示，我瞭解並同意本約束性仲裁協議的條款，我也同意所有爭議均應交付約束性仲裁而非法院審理。

員工簽名：_____ 日期：_____

(只有接受承保才須在此簽名。如果不小心簽了名，請劃掉並簽上姓名首字母。)

如果您需要協助填寫本表格，或有關於承保的疑問，請撥打下列 Health Net 客戶聯絡中心免付費電話：

| | |
|------|----------------|
| 英語 | 1-800-522-0088 |
| 廣東話 | 1-877-891-9053 |
| 韓語 | 1-877-339-8596 |
| 普通話 | 1-877-891-9053 |
| 西班牙語 | 1-800-331-1777 |
| 塔加洛語 | 1-877-891-9051 |
| 越南語 | 1-877-339-8621 |

如果您有關於牙科、視力或壽險承保的疑問，請撥打：

| | |
|----|----------------|
| 牙科 | 1-866-249-2382 |
| 視力 | 1-866-392-6058 |
| 壽險 | 1-800-865-6288 |

如果您有關於簽約醫師團體或主治醫師的疑問，請直接撥簽約醫師團體的電話，或撥 1-800-641-7761 聯絡 Health Net 醫療服務提供者服務部。

在收到永久會員卡之前，您可以使用 Health Net 投保登記表充當臨時會員卡。

急診與緊急需求照護：

- 如果您的情況會危及生命或需要急診：請撥 911 或直接前往最近的醫院。
- 如果您的情況不是那麼嚴重：如果您無法打電話給主治醫師或醫師團體，或您立即需要醫療保健，請前往最近的醫院或緊急醫療中心。
- 如果您在醫師團體的服務區域外：請前往最近的醫院、醫療中心或撥 911。無論如何，請儘快聯絡您的主治醫師或簽約醫師團體，告訴他們您的情況。
- 在住院後 48 小時內或儘快撥打您會員卡上的電話號碼。

預先證明：

您(即會員)應負責為特定服務取得證明。請查閱您的計畫證書，確定需取得預先證明的服務清單。

如需預先證明，請致電 1-800-977-7282。

殘疾病況：

如果您或您家人於先前健康保險公司承保終止日期時已有殘疾，並因雇主的保險保單終止而喪失承保，您可能有權按加州保險法典第 10128 節的規定延長健康福利。根據該法律規定，先前保險公司的責任應持續到以下任一情況最早發生的時間為止：(a) 會員不再是完全殘疾；(b) 先前保險公司已給付承保的福利上限；或 (c) 從先前保險公司承保終止日期起算已經過了連續 12 個月。

產品 / 實體：

Health Net of California, Inc. 提供下列產品：

PureCare HSP Network、CommunityCare HMO Network、Full HMO Network、WholeCare HMO Network、SmartCare HMO Network 和 Salud HMO y Más Network。

Health Net Life Insurance Company 提供下列產品：

PureCare One EPO Network、PPO、壽險和 AD&D 保險。

Dental Benefit Providers of California, Inc. 提供下列產品：

牙科 HMO (DHMO)。

Unimerica Life Insurance Company 提供下列產品：

牙科 PPO 和牙科補償式保險。

Fidelity Security Life Insurance Company 提供下列由

EyeMed Vision Care, LLC 服務的產品：PPO Vision。

拒絕承保：

如果您因為有其他健康保險的承保而拒絕為您自己或符合資格的受撫養人投保，而您喪失了該承保，或如果您因為結婚、生產、領養或領養安置而有新的受撫養人，您和您的受撫養人可能符合資格可取得特別投保權。您必須在喪失承保或有新受撫養人後 60 天內申請特別投保。

Health Net 遵守相關的聯邦民權法律規定，不會因為種族、膚色、原始國籍、年齡、殘疾或性別而歧視任何人。Health Net 不會因為種族、膚色、原始國籍、年齡、殘疾或性別而排除任何人或給予差別待遇。

Health Net：

- 為殘疾人士提供免費協助和服務，例如合格手語翻譯員和其他形式的書面資訊 (大字體、無障礙電子格式、其他形式)，以便與我們有效地溝通。
- 為主要語言不是英文的民眾提供免費語言服務，例如合格口譯員和其他語言版本的書面資訊。

如果您需要相關服務，請聯絡 Health Net 的客戶聯絡中心，電話 **1-800-522-0088 (聽障專線：711)**。

如果您認為 Health Net 沒有提供這些服務或因為種族、膚色、原始國籍、年齡、殘疾或性別而有其他方式的歧視，您可撥打以上電話提出申訴並告訴服務人員您需要協助提出申訴；Health Net 的客戶聯絡中心可以幫助您。

您也可以通過寫信：Health Net, PO Box 10348, Van Nuys, California 91410-0348，或通過傳真：1-877-831-6019，或上網：healthnet.com 提出申訴。

您也可以向 U.S. Department of Health and Human Services, Office for Civil Rights 提出民權投訴，只要前往 Office for Civil Rights 投訴入口網站 <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf> 或寫信或致電提出投訴，聯絡資訊：U.S. Department of Health and Human Services, 200 Independence Avenue SW, Room 509F, HHH Building, Washington, DC 20201；電話 1-800-368-1019 (聽障專線：1-800-537-7697)。

投訴表可在網站取得，網址 <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>。

州管理機構審查進行中

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'doowoł nínízingo naaltsoos bee néího'dóliníngíí bikáa'gi béesh bee hane'í bikáa' 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'doowoł jinízingo: PPO éí doodaii' EPOqjí Health Net Life Insurance Company wolyéhíjí béeso ách'ááqá h 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'ááqá h 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 ਨਾਮਾਕਿਤ 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 ਨਾਮਾਕਿਤ 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.