

要求的生效日期

申請表必須用打字方式或用藍色或黑色墨水筆填寫。

□□ / □□ / □□□□

承保生效日期：僅限於年度開放投保期間(即 2015 年 11 月 1 日至 2016 年 1 月 31 日)或特殊投保期間投保。必須在合格事件起 60 天內收到申請表。一般而言，若在 1 號至 15 號之間收到申請，承保會在繳交申請表的次月 1 號生效。若在 16 號至月底之間收到申請，承保會在繳交申請表的次月 1 號生效。

如果您目前投保 Medicare 計畫，您就不符合申請個人與家庭計畫的資格。

Health Net Life Insurance Company (Health Net) 要求投保健康保險的每個人均須提供社會安全號碼 (SSN)，包括配偶和受撫養子女。這樣我們才能依照平價醫療法案的規定提供承保確認書供您報稅使用。除法律規定外，Health Net 不會將您的 SSN 用於其他目的，也不會與任何人分享。

代理人 / 經紀人不得代表申請人簽署本申請表和協議。

重要：如申請人不會讀 / 寫英文，請參閱第 V 部分。 Individual & Family Plan PPO 投保申請表備有中文版和西班牙文版。您也可以請其他人唸給您聽。如需免費協助，請撥 1-877-609-8711。如果您需要協助填寫本申請表，代理人 / 經紀人可以協助您。協助您閱讀和填寫本申請表的代理人 / 經紀人必須在申請表上簽名(請參閱第 VI 部分)。

我(和我的受撫養人，如適用)要在以下期間提出申請：

年度開放投保期間 特殊投保期間(請參閱第 IV 部分)

第 I 部分：申請人資訊

主要申請人的姓氏：		名字：		中間名首字母：		<input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性	
帳單地址：							
通訊地址：							
住家地址：							
城市：			州：	郵遞區號：		申請人住家所在的郡：	
住家電話號碼： ()		公司電話號碼： ()		行動電話號碼： ()		電子郵件地址：	
主要申請人的出生日期 (月 / 日 / 年)： / /		主要申請人的社會安全號碼(所有申請人均須填寫)： - -			主要投保人的 Health Net 會員卡號碼(僅適用新增受撫養人和變更要求)：		
請選擇您的語言偏好(非必填)： <input type="checkbox"/> 英文 <input type="checkbox"/> 西班牙文 <input type="checkbox"/> 中文							

第 II 部分：請告訴我們您要幫誰投保並選擇產品

A. 申請理由	B. 付款資訊
<input type="checkbox"/> 新申請(勾選以下家人類型) <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 本人和配偶 <input type="checkbox"/> 本人和同居伴侶 <input type="checkbox"/> 本人和一個子女 <input type="checkbox"/> 本人和多個子女 <input type="checkbox"/> 本人、配偶和子女 <input type="checkbox"/> 本人、同居伴侶和子女 <input type="checkbox"/> 只有子女 <input type="checkbox"/> 新增受撫養人 <input type="checkbox"/> 變更要求(僅限開放或特殊投保期間可變更)	首期保費付款 <input type="checkbox"/> 支票付款(金額必須與月保費相符。) 郵寄申請 請把填好的支票附在填好申請表中一併寄至： Health Net Individual & Family Enrollment PO Box 1150 Rancho Cordova, CA 95741-1150 傳真申請 把填好的申請表傳真至 1-800-977-4161，再把填好的支票郵寄至： Health Net Individual & Family Enrollment PO Box 894702 Los Angeles, CA 90189-4072 現有會員可上網 www.healthnet.com ，然後點選 <i>Make A Payment Now</i> (立即付款) 按鈕查看其他付款選項。

(接下頁)

□□□□	-	□□	-	□□□□
------	---	----	---	------

第 II 部分：請告訴我們您要幫誰投保並選擇產品 (承前)

C. 承保選擇

Health Net Life Insurance Company PPO 計畫使用 Health Net 的 PPO 醫療網。

- Health Net Platinum 90 PPO
- Health Net Gold 80 PPO
- Health Net Silver 70 PPO
- Health Net Bronze 60 PPO
- Health Net Minimum Coverage PPO — 提供給未滿 30 歲的民眾。您如果年滿 30 歲且豁免無須遵守維持最低基本承保的聯邦規定，您可能也符合本計畫資格。豁免證明必須與本申請表一併提交。

自選承保：成人牙科 / 視力計畫 (年滿 19 歲)。

- Dental¹ and Vision Plus — 如果為主要申請人購買 Dental and Vision Plus，所有年滿 19 歲的家人也將投保 Dental and Vision Plus 計畫。Dental and Vision plus 只能在開放投保或特殊投保期間與醫療承保一併購買，或附加於醫療承保。

¹本牙科計畫是補償式 / 定期補償計畫。

備註：所有醫療計畫均含小兒牙科 PPO 和小兒視力承保。個人將按醫療計畫規定取得小兒牙科和視力承保，直到滿 19 歲當月最後一天為止。

第 III 部分：要投保的家人

列出您本人以外所有符合資格並且要投保的家人。如果所列家人和您不同姓氏，請另外加頁解釋原因。如還有其他受撫養人，請自行加頁填寫應提供資訊。

- 如有加頁，請在這裡打勾。請在加頁的右上角填寫主要申請人的社會安全號碼。

備註：如果家人要求的健康保險計畫與主要投保人不同，每個要求不同計畫的家人都要填寫並繳交另外一份申請表。參加不同的保單表示，每個人都要支付所選計畫規定的個人自付額和自費額上限，而且家人無法一起累積家庭自付額和(或)自費額上限。

申請同居伴侶承保時，應符合所有資格規定 (按 California 州相關法律規定)，且應向加州州務卿 (California Secretary of State) 申報同居伴侶共同聲明。

關係	姓氏	名字	中間名首字母
<input type="checkbox"/> 配偶 <input type="checkbox"/> 同居伴侶			
社會安全號碼		出生日期	
- -		/ /	
關係子女 1	姓氏	名字	中間名首字母
<input type="checkbox"/> 兒子 <input type="checkbox"/> 女兒			
社會安全號碼		出生日期	
- -		/ /	
關係子女 2	姓氏	名字	中間名首字母
<input type="checkbox"/> 兒子 <input type="checkbox"/> 女兒			
社會安全號碼		出生日期	
- -		/ /	
關係子女 3	姓氏	名字	中間名首字母
<input type="checkbox"/> 兒子 <input type="checkbox"/> 女兒			
社會安全號碼		出生日期	
- -		/ /	

□□□□	-	□□□□	-	□□□□
------	---	------	---	------

第 III 部分：要投保的家人 (承前)

現有保單加保一名受撫養子女 (新生兒、領養 / 領養安置、繼子女或產生親子關係)

受撫養子女的姓氏：		名字：	中間名首字母：
受撫養子女的出生日期 (月 / 日 / 年)：		領養 / 領養安置或其他適用合格事件的日期 (月 / 日 / 年)：	
<input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性	社會安全號碼：	主要投保人的 Health Net 會員卡號碼：	
主治醫師編號：			既有病人： <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否

一般條件：Health Net Life Insurance Company (HNL) 保留權利可拒絕未在出生日期、領養日期或其他適用合格事件日期起 60 天內收到的投保申請。兌現您的支票不表示您的申請已獲得核准。如您的申請遭拒，已繳款項將會退還給您。Health Net 任何其他部門、主管、代理人或員工都沒有核准投保的權利。主要被保人的經紀人或代理人無法核准、變更條款或豁免本申請的任何規定。本申請表將成為保險保單的一部分。

請匯付該受撫養子女的首月保費。請注意：如果該子女的承保生效日期不是月份 1 號，您就需要額外支付按比例計算的保費，該筆費用會加到您下一期的保費帳單。

本申請表和仲裁條款均須由主要被保人簽名。主要被保人必須親自以墨水筆簽名，並同意遵守仲裁條款以及申請表和保險保單的條款、條件和規定，本申請表才會獲得處理。經紀人或任何其他人均不得在本申請表和仲裁條款上簽名，本申請表才會獲得考慮。

第 IV 部分：特殊投保期間

除了開放投保期間，您和您的受撫養人也符合資格可在特殊投保期間 (特定合格事件起 60 天內) 投保或變更計畫。一般而言，若在 1 號至 15 號之間收到申請，承保會在繳交申請表的次月 1 號生效。若在 16 號至月底之間收到申請，承保會在繳交申請表的次月 1 號生效。以上生效日期會有例外情況，包括生產、領養、領養安置或透過子女撫養令或其他法院命令，會在發生合格事件或法院命令當天生效；結婚則在收到申請表後次月 1 號生效。必須在合格事件起 60 天²內收到申請表。必須提供合格事件的文件。請在下面填寫適用的合格事件以及適用對象的姓名。如有更多受撫養人，請加頁填寫。

合格事件編號 (請參閱下頁表格)	事件日期 ²	主要申請人	配偶 / 同居伴侶	受撫養人 1	受撫養人 2	受撫養人 3

(接下頁)

²如果在您喪失承保前收到您的申請表，生效日期將是喪失承保的次月 1 號。如果在喪失承保後 60 天期間收到申請表，生效日期將是收到申請表後次月 1 號。

第 IV 部分：特殊投保期間(承前)

合格事件	文件範例
1) 合格個人或其受撫養人喪失最低基本承保，可能是基於以下理由之一(不包括自願終止先前承保或由於未繳保費而終止承保)：	
A. 承保員工身故。	下列其中一份文件的複本：
B. 承保員工聘僱終止或工時縮減。	• 前保險公司提供的喪失承保通知。
C. 承保員工與其配偶離婚或合法分居。	• 雇主提供的喪失承保通知。
D. 承保員工有權取得 Medicare 福利。	• 前保險公司會員卡的正反兩面影本。
E. 受撫養子女不再是本計畫一般適用規定認定的受撫養子女。	
F. 任何時間退休的承保員工之雇主在 1986 年 7 月 1 日或其後根據美國法典第 11 編提起破產訴訟程序。在此情況下，喪失承保包括訴訟開始當天的前後一年內合格受益人(配偶/同居伴侶、受撫養子女或死者的配偶/同居伴侶)相關承保實質消滅。	
G. 投保任何非日曆年度團體健保計畫或個人健康保險承保，即使合格個人或其受撫養人可選擇該承保續約也不例外。喪失承保的日期是計畫或保單年度最後一天。	
H. 除未繳保費或因詐欺或蓄意對重大事實做出不實陳述而撤銷承保的情況之外，因任何其他理由喪失最低基本承保。	視情況提供文件。
I. 終止雇主提撥。	雇主的提撥終止通知。
J. 用盡 COBRA 持續承保。	顯示承保用盡的 COBRA 文件。
2) A. 合格個人透過婚姻、同居伴侶關係、生產、領養、領養安置或產生親子關係而新增受撫養人或變成受撫養人。	法院文件、出院紀錄或產生親子關係的公證宣誓書。
B. 計畫參加者失去受撫養人或因離婚或合法分居，根據如離婚或合法分居所在州的州法律定義認定不再是受撫養人，或計畫參加者或其受撫養人死亡。	
3) 合格個人或其受撫養人投保或未投保健保計畫屬於非蓄意、意外或錯誤，且是 Exchange 或 Department of Health and Human Services 或其執行機構的主管、員工或代理人的錯誤、不實陳述、不當行為或不作為造成的結果。	視情況提供文件。
4) 計畫參加者或其受撫養人所投保的健保計畫實質違反其合約的重要規定。	視情況提供文件。
5) 合格個人或計畫參加者或其受撫養人因永久搬遷而能取得新的健保計畫。	下列其中一份文件的複本： • 租約。 • 貸款帳單。 • 第一份水電費或電話費帳單。
6) 根據有效的州或聯邦法院命令，強制他(她)以受撫養人身分納入承保範圍。	法院文件。
7) 他(她)已出獄。	假釋或緩刑文件。

(接下頁)

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

第 IV 部分：特殊投保期間(承前)

合格事件	文件範例
8) 他(她)按其他健康福利計畫規定，接受不再與該健保計畫簽約的特約醫療服務提供者提供下列任何病況的服務：(a) 急性病況(因為疾病、傷害或其他醫療問題而突然出現症狀的醫療狀況，而此狀況必須立即醫治，且持續時間較為短暫)；(b) 嚴重慢性病況(因為疾病、不適或其他醫療問題或醫療障礙引起的嚴重醫療狀況，且長期持續而無法痊癒，或隨時間惡化，或必須持續治療才能緩和或避免惡化)；(c) 末期疾病(無法治癒或無法挽回，且極有可能在一年內或更短時間內造成死亡的狀況)；(d) 懷孕；(e) 從出生至年齡滿 36 個月的新生兒照護；或 (f) 由醫療提供者建議和記錄，在合約終止日期或新受保人的承保生效日期起 180 天內進行的外科手術或其他程序，且該醫療服務提供者不再與健保計畫簽約。	醫師註明日期的信函。
9) 若是透過 Exchange 提供的健康福利計畫，他(她)向 Exchange 證明，或若是在 Exchange 以外提供的健康福利計畫，則向 California Department of Insurance 證明，他(她)沒有在上次可投保期間投保健康福利計畫，是因為得到的訊息錯誤，讓他(她)以為自己有最低基本承保。	視情況提供文件。
10) 他(她)是根據美國法典第 32 編服役而退役的美國軍隊後備軍人成員或加州國民警衛隊成員。	現役狀態文件。
11) 剛符合或失去保費免稅額預付款資格，或分攤費用減免資格變更。	顯示您符合資格可取得之保費協助的預付保費免稅額(APTC)文件。
12) 他(她)喪失醫療所需的 Medicaid 承保(不包括自願終止先前承保或由於未繳保費而終止承保)。	Medicaid 文件
13) 他(她)喪失與懷孕有關的 Medicaid 承保(不包括自願終止先前承保或由於未繳保費而終止承保)。	Medicaid 文件

第 V 部分：Individual & Family Plan 標準投保的例外 – 問責聲明

第 V 部分說明：當申請人因為無法讀、寫和(或)說本登記表的語言而無法填寫本申請表時，即可使用下列流程。Health Net 規定，如需協助填寫本申請表，您必須得到合格口譯員的協助。Health Net 會在您要求時免費提供合格口譯員服務。請與 Health Net 聯絡，電話 1-877-609-8711，查詢有關合格口譯員服務和如何取得相關服務的資訊。本表格必須與 Individual & Family Plan 投保申請表一併繳交(如適用)。

<p>Health Net 合格口譯員 – 若由 Health Net 合格口譯員協助，請填寫下列部分。</p> <p>我是 _____，接受 Health Net 授權的合格口譯員協助填寫本申請表，因為我：</p> <p><input type="checkbox"/> 不會閱讀本申請表的語言。 <input type="checkbox"/> 不會說本申請表的語言。</p> <p><input type="checkbox"/> 不會寫本申請表的語言。 <input type="checkbox"/> 其他(請解釋)： _____</p> <p>合格口譯員協助我填寫：<input type="checkbox"/> 整份申請表。</p> <p><input type="checkbox"/> 其他(請解釋)： _____</p> <p>合格口譯員用下列語言把本申請表的內容唸給我聽： _____</p>	
申請人簽名：	今天的日期：
口譯申請表的日期：	口譯申請表的時間：
合格口譯員編號：	

第 VI 部分：申請人的代理人 / 經紀人資訊

請完整填寫代理人 / 經紀人姓名和地址，才能將通訊寄送給代理人 / 經紀人。

Health Net 經紀人編號：		Health Net 直接銷售代理人編號：	
姓名 (請以正楷填寫)：	電話號碼：	傳真號碼：	
地址：		電子郵件地址：	
申請人的代理人 / 經紀人簽名 / 編號 (必填)：			簽名日期 (必填)：

代理人 / 經紀人證明

我是 _____ (代理人 / 經紀人姓名)，

(備註：您必須勾選適當的方格。您只能勾選一個方格。)

(_____) 並未以任何方式協助申請人填寫或繳交本申請表。所有資訊均由申請人填寫，我並未提供任何種類的協助或建議。

或

(_____) 協助申請人繳交本申請表。我已告訴申請人必須完整誠實回答所有問題，且不應對申請表中要求提供的任何資訊有所保留。我已解釋對資訊有所保留可能會導致承保日後遭到撤銷或取消。申請人已向我表示，其已瞭解這些說明和警語。盡我所知，本申請表上的資訊均為完整且正確。我已用容易理解的詞句向申請人解釋提供不正確資訊對申請人的風險，且申請人明白我的解釋。

如果我蓄意將我所知的任何重要事實做不實陳述，除任何適用罰款和現行法律允許的救濟措施外，我還將被處以最多一萬元 (\$10,000) 的民事罰款。請回答第 1 到第 3 題所有問題。

- 誰填寫並完成本申請表？ _____
- 您是否親眼看到申請人在申請表上簽名？ 是 否
- 您是否在申請人簽名後檢閱本申請表內容？ 是 否

第 VII 部分：投保條件

一般條件：**Health Net 保留權利可在申請人因未達資格條件而不符合承保資格時拒絕任何投保申請。**即使您已經向 Health Net 繳交第一個月的保費，仍須等到 Health Net 的會籍部接受本申請並核發接受通知給申請人後才能取得承保。兌現您的支票不表示您的申請已獲得核准。如您的申請遭拒，已繳款項將會退還給您。Health Net 任何其他部門、主管、代理人或員工都沒有核准投保的權利。申請人的代理人或經紀人都無法核准本申請表、變更本申請表條款或豁免本申請表的規定。本申請表將成為保險保單的一部分。

申請表資料中如有任何詐欺或蓄意不實陳述任何重要事實，均可構成保險保單核發後 24 個月期間退保並撤銷保險保單的理由。Health Net 可要求保單持有者 (或向您或申請人要求) 退還因這類詐欺或蓄意不實陳述重要事實取得的承保服務而給付的金額。

如果唯一申請人是未成年人：如果本申請表的唯一申請人未滿 18 歲，則申請人的父母或法定監護人必須簽名。在申請表上簽名即表示簽名者同意承擔對本申請表中資訊的正確性與繳交保費之法律責任。如該負責人並非申請人的親生父母，則繳交本申請表時應一併附上授權監護權的法院文件或產生親子關係的公證宣誓書。

如果申請人看不懂本申請表的語言：如果申請人看不懂本申請表的語言，並由口譯員協助填寫本申請表，則申請人必須簽名並繳交問責聲明 (請參閱本申請表第 V 部分：「Individual & Family Plan 標準投保的例外 - 問責聲明」)。

(接下頁)

□	□	□	-	□	□	-	□	□	□	□
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

第 VIII 部分：重要規定

注意：為保護您，California 法律規定本表格應載有下列文字。任何人蓄意提出不實或欺詐的損失給付理賠申請，均屬犯法行為，可能處以罰鍰並監禁於州立監獄。

禁止要求 HIV 檢測：California 法律禁止醫療保健服務、計畫或保險公司以規定應接受 HIV 檢測或使用 HIV 檢測做為取得承保之條件。

確認與同意：我(即申請人)瞭解並同意，當我投保 Health Net 或接受 Health Net 的服務時，即表示我和任何投保受撫養人均應遵守保險保單的條款、條件和規定。

如需取得保險保單複本，請撥打 Health Net 電話 1-877-609-8711。本人(即申請人)表示，本人已閱讀並瞭解本申請書之條款，且本人於下方簽名即表示本申請表內所填資訊均完整、真實、正確，且本人接受申請表條款。

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。本仲裁協議包括因保險保單或我的 Health Net 承保而引起或相關的任何爭議，無論是基於任何法律理論而主張。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，保險保單中有更詳細的仲裁規定。如果保險保單受 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。

申請人或父母或法定監護人(如申請人未滿 18 歲) 簽名：	簽名日期：	申請人的受撫養人(年滿 18 歲) 簽名：	簽名日期：
配偶 / 同居伴侶或申請人的受撫養人(年滿 18 歲) 簽名：	簽名日期：	申請人的受撫養人(年滿 18 歲) 簽名：	簽名日期：
申請人的受撫養人(年滿 18 歲) 簽名：	簽名日期：	申請人的受撫養人(年滿 18 歲) 簽名：	簽名日期：

本申請表和本仲裁條款都必須由申請人簽名。申請人必須親自以墨水筆簽名，並同意遵守仲裁條款和申請表以及保險保單的條款、條件和規定，本申請表才會獲得處理。代理人 / 經紀人或任何其他人均不得在本申請表和仲裁條款上簽名，本申請表才會獲得考慮。

個人支票上的收款人請寫「Health Net」。如果您要郵寄繳回填妥的申請表，請寄至：Health Net Individual & Family Enrollment, PO Box 1150, Rancho Cordova, CA 95741-1150. 如果您想傳真申請表，請傳真至 1-800-977-4161，再將支票郵寄至：Health Net Individual & Family Enrollment, PO Box 894702, Los Angeles, CA 90189-4072.

您可繳交本申請表和授權表的影本或傳真。Health Net 建議您將本申請表和授權表保留一份做為紀錄。

本文中凡提及「Health Net」時，均包括負責核保或管理本投保申請表適用之承保的 Health Net 關係企業和子公司。「保險保單」指的是 Health Net Life Insurance Company Individual & Family Plan Policy PPO Plan。

Health Net Life Insurance Company 是 Health Net, Inc. 的子公司。Health Net 是 Health Net, Inc. 的註冊服務標章。保留所有權利。

本頁刻意空白。

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 Health Net's Commercial Contact Center at 1-800-522-0088. Individual & Family Plan (IFP) applicants please call 1-877-609-8711. For more help: If you are enrolled in a PPO or EPO insurance policy underwritten by Health Net Life Insurance Company, call the CA Dept. of Insurance at 1-800-927-4357. If you are enrolled in a HMO or HSP plan provided by Health Net of California, Inc., call the DMHC Helpline at 1-888-HMO-2219. Your ID card indicates whether your plan was issued by Health Net Life Insurance Company or Health Net of California, Inc.

English

Servicios de Idiomas Sin Costo. Usted puede solicitar un intérprete. Puede solicitar que se le lean los documentos y que algunos de ellos se le envíen en su idioma. Para obtener ayuda, llámenos al número que aparece en su tarjeta de identificación; los solicitantes de grupo de empleadores deben llamar al Centro de Comunicación Comercial de Health Net al 1-800-522-0088. Los solicitantes del Plan Individual y Familiar (por sus siglas en inglés, IFP) deben llamar al 1-877-609-8711. Para obtener más ayuda: Si está inscrito en una póliza de seguro PPO o EPO asegurada por Health Net Life Insurance Company, llame al Departamento de Seguros de CA al 1-800-927-4357. Si está inscrito en un plan HMO o HSP proporcionado por Health Net of California, Inc., llame a la Línea de Ayuda del Departamento de Cuidado Médico (por sus siglas en inglés, DMHC) de California al 1-888-HMO-2219. Su tarjeta de identificación indica si su plan fue emitido por Health Net Life Insurance Company o Health Net of California, Inc.

Spanish

免費語言服務。您可以取得口譯員服務。我們可以把文件朗讀給您聽，也可以把部分翻譯成您語言的文件寄送給您。如需協助，請撥您會員卡上所列的電話號碼與我們聯絡，雇主團體申請人請撥 Health Net 的商業聯絡中心，電話 1-800-522-0088。Individual and Family Plan (IFP) 申請人請撥 1-877-609-8711。如需其他協助：如果您投保的是 Health Net Life Insurance Company 核保的 PPO 或 EPO 保險保單，請撥 California Department of Insurance 電話 1-800-927-4357。如果您投保的是 Health Net of California, Inc. 提供的 HMO 或 HSP 計畫，請撥 DMHC 協助專線 1-888-HMO-2219。您的會員卡會註明您的計畫是由 Health Net Life Insurance Company 或 Health Net of California, Inc. 核發。

Chinese

Dịch vụ ngôn ngữ miễn phí. Quý vị có thể được cấp thông dịch viên và người đọc giúp các tài liệu bằng ngôn ngữ của quý vị cho quý vị. Để được trợ giúp, vui lòng gọi cho chúng tôi theo số điện thoại ghi trên thẻ hội viên của quý vị; người ghi danh theo nhóm của hãng sở xin gọi Trung tâm Liên lạc Thương mại của Health Net theo số 1-800-522-0088. Người ghi danh theo Chương trình bảo hiểm dành cho cá nhân và gia đình (Individual and Family Plan, IFP) xin gọi số 1-877-609-8711. Để được trợ giúp bổ túc: Nếu quý vị ghi danh trong các hợp đồng bảo hiểm PPO hoặc EPO do Health Net Life Insurance Company cam kết tài trợ, vui lòng gọi Bộ Bảo hiểm của California theo số 1-800-927-4357. Nếu quý vị ghi danh trong chương trình bảo hiểm HMO hoặc HSP do Health Net of California, Inc. cung cấp, xin gọi Đường dây trợ giúp của DMHC theo số 1-888-HMO-2219. Trên thẻ hội viên của quý vị có ghi rõ chương trình bảo hiểm của quý vị là do Health Net Life Insurance Company hay Health Net of California, Inc. cung cấp.

Vietnamese

무료 언어 지원 서비스. 무료 통역사 서비스 및 여러분에게 편한 언어로 서류 낭독 서비스를 받을 수 있습니다. 도움이 필요하신 분은 본인의 ID 카드상에 있는 안내번호로 전화해 주십시오. 고용주 그룹 가입 신청자님의 경우 Health Net의 상업 (Commercial) 고객 서비스 센터, 안내번호 1-800-522-0088번으로 전화해 주십시오. 개인 및 가족 플랜 (IFP) 가입 신청자님은 안내번호 1-877-609-8711번으로 전화해 주십시오. 더 많은 도움이 필요하시면: 만일 귀하가 Health Net Life Insurance Company가 인수한 PPO 또는 EPO 보험 플랜에 가입하신 경우, 캘리포니아 보험국 (CA Dept. of Insurance), 안내번호 1-800-927-4357번으로 문의하십시오. 만일 귀하가 Health Net of California, Inc.에서 제공하는 HMO 또는 HSP 플랜에 가입하신 경우, 보건관리부 (DMHC) 헬프라인, 안내번호 1-888-HMO-2219번으로 문의하십시오. 귀하의 ID 카드상에 귀하의 플랜이 Health Net Life Insurance Company에서 제공되는지 또는 Health Net of California, Inc.에서 제공되는지 명시되어 있습니다.

Korean

Անվճար Լեզվական Օգնություններ: Դուք կարող եք բանավոր թարգման ձեռք բերել և փաստաթղթերը ընթերցել տալ Ձեր լեզվով: Օգնություն կամար մեզ զանգահարեք Ձեր ինքնության (ID) տոմսի վրա նշված կամարով, կամ եթե գործատիրոջ խմբի դիմորդ եք, խնդրում ենք 1-800-522-0088 կամարով զանգահարել Health Net-ի Հաճախորդի Կապի Կենտրոն: Անհատական և Ընտանեկան Օրագրի (Individual and Family Plan/IFP) դիմորդներից խնդրում է զանգահարել 1-877-609-8711 կամարով: Լրացուցիչ օգնություն կամար 1-800-927-4357 կամարով զանգահարեք Կալիֆորնիայի Ապահովագրության Բաժանմունք (CA Dept. of Insurance), եթե գրանցվել եք PPO կամ EPO ապահովագրական ապահովագրի, որի կրողն է Health Net Life Insurance Company-ն: Եթե գրանցվել եք HMO կամ HSP ծրագրում, որի մատակարարն է Health Net of California, Inc.-ը, 1-888-HMO-2219 կամարով զանգահարեք DMHC-ի Օգնության Գծին: Ձեր ինքնության տոմսը նշում է, թե ով է թողարկել Ձեր ծրագրիը Health Net Life Insurance Company-ն, թե՞ Health Net of California, Inc.-ը:

Armenian

無料の言語サービス。日本語の通訳が書類をお読みします。サービスをご希望の方は、IDカード記載の番号までお問い合わせください。雇用者団体プランへの加入をお申込みの方は、Health Netの民間コンタクト・センター、1-800-522-0088までお電話ください。個人・家族プラン (IFP) への加入をお申込みの方は、1-877-609-8711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が保険引受会社となるPPOまたはEPO保険ポリシーにご加入の方は、カリフォルニア州保険庁、1-800-927-4357までご連絡ください。Health Net of California, Inc.が提供するHMOまたはHSPプランにご加入の方は、カリフォルニア州管理医療庁 (DMHC) のヘルプライン、1-888-HMO-2219までご連絡ください。お客様のプランの発行者がHealth Net Life Insurance Company またはHealth Net of California, Inc.のどちらであるかは、IDカードに記載されています。

Japanese

الخدمات اللغوية المجانية: يمكنك الحصول على مترجم فوري للمساعدة في قراءة مستنداتك باللغة التي تتحدث بها. للحصول على المساعدة يُرجى الاتصال بنا على الرقم الموضح على بطاقة التعريف الخاصة بك، أو إذا كنت من مقدمي الطلبات من الموظفين يُرجى الاتصال بمركز التواصل مع العملاء لدى Health Net على الرقم 1-800-522-0088. بالنسبة لمقدمي طلبات خطة الفرد والأسرة (IFP)، يُرجى الاتصال على الرقم 1-877-609-8711. للحصول على المزيد من المساعدة: إذا كنت مسجلاً في سياسة التأمين بخطة PPO أو EPO التي تكتتبها شركة التأمين على الحياة Health Net Life Insurance Company، يُرجى الاتصال بـ CA Dept. of Insurance (وزارة التأمين بولاية كاليفورنيا) على الرقم 1-800-927-4357. إذا كنت مسجلاً في خطة HMO أو HSP التي توفرها شركة Health Net of California, Inc.، يُرجى الاتصال بخط المساعدة لدى DMHC على الرقم 1-888-HMO-2219. توضح بطاقة التعريف الخاصة بك ما إذا كان تم إصدار خطتك عبر شركة التأمين على الحياة Health Net Life Insurance Company أو شركة Health Net of California, Inc.

Arabic

خدمات بی هزینه مربوط به زبان. می توانید از خدمات یک مترجم شفاهی برخوردار شده و بگوئید تا نوشته ها به زبان خودتان برایتان خوانده شوند. برای دریافت کردن کمک، با ما از طریق شماره تلفنی که روی کارت شناسائی شما قید شده است تماس بگیرید، و یا متقاضیان گروه کارفرمایان لطفا با مرکز تجارتي تماس Health Net به شماره 1-800-522-0088 تماس بگیرند. متقاضیان "طرح افراد و خانواده ها" (IFP) لطفا به شماره 1-877-609-8711 تلفن کنند. برای دریافت کمک بیشتر: اگر برای یک بیمه نامه PPO یا EPO که توسط Health Net Life Insurance Company تضمین شده است ثبت نام کرده اید، به اداره بیمه کالیفرنیا به شماره 1-800-927-4357 تلفن کنید. اگر در یک طرح HMO یا HSP که توسط Health Net of California, Inc. فراهم شده است ثبت نام میکنید، به خط کمکی DMHC به شماره 1-888-HMO-2219 تلفن کنید. کارت شناسائی تان نشان میدهد که آیا طرح شما توسط Health Net Life Insurance Company صادر شده است یا Health Net of California, Inc.

Farsi

Walang Gastusin na Mga Serbisyo sa Wika. Maaari kang kumuha ng interpreter at basahin sa iyong wika ang mga dokumento. Para sa tulong, tawagan kami sa numerong nakalista sa iyong ID card, o para sa mga aplikante ng pangkat ng employer, mangyaring tawagan ang Commercial Contact Center ng Health Net sa 1-800-522-0088. Para sa mga aplikante ng Individual & Family Plan (IFP), mangyaring tumawag sa 1-877-609-8711. Para sa karagdagang tulong: Kung naka-enroll ka sa isang insurance policy ng PPO o EPO na napapailalim sa Health Net Life Insurance Company, tawagan ang CA Dept. of Insurance sa 1-800-927-4357. Kung naka-enroll ka sa isang plano ng HMO o HSP na ipinagkakaloob ng Health Net of California, Inc., tawagan ang DMHC Helpline sa 1-888-HMO-2219. Isinasaad ng iyong ID card kung ang iyong plano ay ibinigay ng Health Net Life Insurance Company o Health Net of California, Inc.

Tagalog

Keypab Lus Tsis Muaj Nqi Them. Koj txais tau tus neeg txhais lus thiab muab tau cov ntawm los nyeem rau koj ua koj hom lus. Kom tau keypab, hu rau peb ntawm tus xovtooj sau rau koj daim npav ID, lossis cov tib neeg yuav thov keypab tom chaw haujlwm thov hu rau Health Net Lub Chaw Pab Cov Tib Neeg Siv Cov Key Pab (Customer Contact Center) ntawm 1-800-522-0088. Cov neeg thov keypab hauv pawg Tus Kheej & Tsev Neeg (Individual and Family Plan; IFP) thov hu rau 1-877-609-8711. Yog xav tau keypab ntxiv: Yog koj muaj npe nkag nrog PPO lossis EPO cov kev tuav pov hwm los ntawm Health Net Life Insurance Company, hu rau CA Qhov Chaw Saib Xyuas Txog Kev Tuav Pov Hwm (Dept. of Insurance) ntawm 1-800-927-4357. Yog koj muaj npe nkag nrog ib qho kev npaj pab HMO lossis HSP uas los ntawm Health Net of California, Inc., hu rau DMHC Tus Xovtooj Muab Key Pab ntawm 1-888-HMO-2219. Koj daim npav ID yuav qhia tau tias koj qhov kev npaj pab yog los ntawm Health Net Life Insurance Company lossis Health Net of California, Inc.

Hmong

Doo Bqah 'Alinígóó Saad Bee 'áka'anída'awo'ígíí. 'Ata' halne'í dóó naaltsos bee 'éédahozinígíí t'áa ni nizaad bee hadadilyaago nich'í' yidóoltah. 'Áka'a'eyeed biniyégo, ninaaltsos nítl'ízi bee nééhozinígíí bine'déé' béesh bee haneí biká'ígíí bee nich'í' hodíilnih, doodago ninaalishí bíl hada'díl'ínígíí t'áa shqódí Health Net Commercial Hane' 'Íl'íh Bíl Haz'ánijí' 1-800-522-0088 hodíilnih. 'La' Jizíh dóó Hooghan Haz'áagi Naaltsos Hadadít'éhígíí (IFP) hada'dile'ígíí t'áa shqódí kohjí' 1-877-609-8711 hodíilnih. T'áa náásgóó 'áka'a'eyeed biniyégo: PPO doodago EPO béeso 'ách'áqáh naa'nil bíbee haz'ánii Health Net Life Insurance Company, bich'í' haidiilaagíí bíl ha'dít'éhígíí bíl ha'diléehgo, CA Dept. béeso 'ách'áqáh naa'nil bíl haz'ánigíí bich'í' kohjí' 1-800-927-4357 hodíilnih. Health Net of California, Inc. biyaadóó HMO doodago HSP bíl ha'dít'éhígíí bíl ha'diléehgo, DMHC 'Áka'aná'awo' Bíl Haz'ánigíí kohjí' 1-888-HMO-2219 hodíilnih. Health Net Life Insurance Company doodago Health Net of California, Inc. bíl naaltsos bíl náha'dít'éhígíí ninaaltsos nítl'ízi bine'déé' bikáá'.

Navajo

ਭਾਸ਼ਾ ਦੀਆਂ ਮੁਫਤ ਸੇਵਾਵਾਂ। ਤੁਹਾਨੂੰ ਦੁਬਾਸ਼ੀਆ ਮਿਲ ਸਕਦਾ ਹੈ ਅਤੇ ਦਸਤਾਵੇਜ਼ ਤੁਹਾਨੂੰ ਤੁਹਾਡੀ ਆਪਣੀ ਭਾਸ਼ਾ ਵਿਚ ਪੜ੍ਹ ਕੇ ਸੁਣਾਏ ਜਾ ਸਕਦੇ ਹਨ। ਮਦਦ ਲਈ, ਤੁਹਾਡੇ ਆਈ ਡੀ ਕਾਰਡ 'ਤੇ ਦਿੱਤੇ ਨੰਬਰ ਤੇ ਸਾਨੂੰ ਫੋਨ ਕਰੋ, ਜਾਂ ਇੰਪਲਾਇਰ ਗਰੁੱਪ ਦੇ ਅਰਜ਼ੀਦਾਤਾ ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ Health Net ਦੇ ਗਾਹਕ ਸੰਪਰਕ ਕੇਂਦਰ ਨੂੰ 1-800-522-0088 ਨੰਬਰ ਤੇ ਫੋਨ ਕਰੋ। ਵਿਅਕਤੀਗਤ ਅਤੇ ਪਰਿਵਾਰਕ ਯੋਜਨਾ (IFP) ਵਾਲੇ ਅਰਜ਼ੀਦਾਤਾ ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ 1-877-609-8711 ਨੰਬਰ ਤੇ ਸੰਪਰਕ ਕਰੋ। ਹੋਰ ਮਦਦ ਲਈ: ਜੇ ਤੁਸੀਂ Health Net Life Insurance Company ਵਲੋਂ ਜਾਰੀ ਕਿਸੇ PPO ਜਾਂ EPO ਬੀਮਾ ਪਾਲਿਸੀ ਲਈ ਨਾਂ ਲਿਖਵਾਇਆ ਹੈ ਤਾਂ ਕੈਲੀਫੋਰਨਿਆ ਬੀਮਾ ਵਿਭਾਗ ਨੂੰ 1-800-927-4357 ਨੰਬਰ ਤੇ ਫੋਨ ਕਰੋ। ਜੇ ਤੁਸੀਂ Health Net of California, Inc. ਵਲੋਂ ਮੁਹੱਈਆ ਕੀਤੀ ਗਈ ਕਿਸੇ HMO ਜਾਂ HSP ਯੋਜਨਾ ਲਈ ਨਾਂ ਲਿਖਵਾਇਆ ਹੈ ਤਾਂ DMHC ਦੀ ਹੈਲਪਲਾਈਨ ਨੂੰ 1-888-HMO-2219 ਨੰਬਰ ਤੇ ਫੋਨ ਕਰੋ। ਤੁਹਾਡੇ ਆਈ ਡੀ ਕਾਰਡ ਤੇ ਦਿਖਾਇਆ ਗਿਆ ਹੈ ਕਿ ਤੁਹਾਡੀ ਯੋਜਨਾ Health Net Life Insurance Company ਵਲੋਂ ਜਾਰੀ ਕੀਤੀ ਗਈ ਸੀ ਜਾਂ Health Net of California, Inc. ਵਲੋਂ।

Punjabi

សេវាបកប្រែភាសាឥតគិតថ្លៃ។ អ្នកអាចទទួលបានការបកប្រែភាសា និងច្បាប់គ្រឹះស្ថានឯកសាររដ្ឋបាលអ្នកជាភាសាខ្មែរបាន។ សំរាប់ជំនួយ សូមទូរស័ព្ទមកយើង តាមលេខមន្ត្រីករនៅលើប័ណ្ណ ID របស់អ្នក ក្រុមនិយោជកអ្នកដាក់ពាក្យសុំ សូមទូរស័ព្ទទៅមជ្ឈមណ្ឌលទំនាក់ទំនងពាណិជ្ជកម្មរបស់ Health Net តាមលេខ 1-800-522-0088។ អ្នកដាក់ពាក្យសុំគំរោងបុគ្គលម្នាក់ៗ និងគ្រួសារ (IFP) សូមទូរស័ព្ទទៅលេខ 1-877-609-8711។ សំរាប់ព័ត៌មានបន្ថែម : បើអ្នកបានចុះឈ្មោះក្នុងច្បាប់សន្យាធានារ៉ាប់រង PPO ឬ EPO បានធានារ៉ាប់រងដោយ Health Net Life Insurance Company ទូរស័ព្ទទៅក្រសួង ធានារ៉ាប់រងរដ្ឋកាលីហ្វ័រនីញ៉ា តាមលេខ 1-800-927-4357។ បើអ្នកបានចុះឈ្មោះក្នុងគំរោង HMO ឬ HSP ដែលបានផ្តល់ដោយ Health Net of California, Inc.។ ទូរស័ព្ទទៅខ្សែជំនួយ DMHC តាមលេខ 1-888-HMO-2219។ ប័ណ្ណ ID របស់អ្នក បង្ហាញថាគំរោងរបស់អ្នកបានចេញ ដោយ Health Net Life Insurance Company ឬ Health Net of California, Inc.។

Khmer

Бесплатные услуги перевода. Вы можете воспользоваться услугами переводчика, и вам могут прочесть документы на вашем языке. Если вам требуется помощь, звоните нам по номеру телефона, указанному на вашей идентификационной карте. Участники плана группового страхования по месту работы могут обратиться в Коммерческий контактный центр компании Health Net (Commercial Contact Center) по телефону 1-800-522-0088. Участники планов индивидуального и семейного страхования (Individual and Family Plan, IFP), пожалуйста, звоните по номеру 1-877-609-8711. Для получения дополнительной помощи: если у вас страховой полис Организации с предпочтительными поставщиками услуг (Preferred Provider Organization, PPO) или Организации с обязательными поставщиками услуг (Exclusive Provider Organization, EPO), который предоставляется компанией Health Net Life Insurance Company, обращайтесь в Департамент страхования штата Калифорния (CA Dept. of Insurance) по телефону 1-800-927-4357. Если вы зарегистрированы в плане HMO или HSP, который предоставлен компанией Health Net of California, Inc., звоните на телефон Горячей линии Департамента организованного медицинского обслуживания (DMHC Helpline) по номеру 1-888-HMO-2219. На вашей идентификационной карте указано, был ли ваш план оформлен компанией Health Net Life Insurance Company или компанией Health Net of California, Inc.

Russian

FRM000463ZH00 (1/15) ca_comm_nola_app_off-ex_EPO In California, Health Net group and Individual & Family insurance plans are underwritten by Health Net Life Insurance Company. Health Net group and Individual & Family Plans HMO and POS health plans are offered by Health Net of California, Inc. Health Net is a registered service mark of Health Net Inc. All rights reserved.

