



Health Net®

大型企業申請表

適用於團體投保與變更申請

醫療以及人壽／意外身故及殘廢 (AD&D) 保險計畫是由 Health Net of California, Inc. 和 (或) Health Net Life Insurance Company (以下統稱為「Health Net」) 提供。牙科管理式醫療組織 (Dental HMO) 計畫是由 Dental Benefit Providers of California, Inc. 提供，牙科首選醫療服務提供者組織 (Dental PPO) 和損害賠償保險計畫是由 Unimerica Life Insurance Company 提供 (以下統稱為「DBP」)。視力保健計畫是由 Fidelity Security Life Insurance Company 提供並由 EyeMed Vision Care, LLC 提供服務 (以下統稱為「Fidelity」)。DBP 或 Fidelity 與 Health Net 均無關聯。Health Net 無需承擔也不保證履行牙科和視力保健計畫所規定的各項義務。

歡迎加入 Health Net

填寫本表格的簡易步驟：

1. 檢閱投保文件包中所內附的資料。確認您瞭解雇主所為您提供的承保選項。
- 2a. **如果您拒絕**為您自己和 (或) 您的受撫養人**投保**，您必須填寫第 7 部分。請勿填寫任何其他部分。
- 2b. **如果您接受**您自己和 (或) 您受撫養人的**承保**，您必須填寫第 1、2、3、5 及第 8 部分。

根據《平價醫療法案》(ACA) 的規定，Health Net 必須為身為投保人的您及您的受保受撫養人向 IRS 提供醫療保健承保確認函。IRS 利用此資訊來確認各會員享有基本承保。請確認您自己及您為其投保之各受撫養人的社會安全號碼 (SSN) 正確無誤。如需更多有關個人分攤責任付款規定的資訊，請瀏覽 <http://www.irs.gov/uac/Questions-and-Answers-on-the-Individual-Shared-Responsibility-Provision>。

3. 如果您選擇投保 HMO、ExcelCare HMO、SmartCare HMO、Salud HMO y Más、Salud Mexico、Elect Open Access (EOA)、Select POS 或 Dental HMO 計畫，您必須選擇簽約醫師團體 (PPG)、主治醫師 (PCP) 或牙科醫療服務提供者。請務必按照 Health Net 的 ProviderSearch 線上工具所示來填寫簽約醫師團體、主治醫師或牙科醫療服務提供者的姓名 (名稱) 和編號。
註：如果您未選擇 PPG、PCP 和 (或) 牙科醫療服務提供者，我們將會為您選擇。
4. 如果您選擇投保 PPO 或 EPO 保險計畫，則您不必選擇 PPG 或 PCP 即可投保。
5. 請複印一份填妥的申請表以作為備份記錄。**如果您需要更正資訊，請將資訊劃掉並在各更正項目旁簽上您的姓名首字母。請勿使用立可白產品。**

僅供行政人員使用：

已加入的企業／團體

PO Box 9103
Van Nuys, CA 91409-9103
www.healthnet.com

新加入的企業／團體

請將所有填妥的文件寄給指定的帳戶行政管理人員或經紀人。



由僱主填寫	
僱主名稱：	
請求的生效日期：	僱主團體編號（醫療）：
員工取得資格的日期（僅限新聘員工）：	
<input type="checkbox"/> 同聘雇日期 <input type="checkbox"/> 其他：	

重要事項：請使用黑色原子筆並以正楷填寫所有部分。您有權在選擇計畫之前檢閱福利和承保範圍摘要 (SBC)。如果您沒有您所選擇之計畫的 SBC，請與您的僱主聯絡。

1. 健保計畫資訊（請選擇承保）。

HMO

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

PPO

PPO OOS PPO HSA-compatible PPO OOS HSA-compatible PPO Integrated HSA-compatible PPO
 Integrated HSA-compatible PPO（選擇退出） Integrated HRA-compatible PPO

牙科及視力

Dental (DHMO) Dental (DPPO) Vision (PPO)

2. 申請理由

<input type="checkbox"/> 計畫變更 <input type="checkbox"/> 變更地址/姓名 <input type="checkbox"/> 刪除受撫養人 <input type="checkbox"/> 其他： _____	<input type="checkbox"/> 新聘員工 <input type="checkbox"/> 開放投保期 特殊投保期 合格事件日期：____/____/____ 新增受撫養人：_____	COBRA <input type="checkbox"/> 生效日期：____/____/____ 合格事件：_____ 合格事件日期：____/____/____
	<input type="checkbox"/> 結婚 <input type="checkbox"/> 生產/領養/法定監護權/法院命令/承擔親子關係 <input type="checkbox"/> 喪失先前承保：____/____/____ <input type="checkbox"/> 其他（請具體說明）：_____	

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（月月/日日/年年年年）：	社會安全號碼/墨西哥裔公民身分證號碼 （所有申請人皆必須填寫）：	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	
本人希望收到下列語言版本的通訊和計畫資訊： <input type="checkbox"/> 英文 <input type="checkbox"/> 西班牙文 <input type="checkbox"/> 中文 <input type="checkbox"/> 韓文			
簽約醫師團體：		主治醫師：	
PPG/PCP 投保識別號碼（4 位數 PPG 號碼及 6 位數 PCP 號碼）：		此為您目前的 PCP 嗎？ <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	
Dental HMO 醫療服務提供者姓名（名稱）：		Dental HMO 醫療服務提供者識別號碼：	

¹在 Los Angeles、Marin、Orange、Placer、Riverside、San Bernardino、San Diego、Santa Clara 及 Santa Cruz 郡的所有地區或部分地區提供。

²在 Kern、Los Angeles、Orange、Riverside、San Bernardino、San Diego、San Francisco、Santa Clara、Stanislaus 及 Ventura 郡的所有地區或部分地區提供。

³在 Orange 郡及 Kern、Los Angeles、Riverside、San Diego 和 San Bernardino 郡的特定郵遞區號提供。

員工姓名： _____

社會安全號碼最後 4 碼： _____

4. 家屬資訊；請列出所有欲投保的合格家屬。

(如有必要，請另紙繕附。)

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"/> 如與投保人相同，請勾選此處		城市：	州：	郵遞區號：
出生日期 (月月/日日/年年年)：		社會安全號碼／墨西哥裔公民身分證號碼 (所有申請人皆必須填寫)：		
簽約醫師團體：		主治醫師：		
PPG/PCP 投保識別號碼 (4 位數 PPG 號碼及 6 位數 PCP 號碼)：		此為您目前的 PCP 嗎？ <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否		
Dental HMO 醫療服務提供者姓名 (名稱)：		Dental HMO 醫療服務提供者識別號碼：		
<input type="checkbox"/> 兒子 <input type="checkbox"/> 女兒	殘疾： <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	姓氏：	名字：	中間名首字母：
住家地址： <input type="checkbox"/> 如與投保人相同，請勾選此處		城市：	州：	郵遞區號：
出生日期 (月月/日日/年年年)：		社會安全號碼／墨西哥裔公民身分證號碼 (所有申請人皆必須填寫)：		
簽約醫師團體：		主治醫師：		
PPG/PCP 投保識別號碼 (4 位數 PPG 號碼及 6 位數 PCP 號碼)：		此為您目前的 PCP 嗎？ <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否		
Dental HMO 醫療服務提供者姓名 (名稱)：		Dental HMO 醫療服務提供者識別號碼：		
<input type="checkbox"/> 兒子 <input type="checkbox"/> 女兒	殘疾： <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	姓氏：	名字：	中間名首字母：
住家地址： <input type="checkbox"/> 如與投保人相同，請勾選此處		城市：	州：	郵遞區號：
出生日期 (月月/日日/年年年)：		社會安全號碼／墨西哥裔公民身分證號碼 (所有申請人皆必須填寫)：		
簽約醫師團體：		主治醫師：		
PPG/PCP 投保識別號碼 (4 位數 PPG 號碼及 6 位數 PCP 號碼)：		此為您目前的 PCP 嗎？ <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否		
Dental HMO 醫療服務提供者姓名 (名稱)：		Dental HMO 醫療服務提供者識別號碼：		
<input type="checkbox"/> 兒子 <input type="checkbox"/> 女兒	殘疾： <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	姓氏：	名字：	中間名首字母：
住家地址： <input type="checkbox"/> 如與投保人相同，請勾選此處		城市：	州：	郵遞區號：
出生日期 (月月/日日/年年年)：		社會安全號碼／墨西哥裔公民身分證號碼 (所有申請人皆必須填寫)：		
簽約醫師團體：		主治醫師：		
PPG/PCP 投保識別號碼 (4 位數 PPG 號碼及 6 位數 PCP 號碼)：		此為您目前的 PCP 嗎？ <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否		
Dental HMO 醫療服務提供者姓名 (名稱)：		Dental HMO 醫療服務提供者識別號碼：		

5. 您或您的受撫養人是否享有其他醫療保健承保？

否 是 如回答「是」，請填寫本部分，包括 Medicare。

<input type="checkbox"/> 自己 <input type="checkbox"/> 本人	姓名：	其他保險公司的名稱：	先前承保的開始日期 (月/日/年)：
先前承保的終止日期 (月/日/年)：	承保終止的理由：	團體編號/保單編號：	該承保是否涵蓋下列項目？ 醫療： <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 牙科： <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 視力： <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
		Medicare： <input type="checkbox"/> A 部分 <input type="checkbox"/> B 部分	Medicare 理賠編號/健康保險理賠編號 (HICN)：

<input type="checkbox"/> 配偶 <input type="checkbox"/> 同居伴侶	姓名：	其他保險公司的名稱：	先前承保的開始日期 (月/日/年)：
先前承保的終止日期 (月/日/年)：	承保終止的理由：	團體編號/保單編號：	此為您受撫養人的主要承保嗎？ <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
		Medicare： <input type="checkbox"/> A 部分 <input type="checkbox"/> B 部分	該承保是否涵蓋下列項目？ 醫療： <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 牙科： <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 視力： <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
		Medicare 理賠編號/健康保險理賠編號 (HICN)：	

<input type="checkbox"/> 兒子 <input type="checkbox"/> 女兒	姓名：	其他保險公司的名稱：	先前承保的開始日期 (月/日/年)：
先前承保的終止日期 (月/日/年)：	承保終止的理由：	團體編號/保單編號：	此為您受撫養人的主要承保嗎？ <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
		Medicare： <input type="checkbox"/> A 部分 <input type="checkbox"/> B 部分	該承保是否涵蓋下列項目？ 醫療： <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 牙科： <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 視力： <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
		Medicare 理賠編號/健康保險理賠編號 (HICN)：	

<input type="checkbox"/> 兒子 <input type="checkbox"/> 女兒	姓名：	其他保險公司的名稱：	先前承保的開始日期 (月/日/年)：
先前承保的終止日期 (月/日/年)：	承保終止的理由：	團體編號/保單編號：	此為您受撫養人的主要承保嗎？ <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
		Medicare： <input type="checkbox"/> A 部分 <input type="checkbox"/> B 部分	該承保是否涵蓋下列項目？ 醫療： <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 牙科： <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 視力： <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
		Medicare 理賠編號/健康保險理賠編號 (HICN)：	

<input type="checkbox"/> 兒子 <input type="checkbox"/> 女兒	姓名：	其他保險公司的名稱：	先前承保的開始日期 (月/日/年)：
先前承保的終止日期 (月/日/年)：	承保終止的理由：	團體編號/保單編號：	此為您受撫養人的主要承保嗎？ <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
		Medicare： <input type="checkbox"/> A 部分 <input type="checkbox"/> B 部分	該承保是否涵蓋下列項目？ 醫療： <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 牙科： <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 視力： <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
		Medicare 理賠編號/健康保險理賠編號 (HICN)：	

6. 團體定期人壽保險 (如適用) (如有額外或第二受益人，請另紙繕附。)

人壽/意外身故及殘廢 (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：	%

員工姓名： _____

社會安全號碼最後 4 碼： _____

7. 拒絕投保 (如果您或您的合格受撫養人拒絕接受任何承保，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／墨西哥裔公民身分證號碼：
-----	-----	---------	---------------------

拒絕醫療承保的對象：
 員工本人 配偶 同居伴侶 受撫養人
 姓名： _____

理由： 透過本雇主取得其他團體承保 個人承保
 由其他團體 (即配偶的雇主) 提供的其他團體承保
 其他： _____

拒絕牙科承保的對象：
 員工本人 配偶 同居伴侶 受撫養人
 姓名： _____

理由： 透過本雇主取得其他團體承保 個人承保
 由其他團體 (即配偶的雇主) 提供的其他團體承保
 其他： _____

拒絕視力承保的對象：
 員工本人 配偶 同居伴侶 受撫養人
 姓名： _____

理由： 透過本雇主取得其他團體承保 個人承保
 由其他團體 (即配偶的雇主) 提供的其他團體承保
 其他： _____

如果您拒絕投保 – 請停止填寫並仔細閱讀

本人已決定拒絕為本人和 (或) 本人的受撫養人投保。本人知悉，本人的受撫養人及本人可能必須等候至下一次年度開放投保期間或等候至合格事件發生後的特殊投保期才能投保。本人的雇主已向本人說明本人可選擇的承保，且本人已有機會申請該等承保。此外，本人於下方簽名，即代表本人證實本人拒絕投保的理由就是以上所勾選的理由。

員工簽名： _____ 日期： _____

(僅有在拒絕投保的情況下才需簽名。如果不小心簽錯名，請劃掉並簽上姓名首字母。)

8. 接受承保 (必須簽名。)

加州法律禁止健康保險公司以規定必須接受 HIV 檢測或使用 HIV 檢測資訊作為取得健康保險承保的條件。

確認與同意書：本人瞭解並同意，投保並接受 Health Net、DBP 和 (或) Fidelity 的服務即代表本人及任何受保受撫養人有義務必須瞭解並遵守計畫合約或保險保單中的條款、條件及規定。本人已閱讀並瞭解本申請表的條款且本人願意接受這些條款，本人在下方簽名即代表據本人所知及所信，本人在本申請表中所填寫的資訊皆完整、屬實且正確無誤。

約束性仲裁協議：本人 (即申請人) 瞭解並同意，發生於本人 (包括本人的任何受保家人、繼承人或個人代表) 與 Health Net 之間的任何及所有爭議均必須交由具決定性及約束性的仲裁處理，而非交由陪審團或法院審理。本仲裁協議適用的範圍包括根據任何法理而言，因承保範圍證明、保險證明或因本人的 Health Net 會籍或承保而起或與其有關的任何爭議。儘管爭議涉及其他當事方 (例如醫療保健服務提供者或其代理人或員工)，此同意針對所有爭議進行仲裁的協議仍然適用。本人瞭解，同意將所有爭議交由具決定性及約束性的仲裁處理即代表包括 Health Net 在內的所有當事方均放棄憲法賦予其將爭議交由法院陪審團裁定的權利。本人亦瞭解，可能發生於本人和 Health Net 之間且與醫療疏失 (即所提供的任何醫療服務是否為非必需或未經授權，或提供方式不當、有疏失或無法勝任) 理賠有關的爭議亦應交由具決定性及約束性的仲裁處理。本人瞭解，承保範圍證明或保險證明中有包含更詳細的仲裁規定。如果您雇主的計畫需受到員工退休收入保障法案 (ERISA) 第 29 U.S.C. § § 1001-1461 條規定的約束，則強制性仲裁可能不適用於特定爭議。本人在下方簽明即代表本人瞭解並同意本約束性仲裁協議的條款，且本人同意將所有爭議交由具約束性的仲裁處理，而非交由法院審理。

員工簽名： _____ 日期： _____

(僅有在接受承保的情況下才需簽名。如果不小心簽錯名，請劃掉並簽上姓名首字母。)

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

如果您需要協助填寫本申請表，或者您對您的承保有疑問，請致電下列免付費電話號碼與 Health Net 客戶聯絡中心聯絡：

英文	1-800-522-0088
粵語	1-877-891-9050
韓文	1-877-339-8596
中文	1-877-891-9053
西班牙文	1-800-331-1777
塔加拉文	1-877-891-9051
越南文	1-877-339-8621

如果您對牙科承保、視力承保或人壽保險有疑問，請致電：

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

如果您對您的 PPG 或 PCP 有疑問，請直接致電與您的 PPG 聯絡，或致電 1-800-641-7761 與 Health Net 醫療服務提供者服務部聯絡。

在收到永久會員卡之前，您可使用 Health Net 投保登記表的副本充當您的臨時會員卡。

急診與緊急需求照護

- 如果您的情況會危及生命或為緊急情況：請致電 911 或前往最近的醫院。
- 如果您的情況不是那麼嚴重：如果您無法致電給您的主治醫師或醫師團體，或者您需要立即接受醫療保健服務，請前往最近的醫院或緊急醫療中心／機構。
- 如果您在您的醫師團體的服務區域外：請前往最近的醫院、醫療中心或致電 911。無論如何皆請盡快與您的主治醫師或簽約醫師團體聯絡，以告知他們您的情況。
- 請在住院後的 48 小時內或盡快致電您會員卡上的電話號碼。

事先證明

身為會員，您在接受某些服務時應負責取得事先證明。請查閱您計畫的保險證明，以取得需要事先證明的服務項目清單。

如欲申請事先證明，請致電 1-800-977-7282。

殘疾病況

如果您或您的家人在先前健康保險公司的承保終止之日時處於殘疾狀態，且您或您的家人是因為雇主的保單終止而喪失承保，則根據加州保險法第 10128 節的規定，你們可能有權可以延長健康福利。根據此法律規定，先前的保險公司必須負責提供健康福利，直到下列事件發生為止，其中以最先發生者為準：(a) 會員已脫離完全殘疾狀態；(b) 先前保險公司的承保給付已達到福利上限；(c) 自先前保險公司的承保終止日期開始算起，已過了連續 12 個月的時間。

產品／組織

Health Net of California, Inc. 提供下列產品：HMO、ExcelCare HMO、SmartCare HMO、Salud HMO y Más、Salud Mexico、Elect Open Access (EOA) 及 Select POS。

Health Net Life Insurance Company 提供下列產品：PPO、PPO、HSA 及 EPO。

Dental Benefit Providers of California, Inc. 提供下列產品：Dental HMO (DHMO)。

Unimerica Life Insurance Company 提供下列產品：PPO Dental 及 Indemnity Dental。

Fidelity Security Life Insurance Company 提供下列由 EyeMed Vision Care, LLC 所提供的產品：PPO Vision。

拒絕投保：

如果您因為享有其他健康保險的承保而拒絕為您自己或您的合格受撫養人投保且您喪失了該承保，或者如果您因為結婚、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享有特殊投保權的資格。您必須在喪失承保或有新受撫養人後的 30 天內申請特殊投保。

除了加州政府的反歧視規定（如福利承保文件中所述）之外，Health Net Life Insurance Company 和 Health Net of California, Inc.（以下簡稱為「Health Net」）將會遵守適用的聯邦民權法，不會基於種族、膚色、原國籍、年齡、殘疾或性別等理由而歧視他人。Health Net 不會因為種族、膚色、原國籍、年齡、殘疾或性別等理由而將人排除在外或對人有差別待遇。

Health Net：

- 為殘疾人士提供免費輔助和服務，例如：合格手語翻譯員以及其他格式（大字版、無障礙電子版、其他格式）的書面資訊，以讓其可以有效地與我們溝通。
- 為非以英語為母語的人士提供免費的語言服務，例如：合格口譯員以及其他語言版本的書面資訊。

如果您需要上述服務，請致電 1-800-522-0088（**聽障專線：711**）與 Health Net 的客戶聯絡中心聯絡。

如果您認為 Health Net 未能提供上述服務或基於種族、膚色、原國籍、年齡、殘疾狀態或性別等理由而透過其他方式歧視他人，您可致電上列電話號碼提出申訴，並告知對方您需要協助提出申訴；Health Net 的客戶聯絡中心將可為您提供協助。

您也可向 U.S. Department of Health and Human Services 的民權辦公室 (Office for Civil Rights) 提出民權投訴，您可透過民權辦公室的投訴入口網站 <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf> 在線上提出投訴，或者透過郵件或電話提出投訴，聯絡資訊如下：U.S. Department of Health and Human Services, 200 Independence Avenue SW, Room 509F, HHH Building, Washington, DC 20201，1-800-368-1019（聽障專線：1-800-537-7697）。

您可在 <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html> 網站找到投訴表。

本頁刻意留白。

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 hólǫ. T'áá hó hazaad k'ehjí naaltsoos hach'í' wóltah. Shíká a'doowot nínizingo naaltsoos bee néího'dólinzínígíí 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 dóo ha'áichíní bił hak'é'ésti'ígíí [IFP wolyéhígíí] éí kojí' hojilnih 1-877-609-8711 (TTY: 711). Shíká anáa'doowot 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 ਨਾਮਕਿਤ 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 ਨਾਮਕਿਤ 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 สำหรับความช่วยเหลือโทรหาเราตามหมายเลขที่ให้ไว้บนบัตรประจำตัวของคุณ 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.