

大型企業申請表

團體投保和變更

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

DBP 和 EyeMed 都不是 Health Net 的關係企業。牙科計畫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、4 (若適用)、5 和 8 部分。

平價醫療法案 (Affordable Care Act, ACA) 規定，Health Net 必須向國稅局 (IRS) 確認您 (即投保人) 和您受保受撫養人的醫療保健承保。國稅局 (IRS) 使用這些資訊確認每個會員都有基本承保。請務必正確填寫您自己和您要投保的每個受撫養人的社會安全號碼 (Social Security Number, SSN)。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 HMO、ExcelCare HMO、SmartCare HMO、Salud HMO y Más、Salud Mexico、Elect Open Access (EOA)、Select POS、EPO 或牙科 HMO 計畫，您必須選擇簽約醫師團體 (Participating Physician Group, PPG)、主治醫師 (Primary Care Physician, 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 (PPG)、主治醫師 (PCP) 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 保險計畫，不需選擇簽約醫師團體 (PPG) 或主治醫師 (PCP) 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。



| 由僱主填寫 | |
|---|--------------|
| 僱主名稱： | |
| 希望生效日期： / / | 僱主團體編號 (醫療)： |
| 員工符合資格日期 (限新進員工)： | |
| <input type="checkbox"/> 同聘僱日期 <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 (SUMMARY OF BENEFITS AND COVERAGE, SBC)。如果您沒有選擇計畫的福利和承保範圍摘要 (SBC)，請與僱主聯絡。

1. 健保計畫資訊 (選擇承保。)

HMO

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

PPO

PPO OOS PPO 與 HSA 相容的 PPO 與 OOS HSA 相容的 PPO 整合式 HSA 相容 PPO
 整合式 HSA 相容 PPO (退出) 整合式 HRA 相容 PPO EPO

牙科和視力

牙科 (DHMO) 牙科 (DPPO) 視力 (PPO)

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 <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：_____ | 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"/> 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"/> 其他 (請說明)：_____ | |

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 / 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： | |
| 聘僱日期： / / | 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 | |
| 我希望能收到的通訊和計畫資訊語言版本： <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： | |
| 簽約醫師團體 (PPG) / 主治醫師 (PCP) 註冊編號 (4 位數簽約醫師團體 (PPG) 和 6 位數主治醫師 (PCP) 編號)： | | 這是您目前的主治醫師 (PCP) 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： | |

¹在 Los Angeles、Marin、Orange、Placer、Riverside、San Bernardino、San Diego、Santa Clara 和 Santa Cruz 各縣的全部或部分區域提供。
²在 Kern、Los Angeles、Orange、Riverside、San Bernardino、San Diego、San Francisco、Santa Clara、Stanislaus 和 Ventura 各縣的全部或部分區域提供。
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. 家庭資訊 - 請列出所有要投保的符合資格的家人 (如有需要請自行加頁。)

| | | | | |
|--|--|-----|---|----------|
| 配偶 / 同居伴侶 <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 | | 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 (PPG) / 主治醫師 (PCP) 註冊編號 (4 位數簽約醫師團體 (PPG) 和 6 位數主治醫師 (PCP) 編號)： | | | 這是您目前的主治醫師 (PCP) 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 | 殘障： <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"/> 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 (PPG) / 主治醫師 (PCP) 註冊編號 (4 位數簽約醫師團體 (PPG) 和 6 位數主治醫師 (PCP) 編號)： | | | 這是您目前的主治醫師 (PCP) 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 | 殘障： <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"/> 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 (PPG) / 主治醫師 (PCP) 註冊編號 (4 位數簽約醫師團體 (PPG) 和 6 位數主治醫師 (PCP) 編號)： | | | 這是您目前的主治醫師 (PCP) 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 | 殘障： <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"/> 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 (PPG) / 主治醫師 (PCP) 註冊編號 (4 位數簽約醫師團體 (PPG) 和 6 位數主治醫師 (PCP) 編號)： | | | 這是您目前的主治醫師 (PCP) 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： | 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"/> 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： | % |

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 和 (或) DBP 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。⁴ 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、正確資訊，而且我接受這些條款。

約束性仲裁協議：我 (即申請人) 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 間的任何及一切爭議 (但與聯邦法規法典 (CFR) 第 45 編第 147.136 節定義的不利福利判定有關的爭議不在此列)，均須分別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理，而且我將放棄所有集體仲裁的權利。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。本爭議仲裁協議即使在有其他當事人 (例如醫療服務提供者或其代理人或員工) 涉入爭議時也同樣適用。我瞭解，同意所有爭議均分別交付約束性仲裁以做為最終解決方式時，所有當事人 (包括 Health Net) 即放棄在法院由陪審團裁決其爭議之憲法權利。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以做為最終解決方式。我瞭解，承保範圍證明或保險證書包含更詳細的仲裁規定。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。)

⁴「計畫合約」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」指 Health Net Life Insurance Company 和 Unimerica Life Insurance Company 的團體保單和保險證明。

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 | 1-877-891-9050 |
| 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 / 機構。
- 如果您人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。
- 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 1-800-522-0088。

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失去承保，您可能擁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：HMO、ExcelCare HMO、SmartCare HMO、Salud HMO y Más、Salud Mexico、Elect Open Access (EOA) 和 Select POS。

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

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：PPO Dental 和 Indemnity Dental。

Health Net Life Insurance Company 提供的下列產品由 EyeMed Vision Care, LLC 和 Envolve Vision, Inc. 提供服務：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，而您失去了該承保，或如果您因為結婚、同居伴侶關係、生產、領養、領養安置或承擔親子關係而有新的受撫養人，您和您的受撫養人可能符合資格可取得特別投保權。您必須在失去承保或有新受撫養人後 30 天內申請特別投保。

不歧視通知

除了 California 州的不歧視規定 (如福利承保範圍文件所說明)，Health Net of California, Inc. 和 Health Net Life Insurance Company (Health Net) 也遵守適用之聯邦民權法律，不因種族、膚色、原始國籍、血統、宗教、婚姻狀態、性別、性別認同、性向、年齡或殘疾而歧視或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：

透過 Health Net 投保的團體計畫 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以上所列的任何特徵而有其他方式的歧視，您可撥打以上 Health Net 客戶聯絡中心電話提出申訴並告訴服務人員您需要協助提出申訴。Health Net 的客戶聯絡中心可協助您提出申訴。您也可以透過郵寄、傳真或電子郵件提出申訴：

Health Net of California, Inc./Health Net Life Insurance Company Appeals & Grievances

PO Box 10348

Van Nuys, CA 91410-0348

傳真：1-877-831-6019

電子郵件：Member.Discrimination.Complaints@healthnet.com (會員) 或

Non-Member.Discrimination.Complaints@healthnet.com (申請人)

HMO、HSP、EOA 和 POS 計畫透過 Health Net of California, Inc. 提供：如果您的健康問題緊急、如果您已向 Health Net of California, Inc. 提出投訴但對決定不滿意或從您向 Health Net of California, Inc. 提出投訴起已經超過 30 天，您可以向 Department of Managed Health Care (DMHC) 提交獨立醫療審查 / 投訴表。您可以撥打 DMHC 服務電話 1-888-466-2219 (聽障專線：1-877-688-9891) 或上網 www.dmhc.ca.gov/FileaComplaint 提交投訴表。

PPO 和 EPO 計畫由 Health Net Life Insurance Company 核保：您可以向 California Department of Insurance 提出投訴，請致電 1-800-927-4357 或上網 <https://www.insurance.ca.gov/01-consumers/101-help/index.cfm>。

如果您認為自己因為種族、膚色、原始國籍、年齡、殘疾或性別而遭到歧視，您也可以向 U.S. Department of Health and Human Services, Office for Civil Rights (OCR) 提出民權投訴，請透過 OCR 投訴入口網站 <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf> 或郵寄或致電：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) 與社會安全局聯絡。

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

本頁刻意空白。

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, 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 بطلبات 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। नियोक्ता 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 ib 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 hádííoot'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 hoolyéhíjí' hodííłnih ninaaltsos nanítingo bee néého'dolzinígíí hodoonihjí'
bikáá'. Naaltsos nehíłtsóosgo naanish bá dahikahígíí éí kojí' hodííłnih 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-empayo, 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. 和 Health Net Life Insurance Company 是 Health Net, LLC 的子公司。Health Net 和 Salud con Health Net 是 Health Net, LLC 的註冊服務標章。所有其他標示的商標 / 服務標章均為其各自公司的財產。保留所有權利。

FRM038225CP03 (4/21)
LGEEFORM 4/21