

# 2025 年大企業申請 團體投保和變更

健保計畫由 Health Net of California, Inc. 提供。牙科 HMO 和 PPO 計畫由 Dental Benefit Providers of California, Inc. (DBP) 提供和管理。視力計畫由 Health Net Life Insurance Company 核保，由 EyeMed Vision Care, LLC（「EyeMed」）和 Centene Vision Services 管理。人壽/意外身故及殘廢 (AD&D) 保險計畫由 Health Net Life Insurance Company 核保。

DBP 和 EyeMed 都不隸屬於 Health Net。牙科計畫的義務不是 Health Net 的義務，也不受 Health Net 的保證。

## 歡迎加入 Health Net

### 填寫表格的簡單步驟：

1. 查看您投保資料包中所附的資料。確保您瞭解雇主為您提供的保險選項。
- 2a. **如果您拒絕為自己和/或您的眷屬投保**，則需要填寫第 7 部分。不要填寫任何其他部分。
- 2b. **如果您接受為自己和/或您的眷屬投保**，則需要填寫第 1、2、3、4（如適用）、5 和 8 部分。

《平價醫療法案》(ACA) 要求 Health Net 向美國國稅局提供您自己作為保戶和受保眷屬的醫療保險確認。美國國稅局使用這些資訊來確認每個會員都有基本保險。請確保您自己和您投保的每個眷屬的社會安全號碼 (SSN) 是準確的。瞭解有關個人分擔責任支付條款的更多資訊，請造訪 <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，您必須選擇您的簽約醫師團體 (PPG)、主治醫師 (PCP) 或牙科醫療服務提供者。請務必填寫 Health Net 線上 ProviderSearch 工具中顯示的姓名和數字。

**注意：**如果您沒有選擇 PPG、PCP 和/或牙科醫療服務提供者，我們將為您選擇一位。

4. 如果您選擇入保 PPO 計畫，則無需選擇入保 PPG 或 PCP。
5. 將填寫好的申請書複印一份，作為存檔。**如果需要更正，請劃掉並在每項更正旁寫上姓名首字母。請不要使用塗改液產品。**

#### 僅供行政管理使用：

##### 現有企業/團體

PO Box 9103  
Van Nuys, CA 91409-9103  
[www.healthnet.com](http://www.healthnet.com)

##### 新企業/團體

請將所有已完成的檔案發送給  
您指定的帳戶主管或經紀人。

本頁故意留白。

|                                                                                                |                    |
|------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------|
| <b>由雇主填寫</b>                                                                                   |                    |
| <b>雇主名稱：</b>                                                                                   |                    |
| <b>請求的生效日期：</b><br>/ /                                                                         | <b>雇主團體號碼（醫療）：</b> |
| <b>員工符合投保資格日期（僅限新員工）：</b><br><input type="checkbox"/> 與聘用日期相同 <input type="checkbox"/> 其他： / / |                    |



**重要事項：請用黑色墨水筆工整填寫所有部分。在選擇計畫之前，您有權查看福利及承保範圍摘要 (SBC)。**  
**如果您沒有所選計畫的 SBC，請聯繫您的雇主。**

## 1. 健保計畫資訊（請選擇保險。）

### HMO

☐ HMO ☐ SmartCare HMO<sup>1</sup> ☐ ExcelCare HMO<sup>2</sup> ☐ Salud HMO y Más<sup>3</sup> ☐ EOA ☐ ExcelCare EOA<sup>2</sup> ☐ Select POS  
☐ 其他：\_\_\_\_\_

### PPO

☐ PPO ☐ OOS PPO ☐ HSA-相容 PPO ☐ OOS HSA-相容 PPO ☐ 綜合 HSA-相容 PPO  
☐ 綜合 HSA-相容 PPO（自願選擇退出） ☐ 綜合 HRA-相容 PPO

### 牙科和視力

☐ 牙科 (DHMO) ☐ 牙科 (DPPO) ☐ 視力 (PPO)

## 2. 申請的原因：

|                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                             |                                                                                                                                                           |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 計畫變更<br><input type="checkbox"/> 變更地址/姓名<br><input type="checkbox"/> 去除眷屬<br><input type="checkbox"/> 其他：_____<br>_____ | <input type="checkbox"/> 新員工 <input type="checkbox"/> 開放投保<br><b>特殊投保期</b><br>符合資格事件日期：____/____/____<br>新增眷屬：_____                                                         | <b>COBRA</b><br><input type="checkbox"/> 生效日期：____/____/____<br><input type="checkbox"/> 符合資格事件：_____<br><input type="checkbox"/> 符合資格事件日期：____/____/____ |
|                                                                                                                                                  | <input type="checkbox"/> 結婚<br><input type="checkbox"/> 新生兒/收養/法定監護/法院命令/承擔親子關係<br><input type="checkbox"/> 失去先前保險：____/____/____<br><input type="checkbox"/> 其他（請指明）：_____ |                                                                                                                                                           |

## 3. 員工個人資訊

|                                                                                                                                                                    |  |                                 |                                                                    |                                                                                                |                                                            |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|---------------------------------|--------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------|
| 姓氏：                                                                                                                                                                |  | 名字：                             |                                                                    | 中間名字首：                                                                                         | <input type="checkbox"/> 男性<br><input type="checkbox"/> 女性 |
| 居住地址：                                                                                                                                                              |  | 城市                              |                                                                    | 州：                                                                                             | 郵遞區號：                                                      |
| <b>出生日期（月月/日日/年年）：</b><br>/ /                                                                                                                                      |  | <b>社會安全號碼/身分證號碼（所有申請人必須填寫）：</b> |                                                                    |                                                                                                | 職位：                                                        |
| 電話號碼：<br>( )                                                                                                                                                       |  | 工作電話號碼：<br>( )                  |                                                                    | 電子郵件地址：                                                                                        |                                                            |
| 聘用日期：<br>/ /                                                                                                                                                       |  | 部門號碼：                           |                                                                    | 婚姻狀態：<br><input type="checkbox"/> 單身 <input type="checkbox"/> 已婚 <input type="checkbox"/> 同居伴侶 |                                                            |
| 我希望收到以下語言接收通信和計畫資訊： <input type="checkbox"/> 英語 <input type="checkbox"/> 西班牙語 <input type="checkbox"/> 中文 <input type="checkbox"/> 韓語 <input type="checkbox"/> 越南語 |  |                                 |                                                                    |                                                                                                |                                                            |
| 簽約醫師團體：                                                                                                                                                            |  |                                 | 主治醫師：                                                              |                                                                                                |                                                            |
| PPG/PCP 投保 ID 號碼（4 位數 PPG 和 6 位數 PCP 號碼）：                                                                                                                          |  |                                 | 這是您現時的主治醫師嗎？ <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 |                                                                                                |                                                            |
| 牙科 HMO 醫療服務提供者名稱：                                                                                                                                                  |  |                                 | 牙科 HMO 醫療服務提供者 ID 號碼：                                              |                                                                                                |                                                            |

<sup>1</sup>在 Los Angeles、Marin、Orange、Placer、Riverside、San Bernardino、San Diego、Santa Clara 和 Santa Cruz 縣的全部或部分地區提供。

<sup>2</sup>在 Kern、Los Angeles、Orange、Riverside、San Bernardino、San Diego、San Francisco、Santa Clara、Stanislaus 和 Ventura 縣的全部或部分地區提供。

<sup>3</sup>在 Imperial 和 Orange 郡和 Kern、Los Angeles、Riverside、San Diego 以及 San Bernardino 都有選擇的郵遞區號提供。

#### 4. 家庭資訊 – 請列出所有符合條件的家庭成員。（如有必要，請附加表格。）

|                                                                    |     |                                                                    |          |
|--------------------------------------------------------------------|-----|--------------------------------------------------------------------|----------|
| 配偶/同居伴侶<br><input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性 | 姓氏： | 名字：                                                                | 中間名字首：   |
| 居住地址： <input type="checkbox"/> 如果與投保人相同，請在此勾選                      |     | 城市：                                                                | 州： 郵遞區號： |
| 出生日期（月月/日日/年年）：        /        /                                  |     | 社會安全號碼/身分證號碼（所有申請人必須填寫）：                                           |          |
| 簽約醫師團體：                                                            |     | 主治醫師：                                                              |          |
| PPG/PCP 投保 ID 號碼（4 位數 PPG 和 6 位數 PCP 號碼）：                          |     | 這是您現時的主治醫師嗎？ <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 |          |
| 牙科 HMO 醫療服務提供者名稱：                                                  |     | 牙科 HMO 醫療服務提供者 ID 號碼：                                              |          |

|                                                            |                                                              |                                                                    |          |        |
|------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------|----------|--------|
| <input type="checkbox"/> 兒子<br><input type="checkbox"/> 女兒 | 殘障：<br><input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 | 姓氏：                                                                | 名字：      | 中間名字首： |
| 居住地址： <input type="checkbox"/> 如果與投保人相同，請在此勾選              |                                                              | 城市：                                                                | 州： 郵遞區號： |        |
| 出生日期（月月/日日/年年）：        /        /                          |                                                              | 社會安全號碼/身分證號碼（所有申請人必須填寫）：                                           |          |        |
| 簽約醫師團體：                                                    |                                                              | 主治醫師：                                                              |          |        |
| PPG/PCP 投保 ID 號碼（4 位數 PPG 和 6 位數 PCP 號碼）：                  |                                                              | 這是您現時的主治醫師嗎？ <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 |          |        |
| 牙科 HMO 醫療服務提供者名稱：                                          |                                                              | 牙科 HMO 醫療服務提供者 ID 號碼：                                              |          |        |

|                                                            |                                                              |                                                                    |          |        |
|------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------|----------|--------|
| <input type="checkbox"/> 兒子<br><input type="checkbox"/> 女兒 | 殘障：<br><input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 | 姓氏：                                                                | 名字：      | 中間名字首： |
| 居住地址： <input type="checkbox"/> 如果與投保人相同，請在此勾選              |                                                              | 城市：                                                                | 州： 郵遞區號： |        |
| 出生日期（月月/日日/年年）：        /        /                          |                                                              | 社會安全號碼/身分證號碼（所有申請人必須填寫）：                                           |          |        |
| 簽約醫師團體：                                                    |                                                              | 主治醫師：                                                              |          |        |
| PPG/PCP 投保 ID 號碼（4 位數 PPG 和 6 位數 PCP 號碼）：                  |                                                              | 這是您現時的主治醫師嗎？ <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 |          |        |
| 牙科 HMO 醫療服務提供者名稱：                                          |                                                              | 牙科 HMO 醫療服務提供者 ID 號碼：                                              |          |        |

|                                                            |                                                              |                                                                    |          |        |
|------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------|----------|--------|
| <input type="checkbox"/> 兒子<br><input type="checkbox"/> 女兒 | 殘障：<br><input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 | 姓氏：                                                                | 名字：      | 中間名字首： |
| 居住地址： <input type="checkbox"/> 如果與投保人相同，請在此勾選              |                                                              | 城市：                                                                | 州： 郵遞區號： |        |
| 出生日期（月月/日日/年年）：        /        /                          |                                                              | 社會安全號碼/身分證號碼（所有申請人必須填寫）：                                           |          |        |
| 簽約醫師團體：                                                    |                                                              | 主治醫師：                                                              |          |        |
| PPG/PCP 投保 ID 號碼（4 位數 PPG 和 6 位數 PCP 號碼）：                  |                                                              | 這是您現時的主治醫師嗎？ <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 |          |        |
| 牙科 HMO 醫療服務提供者名稱：                                          |                                                              | 牙科 HMO 醫療服務提供者 ID 號碼：                                              |          |        |

## 5. 您或您的眷屬是否有其他健康保險？

☐ 否 ☐ 是 如果「是」，請填寫此部分，包括 Medicare。

|                                |          |                   |                                                                                                                                                                                              |                                                                             |                          |
|--------------------------------|----------|-------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> 自己    | 姓名：      | 其他保險公司名稱：         |                                                                                                                                                                                              | 先前保險開始日期<br>(月月/日日/年年)：<br>/ /                                              |                          |
| 先前保險結束日期<br>(月月/日日/年年)：<br>/ / | 結束保險的原因： | 團體號碼/保單<br>ID 號碼： | 是否承保？<br>醫療： <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否<br>牙科： <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否<br>視力： <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 | Medicare:<br><input type="checkbox"/> A 部分<br><input type="checkbox"/> B 部分 | Medicare 理賠/<br>HICN 號碼： |

|                                                              |          |                    |                                                                           |                                                                                                                                                                                              |                                                                             |
|--------------------------------------------------------------|----------|--------------------|---------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 配偶<br><input type="checkbox"/> 同居伴侶 | 姓名：      | 其他保險公司名稱：          |                                                                           | 先前保險開始日期<br>(月月/日日/年年)：<br>/ /                                                                                                                                                               |                                                                             |
| 先前保險結束日期<br>(月月/日日/年年)：<br>/ /                               | 結束保險的原因： | 團體號碼/<br>保單 ID 號碼： | 這是您眷屬的<br>主要保險嗎？<br><input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 | 是否承保？<br>醫療： <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否<br>牙科： <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否<br>視力： <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 | Medicare:<br><input type="checkbox"/> A 部分<br><input type="checkbox"/> B 部分 |

|                                                            |          |                    |                                                                           |                                                                                                                                                                                              |                                                                             |
|------------------------------------------------------------|----------|--------------------|---------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 兒子<br><input type="checkbox"/> 女兒 | 姓名：      | 其他保險公司名稱：          |                                                                           | 先前保險開始日期<br>(月月/日日/年年)：<br>/ /                                                                                                                                                               |                                                                             |
| 先前保險結束日期<br>(月月/日日/年年)：<br>/ /                             | 結束保險的原因： | 團體號碼/<br>保單 ID 號碼： | 這是您眷屬的<br>主要保險嗎？<br><input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 | 是否承保？<br>醫療： <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否<br>牙科： <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否<br>視力： <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 | Medicare:<br><input type="checkbox"/> A 部分<br><input type="checkbox"/> B 部分 |

|                                                            |          |                    |                                                                           |                                                                                                                                                                                              |                                                                             |
|------------------------------------------------------------|----------|--------------------|---------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 兒子<br><input type="checkbox"/> 女兒 | 姓名：      | 其他保險公司名稱：          |                                                                           | 先前保險開始日期<br>(月月/日日/年年)：<br>/ /                                                                                                                                                               |                                                                             |
| 先前保險結束日期<br>(月月/日日/年年)：<br>/ /                             | 結束保險的原因： | 團體號碼/<br>保單 ID 號碼： | 這是您眷屬的<br>主要保險嗎？<br><input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 | 是否承保？<br>醫療： <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否<br>牙科： <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否<br>視力： <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 | Medicare:<br><input type="checkbox"/> A 部分<br><input type="checkbox"/> B 部分 |

|                                                            |          |                    |                                                                           |                                                                                                                                                                                              |                                                                             |
|------------------------------------------------------------|----------|--------------------|---------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 兒子<br><input type="checkbox"/> 女兒 | 姓名：      | 其他保險公司名稱：          |                                                                           | 先前保險開始日期<br>(月月/日日/年年)：<br>/ /                                                                                                                                                               |                                                                             |
| 先前保險結束日期<br>(月月/日日/年年)：<br>/ /                             | 結束保險的原因： | 團體號碼/<br>保單 ID 號碼： | 這是您眷屬的<br>主要保險嗎？<br><input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 | 是否承保？<br>醫療： <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否<br>牙科： <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否<br>視力： <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 | Medicare:<br><input type="checkbox"/> A 部分<br><input type="checkbox"/> B 部分 |

## 6. 團體定期人壽保險（如適用）（對於額外或多位受益人，請另外附頁。）

人壽/意外身故及殘廢 (AD&D) 保險：☐ 是 ☐ 否

|            |     |   |
|------------|-----|---|
| 人壽受益人（姓名）： | 關係： | % |
| 人壽受益人（姓名）： | 關係： | % |
| 人壽受益人（姓名）： | 關係： | % |
| 人壽受益人（姓名）： | 關係： | % |

## 7. 拒絕保險 (如果您或您符合條件的眷屬拒 任何保 , 填 此部分。)

### 員工個人資訊

|                                                                                                                                               |     |                                                                                                                                                                |               |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------|
| 姓氏：                                                                                                                                           | 名字： | 中間名字首：                                                                                                                                                         | 社會安全號碼/身分證號碼： |
| 為以下人員拒絕醫療保險：<br><input type="checkbox"/> 自己 <input type="checkbox"/> 配偶 <input type="checkbox"/> 同居伴侶 <input type="checkbox"/> 眷屬<br>姓名：_____ |     | 原因： <input type="checkbox"/> 透過該雇主的其他團體保險 <input type="checkbox"/> 個人保險<br><input type="checkbox"/> 其他團體（即配偶的雇主）提供的其他團體保險<br><input type="checkbox"/> 其他：_____ |               |
| 為以下人員拒絕牙科保險：<br><input type="checkbox"/> 自己 <input type="checkbox"/> 配偶 <input type="checkbox"/> 同居伴侶 <input type="checkbox"/> 眷屬<br>姓名：_____ |     | 原因： <input type="checkbox"/> 透過該雇主的其他團體保險 <input type="checkbox"/> 個人保險<br><input type="checkbox"/> 其他團體（即配偶的雇主）提供的其他團體保險<br><input type="checkbox"/> 其他：_____ |               |
| 為以下人員拒絕視力保險：<br><input type="checkbox"/> 自己 <input type="checkbox"/> 配偶 <input type="checkbox"/> 同居伴侶 <input type="checkbox"/> 眷屬<br>姓名：_____ |     | 原因： <input type="checkbox"/> 透過該雇主的其他團體保險 <input type="checkbox"/> 個人保險<br><input type="checkbox"/> 其他團體（即配偶的雇主）提供的其他團體保險<br><input type="checkbox"/> 其他：_____ |               |

### 如果您拒絕保險，請停下來仔細閱讀

我已決定為我自己和/或我的眷屬拒絕保險。我理解，我和我的家屬可能不得不等到下一個年度開放投保期或特殊投保期才能因符合條件事件而入保。我的雇主已經向我解釋了可用的保險，我有機會申請可用的保險。此外，在下面簽名，即如上面的複選標記所示，證明我拒絕保險的原因是準確的。

員工簽名：\_\_\_\_\_ 日期：\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

(只有在拒絕保險時才簽名。如果簽名錯誤，請劃掉並寫上姓名首字母。)

## 8. 接受保險 (必需簽名)

加利福尼亞州法律禁止健康保險公司要求或使用愛滋病毒檢測作為獲得健康保險的條件。

**確認和協議：**我理解並同意，投保 Health Net 和/或 DBP 並接受其服務，即表示我和任何投保的的眷屬有義務理解並遵守計畫契 或保險單的條款、條件和規定。<sup>4</sup>我已閱讀並理解本申請書的條款，我在下面簽名，即表明，據我所知，本申請書中輸入的資訊是完整、真實和正確的，我接受這些條款。

**約束性仲裁：**本人，即申請人，理解並同意，我（包括我的任何投保家庭成員或繼承人或個人代表）與 Health Net 之間的任何和所有爭議，除《美國聯邦法規》45 CFR 147.136 中定義的與不利福利決定有關的爭議外，必須提交給個人、最終和約束性仲裁，而不是陪審團或法庭審判，我放棄集體仲裁的所有權利。本仲裁協議包括根據任何法律理論所述，由承保範圍證明或保險證書或我的 Health Net 會員資格或承保範圍引起或與之有關的任何爭議。即使醫療保健提供者或其代理人或員工等其他方參與爭議，本仲裁任何爭議的協議也適用。本人理解，同意將所有爭議提交個人、最終和約束性仲裁，包括 Health Net 在內的各方，即放棄了由陪審團在法庭上裁決爭議的憲法權利。本人也理解，我可能與 Health Net 發生的涉及醫療事故索賠的糾紛（即，所提供的任何醫療服務是否為不必要或未經授權，或是否為不適當、疏忽或不稱職）也應接受最終、約束性仲裁。本人理解，承保範圍證明或保險證書包含了更詳細的仲裁條款。本人在下面簽名，即表明我理解並同意本具有約束力的仲裁協議的條款，並同意將任何爭議提交約束性裁決，而不是法院。

員工簽名：\_\_\_\_\_ 日期：\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

(只有在接受保險時才簽名。如果簽名錯誤，請劃掉並寫上姓名首字母。)

<sup>4</sup>「計畫合約」是指 Health Net of California, Inc. 和/或 Dental Benefit Providers of California, Inc. 團體服務協議和承保範圍證明；  
「保險單」是指 Health Net Life Insurance Company 團體保險單及保險證書。

如果您填寫此表格需要幫助或對您的承保範圍有疑問，請撥打以下免費電話之一聯繫 Health Net 會員服務部：

|      |              |
|------|--------------|
| 英語   | 800-522-0088 |
| 廣東話  | 877-891-9050 |
| 韓語   | 877-339-8596 |
| 中文   | 877-891-9053 |
| 西班牙語 | 800-331-1777 |
| 菲律賓語 | 877-891-9051 |
| 越南語  | 877-339-8621 |

如果您對牙科、視力或人壽保險有疑問，請致電：

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

如果您對 PPG 或 PCP 有任何疑問，請直接致電您的 PPG，或致電 800-641-7761 聯繫 Health Net 醫療服務提供者服務部。

您可以使用您的 Health Net 投保表格副本作為您的臨時會員卡，直到您收到您的永久會員卡。

### 急診及緊急需求照護

- 如果您的情況危及生命或出現緊急情況：請撥 911 或前往最近的醫院。
- 如果您的情況不那麼嚴重：如果您無法致電您的主治醫師或醫師團體，或者您需要立即接受醫療護理，請前往最近的醫院或緊急照護中心/機構。
- 如果您不在醫師團體的服務範圍內：請前往最近的醫院、醫療中心，或撥 911。在所有情況下，請盡快聯繫您的主治醫師或簽約醫師團體，將您的病情告知他們。
- 在入院後 48 小時內或盡快撥打您會員卡上的號碼。

### 預先證明

作為會員，您負責獲得某些服務的證明。請檢查您的計畫證書以獲取需要預先證明的服務清單。

**如需預先證明，請致電 800-522-0088。**

### 殘障條件

如果您或您的家庭成員在先前健康保險公司終止保險之日致殘，並且保險失去是由於雇主的保險單終止造成，您可能有權根據《加利福尼亞州保險法》第 10128 節獲得健康福利的延長。根據該法律，先前保險公司應保留責任，直到以下情況中的任何一個最先發生：(a) 該會員不再完全殘疾，(b) 支付了先前保險公司保險的最大福利，或 (c) 自先前保險公司的保險終止之日起，已連續 12 個月。

### 產品/實體

Health Net of California, Inc. 提供以下產品：

PPO、PPO HSA、HMO、ExcelCare HMO、SmartCare HMO、Salud HMO y Más、Salud Mexico、Elect Open Access (EOA) 和 Select POS。

Dental Benefit Providers of California, Inc. 提供以下產品：牙科 HMO 和 PPO。

Health Net Life Insurance Company 提供以下產品：人壽和 AD&D 保險。

Health Net Life Insurance Company 核保下列產品，由 EyeMed Vision Care，LLC 和 Envolve Vision，Inc. 管理：PPO 視力。

### 拒絕保險

如果您因其他健康保險的承保範圍而拒絕為自己或符合條件的眷屬投保，並且您失去了該保險，或者如果您因婚姻、同居伴侶關係、出生、收養、收養安置或承擔親子關係而獲得新眷屬，您和您的眷屬均有資格獲得特殊投保權。您必須在失去保險或獲得新眷屬後 30 天內申請特殊投保。

## 反歧視聲明

除了加利福尼亞州的非歧視要求（如福利保險文件中所述）之外，Health Net of California, Inc. 和 Health Net Life Insurance Company (Health Net) 遵守適用的聯邦民權法律，不會因種族、膚色、國籍、血統、宗教、婚姻狀況、性別、性別認同、性別確認照護、性取向、年齡、殘疾而非法歧視、排斥他人或有差別待遇。

### 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，請聯絡 Health Net 的以下客戶聯絡中心：

**Individual & Family Plan (IFP) Members On Exchange/Covered California** 1-888-926-4988（聽障專線：711）

**Individual & Family Plan (IFP) Members Off Exchange** 1-800-839-2172（聽障專線：711）

**Individual & Family Plan (IFP) 申請人** 1-877-609-8711（聽障專線：711）

**透過 Health Net 的 Group Plans** 1-800-522-0088（聽障專線：711）

如果您認為 Health Net 未能提供上述服務或基於上述其中一種特徵透過其他方式歧視他人，您可致電上列電話號碼的客戶聯絡中心提出申訴，並告知對方您需要協助提出申訴。Health Net 的客戶聯絡中心可以協助您提出申訴。您也可透過信函、傳真或電子郵件的方式提出申訴：

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）

對於透過 Health Net of California, Inc. 提供的 HMO、HSP、PPO、EOA 和 POS 計畫：如果您的健康問題很緊急，如果您已向 Health Net of California, Inc. 提出投訴並對決定不滿意，或距您向 Health Net of California, Inc. 提出投訴已超過了 30 天，您可向 Department of Managed Health Care (DMHC) 提交一份獨立醫療審查/投訴表。您可以透過致電 DMHC 服務台 1-888-466-2219（聽障專線：1-877-688-9891）或在 [www.dmhc.ca.gov/FileaComplaint](http://www.dmhc.ca.gov/FileaComplaint) 線上提交投訴表。

對於 Health Net Life Insurance Company 核保的 EPO 和 PPO 計畫：您可以透過致電 California Department of Insurance 的電話 1-800-927-4357 或在 <https://www.insurance.ca.gov/01-consumers/101-help/index.cfm> 線上提交投訴。

如果您認為基於種族、膚色、國籍、年齡、殘疾或性別而受歧視，您也可以向美國 U.S. Department of Health and Human Services, Office for Civil Rights (OCR) 提出民權投訴，包括以電子方式透過 OCR 投訴門戶網站 <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>，或透過信函或電話方式：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）。

請前往 <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html> 取得投訴表格。

## English

No Cost Language Services. You can get an interpreter. You can get documents read to you and some sent to you in your language. For help, if you have an ID card, please call the Customer Contact Center number. Employer group applicants please call Health Net's Commercial Contact Center at 1-800-522-0088 (TTY: 711). Individual & Family Plan (IFP) applicants please call 1-877-609-8711 (TTY: 711).

## Arabic

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

## Armenian

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

## Chinese

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

## Hindi

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

## Hmong

Tsis Muaj Tus Nqi Pab Txhais Lus. Koj tuaj yeem tau txais ib tus kws pab txhais lus. Koj tuaj yeem muaj 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**

សេវាភាសាដោយឥតគិតថ្លៃ។ 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 hádídóót'íí. Naaltsoos da t'áá  
shí shizaad k'éhjí shichí' yídooltah nínízingo t'áá ná ákódoolníí. Ákót'éego shíká a'doowoł nínízingo  
Customer Contact Center hoolyéhíjį' hodíílnih ninaaltsoos nanitingo bee néého'dolzinígíí hodoonihjį'  
bikáá'. Naaltsoos nehiltsóosgo naanish bá dahikahígíí éí kojį' hodíílnih Health Net's Commercial  
Contact Center 1-800-522-0088 (TTY: 711). T'áá hó dóó ha'áłchíní (IFP) báhígíí éí kojį' 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 прочесть  
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-empleyo, mangyaring tumawag sa Commercial Contact Center ng Health Net sa 1-800-522-0088 (TTY: 711). Para sa mga aplikante ng Planong Pang-indibiduwal 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 (โหมด TTY: 711) ผู้สมัครแผนบุคคลและครอบครัว (Individual & Family Plan: IFP) โปรดโทร 1-877-609-8711 (โหมด 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).

