

Tận dụng tối đa chương trình của quý vị

NHẬN BẢNG TÓM LƯỢC VỀ QUYỀN LỢI VÀ QUYỀN LỢI BẢO HIỂM CỦA QUÝ VỊ

Cảm ơn quý vị đã nộp đơn đăng ký tham gia chương trình PureCare One EPO.

Vui lòng đọc *Bảng tóm lược về quyền lợi và quyền lợi bảo hiểm* (Summary of Benefits and Coverage, SBC) của quý vị. Bảng tóm lược về quyền lợi và quyền lợi bảo hiểm (SBC) cung cấp cho quý vị một số điều cơ bản về chương trình của quý vị và cách để nhận được dịch vụ chăm sóc khi cần, bao gồm:

- Chương trình bảo hiểm sức khỏe của quý vị hoạt động như thế nào.
- Danh sách những dịch vụ y tế thông thường được đài thọ và chi phí của những dịch vụ này trong chương trình bảo hiểm sức khỏe của quý vị.
- Quyền nộp khiếu nại và kháng kiện của quý vị. Đây là quy trình quý vị dùng để gửi đơn than phiền đến chương trình của mình hoặc yêu cầu sự hỗ trợ của cơ quan quản lý.
- Danh sách các dịch vụ khác được đài thọ hoặc loại bỏ khỏi chương trình bảo hiểm sức khỏe của quý vị.
- Ví dụ về cách mà chương trình của quý vị có thể chi trả cho dịch vụ chăm sóc y tế đối với một số tình trạng y tế.
- Cách nhận được sự giúp đỡ bằng ngôn ngữ chính của quý vị.
- Các câu hỏi và câu trả lời (questions and answers, Q&A) thông dụng.



Hiểu rõ Bảng tóm lược về quyền lợi và quyền lợi bảo hiểm (SBC) của quý vị rất quan trọng trong việc tận dụng tối đa bảo hiểm sức khỏe của quý vị.

Để xem Bảng tóm lược, tải xuống hoặc in bản sao của Bảng tóm lược về quyền lợi và quyền lợi bảo hiểm (SBC) dành cho chương trình năm 2020 của quý vị, vui lòng truy cập www.myhealthnetca.com:

- 1** Chọn *Our Health Plans* (Chương trình bảo hiểm sức khỏe của chúng tôi), sau đó chọn *Plan Materials* (Tài liệu chương trình).
- 2** Chọn *2020 Summary of Benefits and Coverage* (Bảng tóm lược về quyền lợi và quyền lợi bảo hiểm 2020) (Trực tiếp thông qua Health Net).
- 3** Trong phần Các chương trình PureCare One EPO, hãy tìm Bảng tóm lược về quyền lợi và quyền lợi bảo hiểm (SBC) cho chương trình quý vị nộp đơn đăng ký.



Nếu quý vị quan tâm, quý vị có thể gọi đến Trung tâm Liên lạc Hội viên theo số **1-800-839-2172 (TTY: 711)** để nhận bản sao.

Các chương trình bảo hiểm EPO của Health Net, Mẫu văn bản hợp đồng bảo hiểm số P34401, được thẩm định bảo hiểm bởi Health Net Life Insurance Company. Health Net Life Insurance Company là công ty chi nhánh của Health Net, LLC. Health Net là nhãn hiệu dịch vụ đã đăng ký của Health Net, LLC. Mọi quyền được bảo lưu.

FLY036082VL00 (7/19)



Quyền lợi bảo hiểm cho mọi giai đoạn trong cuộc sống™



Đơn ghi danh chương trình

Ngày hiệu lực được yêu cầu

 / / **ĐƠN GHI DANH PHẢI ĐƯỢC ĐÁNH MÁY HOẶC ĐIỀN BẰNG MỰC XANH HOẶC MỰC ĐEN.**

Ngày quyền lợi bảo hiểm có hiệu lực: Quyền lợi bảo hiểm chỉ được cung cấp khi ghi danh trong thời hạn ghi danh tự do thường niên, từ ngày 15 tháng 10, 2019, đến hết ngày 15 tháng 01, 2020, hoặc trong thời hạn ghi danh đặc biệt. Các đơn ghi danh phải được gửi đến trong vòng 60 ngày kể từ ngày diễn ra sự kiện đủ điều kiện. Thông thường, đối với các đơn nhận được từ ngày 1 đến ngày 15, quyền lợi bảo hiểm sẽ có hiệu lực vào ngày đầu tiên của tháng sau khi nộp đơn. Đối với các đơn nhận được từ ngày 16 đến cuối tháng, quyền lợi bảo hiểm sẽ có hiệu lực vào ngày đầu tiên của tháng thứ hai sau khi nộp đơn. Nếu hiện tại quý vị đang ghi danh vào một chương trình Medicare, quý vị sẽ không đủ tiêu chuẩn để nộp đơn tham gia Chương trình bảo hiểm dành cho cá nhân và gia đình.

Health Net yêu cầu cung cấp **số An sinh xã hội (Social Security number, SSN)** đối với tất cả những người ghi danh nhận bảo hiểm sức khỏe, bao gồm cả vợ/chồng và con cái phụ thuộc, hoặc một **Mã số thuế (Tax Identification Number, TIN)** đối với người nộp đơn chính. Điều này được yêu cầu để chúng tôi có thể xác minh quyền lợi bảo hiểm cho tờ khai thuế của quý vị, theo quy định của Đạo luật chăm sóc y tế vừa khả năng và Dự luật thượng viện 78. Quý vị vẫn có thể nộp đơn đăng ký quyền lợi bảo hiểm và quyền lợi bảo hiểm sẽ không bị từ chối, nếu quý vị không thể cung cấp số An sinh xã hội (SSN) hoặc Mã số thuế (TIN) cho bản thân quý vị hoặc số An sinh xã hội (SSN) cho các thành viên khác trong gia đình. Health Net sẽ không sử dụng số An sinh xã hội (SSN) hoặc Mã số thuế (TIN) của quý vị cho các mục đích khác hoặc sẽ không chia sẻ với bất cứ ai khác ngoại trừ theo quy định của pháp luật. Đối với trẻ sơ sinh, quý vị có sáu tháng để cung cấp số An sinh xã hội (SSN) của trẻ sơ sinh.

ĐẠI DIỆN/NHÀ MÔI GIỚI KHÔNG ĐƯỢC KÝ VÀO ĐƠN NÀY VÀ THỎA THUẬN THAY MẶT CHO NGƯỜI NỘP ĐƠN.

LƯU Ý QUAN TRỌNG: Vui lòng xem Phần VI nếu người nộp đơn không đọc/viết tiếng Anh. Đơn ghi danh chương trình bảo hiểm dành cho cá nhân và gia đình PureCare One EPO được cung cấp bằng các phiên bản ngôn ngữ tiếng Tây Ban Nha, tiếng Trung Quốc, tiếng Hàn Quốc và tiếng Việt. Quý vị cũng có thể nhờ ai đó giúp đọc cho quý vị nghe. Để được trợ giúp miễn phí, xin vui lòng gọi 1-877-609-8711.

Nếu quý vị cần hỗ trợ điền đơn này, đại diện/nhà môi giới có thể hỗ trợ quý vị. Đại diện/nhà môi giới đã giúp quý vị đọc và hoàn thành đơn ghi danh này phải ký tên vào đơn (xem Phần VII).

Tôi (và những người phụ thuộc của tôi, nếu có) làm đơn trong thời gian: ☐ Thời hạn ghi danh tự do thường niên
☐ Thời hạn ghi danh đặc biệt (xem Phần IV)

Phần I. Thông tin của người nộp đơn☐ **Đơn mới (Đánh dấu vào kiểu gia đình bên dưới.)**

- ☐ Bản thân ☐ Bản thân và vợ/chồng ☐ Bản thân và người yêu sống chung ☐ Bản thân và một người con
☐ Bản thân và hai người con trở lên ☐ Bản thân, vợ/chồng và con cái ☐ Bản thân, người yêu sống chung và con cái
☐ Chỉ một người con¹ ☐ **Yêu cầu thay đổi**

☐ **Thêm người phụ thuộc (Điền vào phần thông tin của người ghi danh bảo hiểm chính bên dưới, sau đó điền phần thông tin của người phụ thuộc trong Phần III.)**

Họ của người nộp đơn chính:	Tên:	Tên đệm viết tắt:	☐ Nam ☐ Nữ
-----------------------------	------	-------------------	---

Địa chỉ đường phố thường trú (Quý vị phải cung cấp bằng chứng cư trú² sau khi nộp đơn quý vị đã điền.):

Thành phố:	Tiểu bang:	Mã ZIP:	Quận mà người nộp đơn hiện đang cư trú:
------------	------------	---------	---

Địa chỉ gửi hóa đơn thanh toán:

Địa chỉ gửi thư:

Số điện thoại nhà: ()	Số điện thoại nơi làm việc: ()	Số điện thoại di động: ()	Địa chỉ email:
---------------------------	------------------------------------	-------------------------------	----------------

¹Những người nộp đơn trong các chương trình bảo hiểm chỉ dành cho trẻ em phải dưới 18 tuổi vào ngày quyền lợi bảo hiểm được yêu cầu có hiệu lực. Mỗi trẻ từ 18 tuổi trở lên phải nộp đơn ghi danh cá nhân riêng.

²Xem trang 8, Phần V. "Yêu cầu cung cấp bằng chứng về tình trạng thường trú."



Phần I. Thông tin của người nộp đơn

Ngày sinh của người nộp đơn chính (tháng dạng hai chữ số/ngày dạng hai chữ số/năm dạng hai chữ số): / /	Số An sinh xã hội của người nộp đơn chính: - -	Mã số thuế của người nộp đơn chính:
--	---	-------------------------------------

Hiện tại quý vị có đang là hội viên của Health Net không? ☐ Có ☐ Không
Nếu “Có,” vui lòng cung cấp nhận dạng (identification, ID) hội viên của người ghi danh bảo hiểm chính:

ID bác sĩ gia đình:	Bệnh nhân hiện tại: ☐ Có ☐ Không
---------------------	--

Vui lòng chọn ngôn ngữ ưu tiên của quý vị (tùy chọn): ☐ Tiếng Anh ☐ Tiếng Tây Ban Nha
☐ Tiếng Trung Quốc ☐ Tiếng Hàn Quốc ☐ Tiếng Việt

Phần II. Thông tin thanh toán và lựa chọn quyền lợi bảo hiểm

A. THÔNG TIN THANH TOÁN

Khoản thanh toán lệ phí bảo hiểm đầu tiên ☐ Thanh toán bằng séc (Số tiền phải khớp với lệ phí bảo hiểm hàng tháng.)

Gửi đơn qua đường bưu điện Gửi đơn đã hoàn thành, séc và tài liệu bằng chứng về tình trạng thường trú qua đường bưu điện tới: Health Net Individual & Family Enrollment PO Box 1150 Rancho Cordova, CA 95741-1150	Gửi đơn bằng fax Gửi fax đơn đã hoàn thành và tài liệu bằng chứng về tình trạng thường trú đến 1-800-977-4161, và gửi séc qua đường bưu điện đến: Health Net CA Individual PO Box 748705 Los Angeles, CA 90074-8705
--	--

Các hội viên hiện tại có thể đăng nhập vào **www.myhealthnetca.com** và chọn *Pay My Bill* (Thanh toán hóa đơn của tôi) trong phần “For Members” (Dành cho hội viên).

Thanh toán lệ phí bảo hiểm

Người có hợp đồng bảo hiểm chịu trách nhiệm thanh toán lệ phí bảo hiểm cho Health Net. Ngoại trừ thành viên gia đình của người có hợp đồng bảo hiểm hoặc theo yêu cầu của pháp luật, Health Net không chấp nhận thanh toán lệ phí bảo hiểm thay mặt cho người có hợp đồng bảo hiểm trực tiếp hoặc gián tiếp từ bệnh viện, cơ quan chăm sóc sức khỏe tại gia, chăm sóc giai đoạn cuối đời, trung tâm giải phẫu ngoại chấn, bác sĩ, nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe đủ tiêu chuẩn cho chứng tự kỷ, trung tâm cư trú và điều trị, cơ sở điều dưỡng chuyên môn hoặc các thực thể hoặc cá nhân khác cung cấp dịch vụ và vật liệu được đài thọ. Nhân viên hoặc nhà môi giới bảo hiểm có thể nộp tiền thanh toán lệ phí bảo hiểm cho Health Net thay mặt cho người được bảo hiểm chỉ bằng số tiền nhận được từ người được bảo hiểm hoặc thành viên trong gia đình của người được bảo hiểm. Health Net sẽ không chấp nhận thanh toán lệ phí bảo hiểm được nhân viên hoặc nhà môi giới nộp bằng tiền từ các bên thứ ba có lợi ích về tài chính mà không được pháp luật cho phép để trả lệ phí bảo hiểm thay cho người được bảo hiểm. Khi phát hiện ra bất kỳ khoản thanh toán không được chấp nhận nào được mô tả trong phần này, Health Net sẽ hoàn lại và thông báo cho người có hợp đồng bảo hiểm rằng khoản thanh toán bị từ chối và lệ phí bảo hiểm vẫn chưa được thanh toán. Thời gian ân hạn 30 ngày sẽ được phép để thanh toán lệ phí bảo hiểm đến hạn, bắt đầu từ ngày Health Net thông báo cho người có hợp đồng bảo hiểm rằng khoản thanh toán đã bị từ chối. Nếu Health Net không nhận được khoản thanh toán vào hoặc trước ngày cuối cùng của Thời gian ân hạn, Health Net sẽ hủy quyền lợi bảo hiểm sau khi kết thúc Thời gian ân hạn. Xem điều khoản về “Thời gian ân hạn” trong phần “Thời hạn hợp đồng bảo hiểm và lệ phí bảo hiểm” của hợp đồng bảo hiểm để biết thêm thông tin.



B. LỰA CHỌN QUYỀN LỢI BẢO HIỂM

Các chương trình EPO của Health Net Life Insurance Company sử dụng hệ thống nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe PureCare One EPO của Health Net.

- ☐ **Platinum 90 PureCare One EPO**
- ☐ **Gold 80 PureCare One EPO**
- ☐ **Silver 70 Off Exchange PureCare One EPO**
- ☐ **Bronze 60 PureCare One EPO**
- ☐ **Minimum Coverage PureCare One EPO** – Được cung cấp cho các cá nhân dưới 30 tuổi. Quý vị cũng có thể đủ tiêu chuẩn tham gia chương trình này nếu quý vị từ 30 tuổi trở lên và được miễn đáp ứng yêu cầu của liên bang về duy trì quyền lợi bảo hiểm thiết yếu tối thiểu. Bằng chứng miễn trừ phải được nộp cùng với đơn này.

Quyền lợi bảo hiểm tùy chọn: Chương trình bảo hiểm nha khoa/nhãn khoa cho người lớn (từ 19 tuổi trở lên).

- ☐ **Dental³ and Vision Plus** – Nếu chương trình bảo hiểm Dental and Vision Plus được mua cho người nộp đơn chính, tất cả các thành viên trong gia đình từ 19 tuổi trở lên cũng sẽ được ghi danh vào chương trình bảo hiểm Dental and Vision Plus. Dental and Vision Plus chỉ có thể được mua cùng với, hoặc thêm vào, quyền lợi bảo hiểm y tế trong thời hạn ghi danh tự do hoặc thời hạn ghi danh đặc biệt.

³Chương trình bảo hiểm nha khoa là chương trình bồi thường/bồi hoàn theo lịch trình.

Lưu ý: Tất cả các chương trình bảo hiểm y tế bao gồm bảo hiểm nha khoa trẻ em và bảo hiểm nhãn khoa trẻ em. Các cá nhân sẽ nhận được bảo hiểm nha khoa và nhãn khoa trẻ em theo các chương trình bảo hiểm y tế cho đến ngày cuối cùng của tháng mà cá nhân bước sang tuổi 19. Quyền lợi bảo hiểm nha khoa và nhãn khoa trẻ em ngoài hệ thống không có trong các chương trình PureCare One EPO.

YÊU CẦU VỀ TÍNH HỘI ĐỦ TIÊU CHUẨN TRONG KHU VỰC PHỤC VỤ

Người nộp đơn phải cư trú tại một trong các quận sau đây thuộc tiểu bang California: Contra Costa, Marin, Merced, Napa, Orange, San Diego, San Francisco, San Joaquin, San Mateo, Santa Clara, Santa Cruz, Solano, Sonoma, Stanislaus và Tulare.

Ngoài ra, khu vực phục vụ bao gồm một phần các quận sau đây:

Kern: Đối với các mã ZIP: 93203, 93205, 93206, 93215, 93216, 93220, 93222, 93224, 93225, 93226, 93238, 93240, 93241, 93243, 93249, 93250, 93251, 93252, 93255, 93263, 93268, 93276, 93280, 93283, 93285, 93287, 93301, 93302, 93303, 93304, 93305, 93306, 93307, 93308, 93309, 93311, 93312, 93313, 93314, 93380, 93383, 93384, 93385, 93386, 93387, 93388, 93389, 93390, 93501, 93502, 93504, 93505, 93516, 93518, 93519, 93523, 93524, 93531, 93560, 93561, 93581, 93596

Los Angeles: Đối với các mã ZIP bắt đầu từ 906 đến 912, bao gồm cả 915, 917, 918, và 935

Riverside: Đối với các mã ZIP: 91752, 92201, 92202, 92203, 92210, 92211, 92220, 92223, 92230, 92234, 92235, 92236, 92240, 92241, 92247, 92248, 92253, 92254, 92255, 92258, 92260, 92261, 92262, 92263, 92264, 92270, 92274, 92276, 92282, 92320, 92501, 92502, 92503, 92504, 92505, 92506, 92507, 92508, 92509, 92513, 92514, 92516, 92517, 92518, 92519, 92521, 92522, 92530, 92531, 92532, 92536, 92539, 92543, 92544, 92545, 92546, 92548, 92549, 92551, 92552, 92553, 92554, 92555, 92556, 92557, 92561, 92562, 92563, 92564, 92567, 92570, 92571, 92572, 92581, 92582, 92583, 92584, 92585, 92586, 92587, 92589, 92590, 92591, 92592, 92593, 92595, 92596, 92599, 92860, 92877, 92878, 92879, 92880, 92881, 92882, 92883

San Bernardino: Đối với các mã ZIP: 91701, 91708, 91709, 91710, 91729, 91730, 91737, 91739, 91743, 91758, 91759, 91761, 91762, 91763, 91764, 91784, 91785, 91786, 92252, 92256, 92268, 92277, 92278, 92284, 92285, 92286, 92301, 92305, 92307, 92308, 92309, 92310, 92311, 92312, 92313, 92314, 92315, 92316, 92317, 92318, 92321, 92322, 92324, 92325, 92327, 92329, 92331, 92333, 92334, 92335, 92336, 92337, 92339, 92340, 92341, 92342, 92344, 92345, 92346, 92347, 92350, 92352, 92354, 92356, 92357, 92358, 92359, 92365, 92368, 92369, 92371, 92372, 92373, 92374, 92375, 92376, 92377, 92378, 92382, 92385, 92386, 92391, 92392, 92393, 92394, 92395, 92397, 92398, 92399, 92401, 92402, 92403, 92404, 92405, 92406, 92407, 92408, 92410, 92411, 92413, 92415, 92418, 92423, 92427



Phần III. Thành viên trong gia đình sẽ được ghi danh

Liệt kê tất cả các thành viên gia đình đủ tiêu chuẩn sẽ được ghi danh ngoài quý vị. Nếu họ của một thành viên trong gia đình được liệt kê khác với họ của quý vị, vui lòng giải thích vào một tờ giấy riêng. Đối với những người phụ thuộc bổ sung, vui lòng đính kèm một tờ khác có điền thông tin được yêu cầu.

☐ Đánh dấu vào đây nếu đính kèm một trang bổ sung. Vui lòng viết số An sinh xã hội hoặc Mã số thuế của người nộp đơn chính ở góc trên bên phải của trang bổ sung.

Lưu ý: Nếu một thành viên gia đình đang yêu cầu một chương trình bảo hiểm y tế khác với người ghi danh bảo hiểm chính, cần điền và nộp một đơn riêng cho mỗi thành viên gia đình yêu cầu một chương trình khác. Tham gia một hợp đồng bảo hiểm khác có nghĩa là mỗi người sẽ phải chịu khoản khấu trừ và chi phí tự trả tối đa cá nhân của chương trình đã chọn và gia đình không thể gộp chung vào khoản khấu trừ và chi phí tự trả tối đa của gia đình.

Để được hưởng quyền lợi bảo hiểm cho đối tượng người yêu sống chung, phải đáp ứng tất cả các yêu cầu về tính hội đủ tiêu chuẩn, theo quy định của luật pháp hiện hành của Tiểu bang California, và phải nộp Tuyên bố chung về tình trạng chung sống không hôn nhân cho Chánh văn phòng Tiểu bang California.

Quý vị phải chọn một bác sĩ gia đình. Quý vị có thể chọn cùng một hoặc khác bác sĩ gia đình cho mỗi thành viên gia đình mà quý vị đang ghi danh. Nếu quý vị không chọn bác sĩ gia đình, chúng tôi sẽ chọn cho quý vị một bác sĩ gia đình trong khu vực của quý vị. Để tìm danh sách cập nhật nhất về các bác sĩ ký hợp đồng với Health Net, hãy đăng nhập vào www.myhealthnetca.com sau đó truy cập *Find a Doctor* (Tìm một bác sĩ). Quý vị sẽ tìm thấy một danh sách đầy đủ các bác sĩ thuộc hệ thống của Chương trình bảo hiểm dành cho cá nhân và gia đình của chúng tôi và quý vị có thể tìm kiếm theo tên chuyên khoa, thành phố, quận hoặc tên bác sĩ. Quý vị cũng có thể gọi đến số 1-877-609-8711 để yêu cầu thông tin của nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe hoặc liên lạc với đại diện/nhà môi giới được Health Net ủy quyền.

MỐI QUAN HỆ	HỌ	TÊN	TÊN ĐỆM VIẾT TẮT
☐ Vợ/chồng ☐ Người yêu sống chung	☐ Nam ☐ Nữ		
SỐ AN SINH XÃ HỘI	NGÀY SINH	ID BÁC SĨ GIA ĐÌNH CỦA PURECARE ONE EPO	
- -	/ /		
MỐI QUAN HỆ: NGƯỜI CON 1	HỌ	TÊN	TÊN ĐỆM VIẾT TẮT
☐ Con trai ☐ Con gái			
SỐ AN SINH XÃ HỘI	NGÀY SINH	ID BÁC SĨ GIA ĐÌNH CỦA PURECARE ONE EPO	
- -	/ /		
MỐI QUAN HỆ: NGƯỜI CON 2	HỌ	TÊN	TÊN ĐỆM VIẾT TẮT
☐ Con trai ☐ Con gái			
SỐ AN SINH XÃ HỘI	NGÀY SINH	ID BÁC SĨ GIA ĐÌNH CỦA PURECARE ONE EPO	
- -	/ /		
MỐI QUAN HỆ: NGƯỜI CON 3	HỌ	TÊN	TÊN ĐỆM VIẾT TẮT
☐ Con trai ☐ Con gái			
SỐ AN SINH XÃ HỘI	NGÀY SINH	ID BÁC SĨ GIA ĐÌNH CỦA PURECARE ONE EPO	
- -	/ /		

(tiếp theo)



Phần III. (Các) thành viên gia đình sẽ được ghi danh (tiếp)

BỘ SUNG NGƯỜI PHỤ THUỘC VÀO HỢP ĐỒNG BẢO HIỂM HIỆN CÓ (trẻ sơ sinh, trẻ được nhận nuôi/ sắp xếp để nhận nuôi, con riêng hoặc đảm đương mối quan hệ cha mẹ-con cái, hôn nhân hoặc sự chung sống không hôn nhân và bảo hiểm theo lệnh của tòa án)

Họ của người phụ thuộc:		Tên:	Tên đệm viết tắt:
Ngày sinh của người phụ thuộc (tháng dạng hai chữ số/ngày dạng hai chữ số/năm dạng hai chữ số):	Ngày nhận con nuôi/sắp xếp nhận con nuôi hoặc sự kiện đủ điều kiện áp dụng khác (tháng dạng hai chữ số/ngày dạng hai chữ số/năm dạng hai chữ số):		☐ Nam ☐ Nữ
Số An sinh xã hội:		ID hội viên của người ghi danh bảo hiểm chính:	
Nếu quý vị thêm một trẻ sơ sinh/con nuôi đủ điều kiện vào chương trình PureCare One EPO, quý vị phải chọn một bác sĩ gia đình đến từ Hệ thống PureCare One EPO.			
ID bác sĩ gia đình:		Bệnh nhân hiện tại: ☐ Có ☐ Không	

ĐIỀU KIỆN CHUNG: Health Net có quyền từ chối bất kỳ đơn ghi danh nào không được gửi đến trong vòng 60 ngày kể từ ngày sinh con, ngày nhận con nuôi hoặc sự kiện đủ điều kiện áp dụng khác. Không có phòng ban, cán bộ, đại diện hoặc nhân viên nào khác của Health Net được phép cấp ghi danh. Nhà môi giới hoặc đại diện của người được bảo hiểm chính không thể cấp phê duyệt, thay đổi điều khoản hoặc miễn trừ các yêu cầu của đơn này. Đơn này sẽ trở thành một phần của Hợp đồng bảo hiểm.

Vui lòng nộp lệ phí bảo hiểm tháng đầu tiên cho con cái phụ thuộc. **Vui lòng lưu ý:** Nếu ngày quyền lợi bảo hiểm có hiệu lực của đứa trẻ đó không phải là ngày đầu tiên của tháng, quý vị sẽ phải trả thêm lệ phí bảo hiểm được chia theo tỷ lệ sẽ được thêm vào hóa đơn tính lệ phí bảo hiểm thông thường tiếp theo của quý vị.

Đơn và Điều khoản phân xử qua trọng tài phải có chữ ký của người được bảo hiểm chính. Người được bảo hiểm chính phải đích thân ký tên của người được bảo hiểm chính bằng mực và đồng ý tuân thủ Điều khoản phân xử qua trọng tài và các điều khoản, điều kiện và quy định của đơn và Hợp đồng bảo hiểm để đơn này được xử lý. Để đơn này được xem xét, người môi giới cũng như bất kỳ người nào khác đều không được ký tên vào đơn này và Điều khoản phân xử qua trọng tài.

Phần IV. Thời hạn ghi danh đặc biệt

Ngoài thời hạn ghi danh tự do, quý vị và những người phụ thuộc của quý vị có đủ tiêu chuẩn để ghi danh hoặc thay đổi chương trình trong thời hạn ghi danh đặc biệt, trong vòng 60 ngày kể từ ngày xảy ra một số sự kiện đủ điều kiện (xem trang 5–7). Thông thường, đối với các đơn nhận được từ ngày 1 đến ngày 15, quyền lợi bảo hiểm sẽ có hiệu lực vào ngày đầu tiên của tháng sau khi nộp đơn. Đối với các đơn nhận được từ ngày 16 đến cuối tháng, quyền lợi bảo hiểm sẽ có hiệu lực vào ngày đầu tiên của tháng thứ hai sau khi nộp đơn. **Các trường hợp ngoại lệ đối với những ngày có hiệu lực này bao gồm sinh con, nhận con nuôi, sắp xếp để nhận con nuôi, hoặc lệnh cấp dưỡng nuôi con hoặc lệnh khác của tòa án, mà các quyền lợi bảo hiểm theo đó sẽ có hiệu lực từ ngày diễn ra sự kiện đủ điều kiện hoặc lệnh tòa án. Quyền lợi bảo hiểm do kết hôn, chung sống không hôn nhân hoặc mất quyền lợi bảo hiểm sẽ có hiệu lực vào ngày đầu tiên của tháng sau khi nhận đơn.** Đối với các đơn được gửi trước khi mất quyền lợi bảo hiểm, ngày hiệu lực sẽ là ngày đầu tiên của tháng sau khi mất quyền lợi bảo hiểm. Các đơn ghi danh phải được gửi đến trong vòng 60 ngày kể từ ngày diễn ra sự kiện đủ điều kiện. Bắt buộc phải cung cấp tài liệu về sự kiện đủ điều kiện. Vui lòng viết trong phần sự kiện đủ điều kiện áp dụng dưới đây và tên của người được áp dụng. Để bổ sung người phụ thuộc, vui lòng đính kèm một tờ giấy riêng.

SỰ KIỆN ĐỦ ĐIỀU KIỆN SỐ (XEM BẢNG TRÊN TRANG TIẾP THEO)	NGÀY XẢY RA SỰ KIỆN	NGƯỜI NỘP ĐƠN CHÍNH	VỢ/CHỒNG/ NGƯỜI YÊU SỐNG CHUNG	NGƯỜI PHỤ THUỘC 1	NGƯỜI PHỤ THUỘC 2	NGƯỜI PHỤ THUỘC 3

(tiếp theo)



Phần IV. Thời hạn ghi danh đặc biệt (tiếp)

SỰ KIỆN ĐỦ ĐIỀU KIỆN	VÍ DỤ VỀ TÀI LIỆU CALIFORNIA
1) Cá nhân đủ điều kiện hoặc người phụ thuộc của cá nhân đủ điều kiện, mất quyền lợi bảo hiểm cần thiết tối thiểu, có thể do một trong những lý do sau (không bao gồm tự nguyện chấm dứt quyền lợi bảo hiểm trước đây hoặc chấm dứt do không thanh toán lệ phí bảo hiểm):	Bản sao của một trong những tài liệu sau: - Mặt trước và mặt sau của thẻ nhận dạng (ID) của công ty bảo hiểm trước đây. - Thư từ công ty bảo hiểm trước đây nêu rõ mất quyền lợi bảo hiểm. - Xác nhận chấm dứt hợp đồng lao động hoặc giảm giờ làm từ hãng sở (phải ghi trên tiêu đề thư của hãng sở và có chữ ký của ban quản trị của hãng sở).
A. Nhân viên được đài thọ qua đời.	
B. Nhân viên được đài thọ chấm dứt hợp đồng lao động hoặc giảm giờ làm việc.	
C. Nhân viên được đài thọ ly hôn hoặc ly thân hợp pháp với vợ/chồng của nhân viên.	
D. Nhân viên được đài thọ được hưởng các quyền lợi theo Medicare.	
E. Con cái phụ thuộc không còn là con cái phụ thuộc theo các yêu cầu áp dụng chung của chương trình.	
F. Kịch kiện tụng trong vụ kiện phá sản theo Tiêu đề 11, bắt đầu vào hoặc sau ngày 1 tháng 7, 1986, liên quan đến hãng sở mà nhân viên được đài thọ nghỉ hưu bất cứ lúc nào. Trong trường hợp này, việc mất quyền lợi bảo hiểm bao gồm việc loại bỏ đáng kể quyền lợi bảo hiểm đối với người hưởng đủ điều kiện (vợ/chồng/người yêu sống chung, con cái phụ thuộc hoặc vợ/chồng/người yêu sống chung còn sống) trong vòng một năm trước hoặc sau ngày bắt đầu kiện tụng.	
G. Được ghi danh vào bất kỳ chương trình bảo hiểm sức khỏe theo nhóm trong năm không tính theo lịch hoặc bất kỳ quyền lợi bảo hiểm sức khỏe cá nhân nào, ngay cả khi cá nhân đủ điều kiện hoặc người phụ thuộc của cá nhân đủ điều kiện có lựa chọn gia hạn quyền lợi bảo hiểm đó. Ngày mất quyền lợi bảo hiểm là ngày cuối cùng của chương trình bảo hiểm hoặc năm hợp đồng bảo hiểm.	
H. Mất quyền lợi bảo hiểm cần thiết tối thiểu vì bất kỳ lý do nào khác ngoài việc không trả lệ phí bảo hiểm hoặc các trường hợp cho phép hủy bỏ vì gian lận hoặc cố ý trình bày sai dữ kiện quan trọng.	- Thư từ người nộp đơn hỗ trợ sự kiện đủ điều kiện. - Thư từ công ty bảo hiểm trước đây nêu rõ mất quyền lợi bảo hiểm.
I. Chấm dứt các khoản đóng góp của hãng sở.	Thông báo từ hãng sở về việc chấm dứt các khoản đóng góp.
J. Hết quyền đài thọ bảo hiểm tiếp tục Đạo luật Phân bổ ngân sách đồng bộ hợp nhất (Consolidated Omnibus Budget Reconciliation Act, COBRA).	Hồ sơ tài liệu COBRA phản ánh việc hết quyền lợi bảo hiểm.
K. Cá nhân đủ điều kiện mất quyền lợi bảo hiểm cần thiết về mặt y tế theo Medi-Cal hoặc Medicaid (không bao gồm tự nguyện chấm dứt quyền lợi bảo hiểm trước đây của quý vị hoặc chấm dứt do không thanh toán lệ phí bảo hiểm).	Tài liệu về Medi-Cal hoặc Medicaid.
L. Cá nhân đủ điều kiện mất quyền lợi bảo hiểm liên quan đến tình trạng mang thai theo Medi-Cal hoặc Medicaid (không bao gồm tự nguyện chấm dứt quyền lợi bảo hiểm trước đây của quý vị hoặc chấm dứt do không thanh toán lệ phí bảo hiểm).	Tài liệu về Medi-Cal hoặc Medicaid.

(tiếp theo)



Phần IV. Thời hạn ghi danh đặc biệt (tiếp)

SỰ KIỆN ĐỦ ĐIỀU KIỆN	VÍ DỤ VỀ TÀI LIỆU CALIFORNIA
2) A. Cá nhân đủ điều kiện có một người phụ thuộc hoặc trở thành người phụ thuộc thông qua hôn nhân, chung sống không hôn nhân, sinh con, nhận con nuôi, sắp xếp nhận con nuôi hoặc đảm đương mối quan hệ cha mẹ-con cái. B. Người ghi danh mất người phụ thuộc hoặc không còn được coi là người phụ thuộc thông qua ly hôn hoặc ly thân hợp pháp theo quy định của pháp luật Tiểu bang tại Tiểu bang xảy ra ly hôn hoặc ly thân hợp pháp, hoặc nếu người ghi danh, hoặc người phụ thuộc của người ghi danh qua đời.	- Giấy chứng nhận kết hôn. - Tuyên ngôn về sự chung sống không hôn nhân. - Giấy chứng nhận chung sống không hôn nhân đã đăng ký. - Bản khai có công chứng về việc đảm đương mối quan hệ cha mẹ-con cái. - Giấy khai sinh. - Hồ sơ xuất viện. - Chuẩn bị hồ sơ tài liệu theo lệnh của tòa án để nhận con nuôi. - Giấy chứng nhận quyết định ly hôn. - Thỏa thuận ly thân hợp pháp. - Giấy chứng tử.
3) Việc ghi danh hoặc không ghi danh vào một chương trình bảo hiểm sức khỏe của cá nhân đủ điều kiện, hoặc người phụ thuộc của cá nhân đủ điều kiện, là vô tình, vô ý hoặc sai lầm và là do nhầm lẫn, trình bày sai, hành vi sai trái hoặc thụ động của một cán bộ, nhân viên, thực thể không thuộc Thị trường bảo hiểm (Exchange) cung cấp hỗ trợ ghi danh hoặc tiến hành các hoạt động ghi danh, hoặc đại diện của Exchange hoặc Bộ Y tế và Dịch vụ Nhân sinh, hoặc các công cụ được đánh giá và xác định bởi Exchange.	- Mặt trước và mặt sau thẻ nhận dạng (ID) của công ty bảo hiểm trước đây. - Thư từ Exchange hoặc Bộ Y tế và Dịch vụ Nhân sinh (Health and Human Services, HHS) về việc nộp giấy tờ liên quan đến sự kiện đủ điều kiện.
4) Chương trình bảo hiểm sức khỏe trong đó người ghi danh, hoặc người phụ thuộc của người ghi danh, được ghi danh đã vi phạm đáng kể một điều khoản quan trọng trong hợp đồng của mình.	Tài liệu giải quyết từ Exchange hoặc chương trình bảo hiểm khác.
5) Cá nhân đủ điều kiện hoặc người ghi danh, hoặc người phụ thuộc của cá nhân đủ điều kiện hoặc của người ghi danh, có quyền truy cập vào chương trình bảo hiểm sức khỏe mới do di chuyển dài hạn. Xin lưu ý rằng việc di chuyển nhằm mục đích nhận chăm sóc y tế (chẳng hạn như chuyển đến bệnh viện nội trú hoặc cơ sở y tế tương tự để được điều trị y tế) không phải là “sự di chuyển vĩnh viễn” nhằm các mục đích của Thời hạn ghi danh đặc biệt này.	Bản sao bằng chứng cư trú được chấp nhận: - Giấy phép lái xe hoặc thẻ nhận dạng hiện hành. - Mẫu đăng ký phương tiện hiện hành và hợp lệ của tiểu bang đứng tên người nộp đơn. - Bằng chứng việc làm của người nộp đơn. - Bằng chứng người nộp đơn đã đăng ký với một cơ quan việc làm công cộng hoặc tư nhân. - Bằng chứng cho thấy người nộp đơn đã ghi danh cho con cái của người nộp đơn tại trường học. - Bằng chứng về việc người nộp đơn đang nhận được trợ cấp công cộng. - Mẫu biên nhận đăng ký cử tri, thẻ thông báo cử tri hoặc bản tóm tắt đăng ký cử tri. - Hóa đơn dịch vụ tiện ích hiện tại đứng tên người nộp đơn. - Biên lai tiền thuê hoặc tiền thế chấp hiện tại đứng tên người nộp đơn. Biên lai tiền thuê được cung cấp bởi người thân sẽ không được chấp nhận. - Chứng thư thế chấp chứng minh tình trạng cư trú chính. - Hợp đồng cho thuê đứng tên người nộp đơn. - Thư gửi chính phủ đứng tên người nộp đơn (thông báo của Sở An sinh Xã hội (Social Security Administration, SSA), thông báo của Nha lộ vận (Department of Motor Vehicles, DMV), v.v.). - Hóa đơn điện thoại di động. - Bảng sao kê thẻ tín dụng.

(tiếp theo)



Phần IV. Thời hạn ghi danh đặc biệt (tiếp)

SỰ KIỆN ĐỦ ĐIỀU KIỆN	VÍ DỤ VỀ TÀI LIỆU CALIFORNIA
5) Cá nhân đủ điều kiện hoặc người ghi danh, hoặc người phụ thuộc của cá nhân đủ điều kiện hoặc của người ghi danh, có quyền truy cập vào chương trình bảo hiểm sức khỏe mới do di chuyển dài hạn. Xin lưu ý rằng việc di chuyển nhằm mục đích nhận chăm sóc y tế (chẳng hạn như chuyển đến bệnh viện nội trú hoặc cơ sở y tế tương tự để được điều trị y tế) không phải là “sự di chuyển vĩnh viễn” nhằm các mục đích của Thời hạn ghi danh đặc biệt này. (tiếp)	• Bảng sao kê ngân hàng hoặc séc bị hủy có tên và địa chỉ được viết chữ in. • Thư xác nhận thay đổi địa chỉ của Cơ quan Dịch vụ Bưu chính Hoa Kỳ. • Hợp đồng hoặc biên nhận của công ty chuyển nhà có nêu địa chỉ của quý vị. • Nếu quý vị đang sống trong nhà của một người khác, như một thành viên trong gia đình, bạn bè, hoặc bạn cùng phòng, quý vị có thể gửi thư/thông báo của người đó nói rằng quý vị sống với họ và không chỉ là tạm thời đến chơi. Người này phải chứng minh tình trạng cư trú của chính họ bằng cách gửi kèm một trong các tài liệu được liệt kê ở trên. • Nếu quý vị là người vô gia cư hoặc đang sống trong nhà ở chuyển tiếp, quý vị có thể gửi thư hoặc thông báo của một cư dân khác ở cùng tiểu bang, nói rằng họ biết quý vị sống ở đâu và có thể xác minh rằng quý vị sống trong khu vực này và không chỉ tạm thời đến chơi. Người này phải chứng minh tình trạng cư trú của chính họ bằng cách gửi kèm một trong các tài liệu được liệt kê ở trên. • Thư của một nhà cung cấp dịch vụ xã hội phi lợi nhuận (ngoại trừ nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe phi lợi nhuận) tại địa phương hoặc cơ quan chính phủ (bao gồm nhà nường thân) có thể xác nhận rằng quý vị sống trong khu vực này và không chỉ là đến chơi.
6) Cá nhân đủ điều kiện bắt buộc phải được đài thọ với tư cách người phụ thuộc theo lệnh có hiệu lực của tòa án tiểu bang hoặc liên bang.	Tài liệu tòa án.
7) Cá nhân đủ điều kiện đã được ra tù.	Giấy tờ về việc quản chế hoặc tạm tha thể hiện ngày xảy ra sự kiện.
8) Cá nhân đủ điều kiện đã nhận các dịch vụ theo một chương trình quyền lợi sức khỏe khác, từ một nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe ký hợp đồng hiện không còn tham gia vào hệ thống của chương trình bảo hiểm sức khỏe đó, vì bất kỳ điều kiện nào sau đây: (a) tình trạng bệnh cấp tính (tình trạng y tế liên quan đến sự khởi phát đột ngột của các triệu chứng do bệnh tật, chấn thương hoặc vấn đề y tế khác cần được chăm sóc y tế kịp thời và có thời gian hạn chế); (b) tình trạng mãn tính nghiêm trọng (tình trạng y tế do bệnh tật, ốm đau, hoặc vấn đề y tế khác hoặc rối loạn y tế có tính chất nghiêm trọng và kéo dài dai dẳng mà không được chữa trị đầy đủ hoặc trở nên trầm trọng hơn trong một thời gian dài hoặc cần điều trị liên tục để duy trì thuyên giảm hoặc ngăn ngừa suy giảm sức khỏe); (c) bệnh nan y (tình trạng không thể chữa khỏi hoặc không thể hồi phục có nguy cơ gây tử vong cao trong vòng một năm hoặc ít hơn); (d) tình trạng mang thai; (e) chăm sóc trẻ sơ sinh từ khi sinh đến 36 tháng; hoặc (f) phẫu thuật hoặc thủ thuật khác đã được nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe khuyến nghị và ghi lại diễn ra trong vòng 180 ngày kể từ ngày chấm dứt hợp đồng hoặc trong vòng 180 ngày kể từ ngày quyền lợi bảo hiểm có hiệu lực đối với người được bảo hiểm mới được đài thọ, và nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe đó không còn tham gia vào chương trình bảo hiểm sức khỏe.	• Thư từ chương trình bảo hiểm sức khỏe ghi lại việc nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe không còn tham gia hệ thống. VÀ • Thư của nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe ghi lại tình trạng của người ghi danh.



Phần IV. Thời hạn ghi danh đặc biệt (tiếp)

SỰ KIỆN ĐỦ ĐIỀU KIỆN	VÍ DỤ VỀ TÀI LIỆU CALIFORNIA
9) Cá nhân đủ điều kiện chứng minh cho Exchange, liên quan đến các chương trình quyền lợi sức khỏe được cung cấp thông qua Exchange hoặc Bộ Bảo hiểm California, đối với các chương trình quyền lợi sức khỏe được cung cấp bên ngoài Exchange, rằng cá nhân đủ điều kiện không ghi danh vào chương trình quyền lợi sức khỏe trong thời hạn ghi danh ngay trước đó dành cho cá nhân vì cá nhân đủ điều kiện đã hiểu sai rằng cá nhân đủ điều kiện được đài thọ theo quyền lợi bảo hiểm cần thiết tối thiểu.	- Thư của người nộp đơn chứng minh sự kiện đủ điều kiện. - Xác minh sự kiện đủ điều kiện từ Covered California hoặc Bộ Bảo hiểm California.
10) Cá nhân đủ điều kiện là thành viên của lực lượng dự bị của quân đội Hoa Kỳ trở về sau khi hoàn thành nghĩa vụ quân sự hoặc là thành viên của Lực lượng Vệ binh Quốc gia California trở về sau khi hoàn thành nghĩa vụ quân sự theo Tiêu đề 32 của Bộ luật Hoa Kỳ.	Tài liệu về việc hoàn thành nghĩa vụ quân sự.
11) Mới đủ tiêu chuẩn hoặc không đủ tiêu chuẩn được ứng trước trong tín dụng thuế trả lệ phí bảo hiểm hoặc có sự thay đổi về tính hội đủ tiêu chuẩn để giảm khoản chia sẻ chi phí.	Giấy tờ về Tín dụng thuế ứng trước để trả lệ phí bảo hiểm (viết tắt trong tiếng Anh là APTC) cho biết quý vị đủ tiêu chuẩn được nhận trợ cấp lệ phí bảo hiểm nào.
12) Cá nhân hoặc người ghi danh đủ điều kiện là nạn nhân của tình trạng lạm dụng gia đình hoặc bỏ rơi vợ/chồng, bao gồm nạn nhân là người phụ thuộc hoặc chưa kết hôn trong một hộ gia đình, được ghi danh vào quyền lợi bảo hiểm cần thiết tối thiểu và tìm cách ghi danh hưởng quyền lợi bảo hiểm tách biệt với người gây ra tình trạng lạm dụng hoặc bỏ bê; hoặc là người phụ thuộc của nạn nhân thuộc trường hợp lạm dụng trong gia đình hoặc bỏ bê vợ/chồng, trên cùng một đơn với tư cách là nạn nhân.	Một tuyên bố bằng văn bản có chữ ký theo hình phạt khai man nêu rõ tên quý vị và tên của các nạn nhân chịu tình trạng lạm dụng trong gia đình đã ghi danh nhận quyền lợi bảo hiểm.
13) Cá nhân hoặc người phụ thuộc nộp đơn nhận quyền lợi bảo hiểm thông qua Covered California trong thời hạn ghi danh tự do thường niên hoặc do một sự kiện đủ điều kiện diễn ra, được Covered California đánh giá là có thể đủ tiêu chuẩn tham gia Medi-Cal, và được xác định không đủ tiêu chuẩn tham gia Medi-Cal sau khi thời hạn ghi danh tự do kết thúc hoặc hơn 60 ngày sau khi sự kiện đủ điều kiện diễn ra; hoặc nộp đơn đăng ký quyền lợi bảo hiểm với Medi-Cal trong thời hạn ghi danh tự do thường niên và được xác định không đủ tiêu chuẩn sau khi thời hạn ghi danh tự do kết thúc.	Thư từ chối tính hội đủ tiêu chuẩn từ Covered California hoặc Medi-Cal.



Phần V. Yêu cầu cung cấp bằng chứng về tình trạng thường trú

Health Net yêu cầu rằng, với tư cách là người nộp đơn, quý vị hiện phải là thường trú nhân ở California và rằng lệ phí bảo hiểm ban đầu của quý vị phải được thanh toán trước khi xem xét đơn ghi danh của quý vị.

Vui lòng cung cấp một (1) tài liệu bằng chứng chấp nhận được về tình trạng thường trú, chứng minh địa chỉ nhà khớp với địa chỉ quý vị đã liệt kê trên trang 1 của đơn này. **Nếu chúng tôi không nhận được tài liệu bằng chứng về tình trạng thường trú của quý vị sau khi nộp đơn, đơn của quý vị sẽ bị từ chối.** Health Net có quyền điều tra các thông tin liên quan đến bất kỳ bằng chứng cư trú nào được gửi bởi hoặc thay mặt người nộp đơn và yêu cầu bổ sung thêm thông tin để thiết lập tình trạng cư trú của người nộp đơn. Xin lưu ý rằng tình trạng thường trú không bao gồm việc di chuyển đến cơ sở y tế để được điều trị y tế hoặc thăm khám trong khu vực phục vụ nhằm mục đích nhận chăm sóc y tế.

Tài liệu chứng minh được chấp nhận bao gồm:

- Giấy phép lái xe hoặc thẻ nhận dạng hiện hành ở California.
- Mẫu đăng ký xe California hiện hành và hợp lệ đứng tên người nộp đơn.
- Bằng chứng chứng minh người nộp đơn được tuyển dụng làm việc ở California.
- Bằng chứng chứng minh người nộp đơn đã đăng ký với một cơ quan việc làm công cộng hoặc tư nhân ở California.
- Bằng chứng chứng minh người nộp đơn đã ghi danh cho con cái của người nộp đơn tại một trường học ở California.
- Bằng chứng chứng minh người nộp đơn đang nhận được hỗ trợ công cộng ở California.
- Giấy biên nhận đăng ký cử tri, thẻ thông báo cử tri hoặc bản tóm tắt đăng ký cử tri.
- Hóa đơn dịch vụ tiện ích hiện hành của California đứng tên người nộp đơn.
- Biên lai thanh toán tiền thuê hoặc thẻ chấp hiện hành ở California đứng tên người nộp đơn. Biên lai tiền thuê được cung cấp bởi người thân sẽ không được chấp nhận.
- Chứng thư thể chấp chứng minh tình trạng cư trú chính.
- Hợp đồng cho thuê đứng tên người nộp đơn.
- Thư gửi chính phủ đứng tên người nộp đơn (thông báo của Sở An sinh Xã hội (Social Security Administration, SSA), thông báo của Nha lộ vận (Department of Motor Vehicles, (DMV), v.v.).
- Hóa đơn điện thoại di động.
- Bảng sao kê thẻ tín dụng.
- Bảng sao kê ngân hàng hoặc séc bị hủy có tên và địa chỉ được viết chữ in.
- Thư xác nhận thay đổi địa chỉ của Cơ quan Dịch vụ Bưu chính Hoa Kỳ.
- Hợp đồng hoặc biên nhận của công ty chuyển nhà có nêu địa chỉ của quý vị.
- Nếu quý vị đang sống trong nhà của một người khác, như một thành viên trong gia đình, bạn bè hoặc bạn cùng phòng, quý vị có thể gửi thư/thông báo của người đó nói rằng quý vị sống với họ và không chỉ là tạm thời đến chơi. Người này phải chứng minh tình trạng cư trú của chính họ bằng cách gửi kèm một trong các tài liệu được liệt kê ở trên.
- Nếu quý vị là người vô gia cư hoặc đang sống trong nhà ở chuyển tiếp, quý vị có thể gửi thư hoặc thông báo của một cư dân khác ở cùng tiểu bang, nói rằng họ biết quý vị sống ở đâu và có thể xác minh rằng quý vị sống trong khu vực này và không chỉ tạm thời đến chơi. Người này phải chứng minh tình trạng cư trú của chính họ bằng cách gửi kèm một trong các tài liệu được liệt kê ở trên.
- Thư của một nhà cung cấp dịch vụ xã hội phi lợi nhuận (ngoại trừ nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe phi lợi nhuận) tại địa phương hoặc cơ quan chính phủ (bao gồm nhà nương thân) có thể xác nhận rằng quý vị sống trong khu vực này và không chỉ là đến chơi.

Nếu đơn ghi danh dành cho hợp đồng bảo hiểm chỉ dành cho trẻ em, bắt buộc phải cung cấp bằng chứng cư trú về nơi trẻ cư trú bởi cha mẹ hoặc người giám hộ hợp pháp.



Phần VI. Các chương trình bảo hiểm dành cho cá nhân và gia đình – Trường hợp ngoại lệ với ghi danh tiêu chuẩn – Tuyên bố chịu trách nhiệm liên quan đến hỗ trợ ngôn ngữ

Hướng dẫn cho Phần VI: Quy trình sau đây sẽ được sử dụng khi người nộp đơn không thể hoàn thành đơn vì người nộp đơn không thể đọc, viết và/hoặc nói ngôn ngữ có trong đơn. Health Net yêu cầu nếu quý vị cần hỗ trợ hoàn thành đơn này, quý vị phải nhận được sự trợ giúp của thông dịch viên có trình độ. Vui lòng liên lạc với Health Net theo số 1-877-609-8711 để biết thông tin về các dịch vụ thông dịch viên có trình độ và cách thức nhận dịch vụ. Mẫu đơn này phải được nộp cùng với đơn ghi danh vào Chương trình bảo hiểm dành cho cá nhân và gia đình khi áp dụng.

Thông dịch viên có trình độ của Health Net – Vui lòng hoàn thành các bước sau khi được thông dịch viên có trình độ của Health Net hỗ trợ.

Tôi, _____, đã được hỗ trợ điền đơn ghi danh này bởi một thông dịch viên có trình độ được ủy quyền bởi Health Net vì tôi:

☐ Không đọc được ngôn ngữ có trong đơn này. ☐ Không nói được ngôn ngữ có trong đơn này.

☐ Không viết được ngôn ngữ có trong đơn này. ☐ Khác (giải thích): _____

Một thông dịch viên có trình độ đã hỗ trợ tôi điền: ☐ Toàn bộ đơn.

☐ Khác (giải thích): _____

Một thông dịch viên có trình độ đã đọc đơn này cho tôi bằng ngôn ngữ sau: _____

Chữ ký của người nộp đơn: _____ Ngày hôm nay: _____

Ngày đơn ghi danh được thông dịch: _____ Thời gian đơn ghi danh được thông dịch: _____

Mã số của thông dịch viên có trình độ: _____

Phần VII. Thông tin về đại diện/nhà môi giới của người nộp đơn

Cần có đầy đủ tên và địa chỉ của đại diện/nhà môi giới để thư được gửi đến đại diện/nhà môi giới.

Số nhà sản xuất quốc gia (viết tắt trong tiếng Anh là NPN) của cơ quan hoặc nhà môi giới ký hợp đồng với Health Net: _____ **ID của đại diện bán hàng trực tiếp của Health Net:** _____

Tên (viết in hoa): _____ Số điện thoại: _____ Số fax: _____

Địa chỉ: _____

Địa chỉ email: _____

Chữ ký/mã số của đại diện/nhà môi giới của người nộp đơn (bắt buộc): _____ **Ngày ký tên (bắt buộc):** _____

Chứng nhận đại diện/nhà môi giới

Tôi, _____ (tên của đại diện/nhà môi giới),

(LƯU Ý: Quý vị phải chọn ô thích hợp. Quý vị chỉ có thể chọn một ô.)

(_____) đã không hỗ trợ (những) người nộp đơn dưới bất kỳ hình thức nào trong việc điền hoặc nộp đơn này. Tất cả thông tin đã được điền bởi (những) người nộp đơn mà không có sự trợ giúp hay tư vấn nào từ tôi.

HOẶC

(_____) đã hỗ trợ (những) người nộp đơn nộp đơn này. Tôi đã tư vấn cho (những) người nộp đơn rằng người nộp đơn nên trả lời tất cả các câu hỏi một cách đầy đủ và trung thực và rằng không nên từ chối trả lời thông tin nào được yêu cầu trong đơn. Tôi đã giải thích rằng việc từ chối trả lời thông tin có thể dẫn đến việc hủy bỏ hoặc cắt bỏ quyền lợi bảo hiểm trong tương lai. (Những) người nộp đơn đã cho tôi biết rằng người nộp đơn hiểu các hướng dẫn và cảnh báo này. Theo hiểu biết của tôi, thông tin trên đơn ghi danh là đầy đủ và chính xác. Tôi đã giải thích cho người nộp đơn, bằng ngôn ngữ dễ hiểu, về rủi ro có thể xảy đến với người nộp đơn khi cung cấp thông tin không chính xác và người nộp đơn đã hiểu lời giải thích.

Nếu tôi cố tình kê khai bất kỳ dữ kiện đúng, quan trọng nào mà tôi biết là sai sự thật, ngoài các hình phạt áp dụng hoặc biện pháp khắc phục được quy định theo luật hiện hành, tôi sẽ phải chịu hình phạt dân sự lên tới mười nghìn đô la (\$10,000). **Vui lòng trả lời tất cả các câu hỏi từ 1 đến 3.**

1. Ai điền thông tin và hoàn thành đơn ghi danh? (tên đầy đủ viết in hoa)

2. Quý vị có tận mắt chứng kiến (những) người nộp đơn ký tên vào đơn không? ☐ Có ☐ Không

3. Quý vị có xem lại đơn sau khi (những) người nộp đơn đã ký tên vào đơn không? ☐ Có ☐ Không



Phần VIII. Điều kiện ghi danh

ĐIỀU KIỆN CHUNG: Health Net có quyền từ chối bất kỳ đơn ghi danh nào nếu người nộp đơn không đủ tiêu chuẩn nhận quyền lợi bảo hiểm do không đáp ứng các điều kiện về tính hội đủ tiêu chuẩn. Không có quyền lợi bảo hiểm nào trừ khi đơn này được chấp nhận bởi Ban Tư cách hội viên của Health Net, và Thông báo chấp nhận được gửi cho người nộp đơn mặc dù quý vị đã nộp tiền cho Health Net để thanh toán lệ phí bảo hiểm tháng đầu tiên. Không có phòng ban, cán bộ, đại diện hoặc nhân viên nào khác của Health Net được phép cấp ghi danh. Đại diện hoặc nhà môi giới của người nộp đơn không thể phê duyệt, thay đổi các điều khoản hoặc miễn trừ các yêu cầu của đơn này. Đơn này sẽ trở thành một phần của Hợp đồng bảo hiểm.

BẤT KỲ HÀNH VI GIAN LẬN HOẶC CỐ TÌNH TRÌNH BÀY SAI CÁC DỮ KIỆN QUAN TRỌNG trong các tài liệu liên quan đến đơn ghi danh có thể dẫn đến hủy ghi danh và hủy bỏ Hợp đồng bảo hiểm trong thời gian 24 tháng sau khi Hợp đồng bảo hiểm được cấp. Health Net có thể thu lại từ người có hợp đồng bảo hiểm (hoặc từ quý vị hoặc từ người nộp đơn) bất kỳ khoản tiền nào được trả cho các dịch vụ được đài thọ thu được do sự gian lận hoặc cố ý trình bày sai dữ kiện quan trọng.

NẾU NGƯỜI NỘP ĐƠN DUY NHẤT LÀ TRẺ VỊ THÀNH NIÊN: Nếu người nộp đơn duy nhất theo đơn này dưới 18 tuổi, cha mẹ hoặc người giám hộ hợp pháp của người nộp đơn phải ký tên vào đơn. Bằng cách ký tên, người nộp đơn đồng ý chịu trách nhiệm pháp lý về tính chính xác của thông tin trong đơn này và các khoản thanh toán lệ phí bảo hiểm. Nếu bên chịu trách nhiệm đó không phải là cha mẹ đẻ của người nộp đơn, các bản sao của giấy tờ tòa án cho phép giám hộ hoặc một bản khai có công chứng về việc đảm đương mối quan hệ cha mẹ và con cái phải được nộp cùng với đơn này.

NẾU NGƯỜI NỘP ĐƠN KHÔNG THỂ ĐỌC ĐƯỢC NGÔN NGỮ CÓ TRONG ĐƠN NÀY: Nếu người nộp đơn không đọc được ngôn ngữ có trong đơn này và thông dịch viên đã hỗ trợ hoàn thành đơn ghi danh, người nộp đơn phải ký tên và gửi Tuyên bố trách nhiệm (xem Phần VI của đơn này, "Các chương trình bảo hiểm dành cho cá nhân và gia đình Trường hợp ngoại lệ với ghi danh tiêu chuẩn – Tuyên bố trách nhiệm").

Phần IX. Các điều khoản quan trọng

LƯU Ý: Để bảo vệ quý vị, luật pháp California yêu cầu những điều sau đây phải được trình bày trong mẫu đơn này. Bất kỳ người nào cố tình trình bày sai hoặc gian lận đối với yêu cầu thanh toán tổn thất đều phạm tội và có thể bị phạt tiền và giam giữ trong nhà tù tiểu bang.

CẤM THỰC HIỆN XÉT NGHIỆM HIV: Luật pháp California cấm thực hiện xét nghiệm HIV được yêu cầu hoặc sử dụng bởi các dịch vụ chăm sóc sức khỏe, chương trình hoặc công ty bảo hiểm như một điều kiện để có được quyền lợi bảo hiểm.

XÁC NHẬN VÀ ĐỒNG Ý: Tôi, người nộp đơn, hiểu và đồng ý rằng bằng cách ghi danh hoặc chấp nhận các dịch vụ từ Health Net, tôi và bất kỳ người phụ thuộc nào đã ghi danh phải tuân thủ các điều khoản, điều kiện và quy định của Hợp đồng bảo hiểm. Để có bản sao của Hợp đồng bảo hiểm, vui lòng gọi cho Health Net theo số 1-877-609-8711. Tôi, người nộp đơn, tuyên bố rằng tôi đã đọc và hiểu các điều khoản của đơn ghi danh này, và chữ ký của tôi dưới đây cho thấy rằng, theo hiểu biết và niềm tin của tôi, thông tin được ghi trong đơn này là đầy đủ, đúng sự thật và chính xác, và tôi chấp nhận những điều khoản này.



THỎA THUẬN PHÂN XỬ QUA TRỌNG TÀI RÀNG BUỘC: Tôi, người nộp đơn, hiểu và đồng ý với bất kỳ và tất cả các tranh chấp giữ tôi (bao gồm bất kỳ thành viên gia đình hoặc người thừa kế hoặc đại diện cá nhân nào đã ghi danh của tôi) và Health Net, ngoài trừ các tranh chấp liên quan đến quyết định bất lợi về quyền lợi theo quy định trong 45 CFR 147.136, các tranh chấp phát sinh từ hoặc liên quan đến Hợp đồng bảo hiểm hoặc quyền lợi bảo hiểm Health Net của tôi, phải được đệ trình để giải quyết bằng phân xử qua trọng tài riêng có giá trị chung thẩm và pháp lý thay vì xét xử bởi bồi thẩm đoàn hoặc quan tòa, và tôi đang từ bỏ tất cả các quyền đối với phân xử qua trọng tài tập thể. Áp dụng thỏa thuận phân xử qua trọng tài ngay cả khi các bên khác, chẳng hạn như các nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe hoặc đại diện hoặc nhân viên của họ có liên quan đến tranh chấp. Tôi hiểu rằng, việc đồng ý đệ trình tất cả các tranh chấp, ngoài trừ những tranh chấp liên quan đến quyết định bất lợi về quyền lợi để được giải quyết bằng phân xử qua trọng tài có giá trị pháp lý và chung thẩm, tất cả các bên bao gồm cả Health Net đều từ bỏ quyền hiến định để có tranh chấp được đưa ra giải quyết tại tòa án bởi bồi thẩm đoàn. Tôi cũng hiểu rằng các tranh chấp mà tôi có thể có với Health Net liên quan đến yêu cầu thanh toán về sơ xuất trong y tế (nghĩa là, bất kỳ dịch vụ y tế nào được cung cấp không cần thiết hoặc không được ủy quyền, hoặc được cung cấp không đúng cách, bất cần hoặc không đủ năng lực) cũng phải được phân xử qua trọng tài có giá trị pháp lý và chung thẩm. Tôi hiểu rằng một điều khoản phân xử qua trọng tài chi tiết hơn được bao gồm trong Hợp đồng bảo hiểm. Phân xử qua trọng tài bắt buộc có thể không áp dụng cho một số tranh chấp nếu Hợp đồng bảo hiểm tuân theo ERISA, 29 U.S.C. §§ 1001-1461. Chữ ký của tôi dưới đây cho thấy rằng tôi hiểu và đồng ý với các điều khoản của Thỏa thuận phân xử qua trọng tài có giá trị pháp lý này và đồng ý gửi bất kỳ tranh chấp nào, ngoại trừ tranh chấp liên quan đến quyết định bất lợi về quyền lợi để phân xử qua trọng tài có giá trị pháp lý thay vì tòa án.

(tiếp theo)



Phần IX. Các điều khoản quan trọng (tiếp)

Người nộp đơn, hoặc cha mẹ hoặc người giám hộ hợp pháp nếu người nộp đơn dưới 18 tuổi: Viết in hoa tên: _____ Chữ ký: _____	Ngày ký tên: _____	Chữ ký của người phụ thuộc của người nộp đơn (18 tuổi trở lên): _____	Ngày ký tên: _____
Chữ ký của vợ/chồng/người yêu sống chung hoặc người phụ thuộc của người nộp đơn (từ 18 tuổi trở lên): _____	Ngày ký tên: _____	Chữ ký của người phụ thuộc của người nộp đơn (18 tuổi trở lên): _____	Ngày ký tên: _____
Chữ ký của người phụ thuộc của người nộp đơn (18 tuổi trở lên): _____	Ngày ký tên: _____	Chữ ký của người phụ thuộc của người nộp đơn (18 tuổi trở lên): _____	Ngày ký tên: _____

Đơn ghi danh và Điều khoản phân xử qua trọng tài này phải có chữ ký của (những) người nộp đơn. (Những) người nộp đơn phải đích thân ký tên của người nộp đơn bằng mực và đồng ý tuân thủ Điều khoản phân xử qua trọng tài và các điều khoản, điều kiện và quy định của đơn ghi danh và Hợp đồng bảo hiểm để đơn này được xử lý. Để đơn này được xem xét, đại diện/nhà môi giới hoặc bất kỳ người nào khác đều không được ký tên vào đơn này và Điều khoản phân xử qua trọng tài.

Thanh toán séc cá nhân cho “Health Net.” Nếu quý vị gửi đơn ghi danh đã hoàn thành qua đường bưu điện, hãy gửi séc và tài liệu bằng chứng về tình trạng thường trú tới địa chỉ: Health Net Individual & Family Enrollment, PO Box 1150, Rancho Cordova, CA 95741-1150. Nếu quý vị muốn gửi fax đơn của mình, vui lòng gửi fax đơn đăng ký và tài liệu bằng chứng về tình trạng cư trú đến 1-800-977-4161, và gửi séc của quý vị qua đường bưu điện đến: Health Net CA Individual, PO Box 748705, Los Angeles, CA 90074-8705.

Quý vị có thể gửi bản sao hoặc bản fax của đơn ghi danh và giấy ủy quyền. Health Net khuyến nghị quý vị nên giữ lại một bản sao của đơn ghi danh này và các giấy ủy quyền để lưu hồ sơ của quý vị.

Tất cả các tham chiếu đến “Health Net” trong tài liệu này bao gồm các chi nhánh và công ty con của Health Net tham định bảo hiểm hoặc quản lý quyền lợi bảo hiểm mà đơn ghi danh này áp dụng. “Hợp đồng bảo hiểm” có nghĩa là Hợp đồng chương trình bảo hiểm dành cho cá nhân và gia đình PureCare One EPO Plan của Health Net Life Insurance Company.



Thông báo không kỳ thị

Health Net Life Insurance Company (Health Net) tuân thủ các luật dân quyền hiện hành của liên bang và không kỳ thị, loại trừ hoặc đối xử với mọi người khác nhau dựa trên chủng tộc, màu da, nguồn gốc quốc gia, tổ tiên, tôn giáo, tình trạng hôn nhân, giới, bản dạng giới tính, khuynh hướng tình dục, tuổi tác, tình trạng khuyết tật hoặc giới tính.

HEALTH NET:

- Cung cấp các trợ giúp và dịch vụ miễn phí cho người khuyết tật để họ giao tiếp hiệu quả với chúng tôi, ví dụ như thông dịch viên ngôn ngữ ký hiệu có trình độ và thông tin bằng văn bản ở các định dạng khác (bản in cỡ lớn, định dạng điện tử có thể truy cập, các định dạng khác).
- Cung cấp các dịch vụ ngôn ngữ miễn phí cho người có ngôn ngữ chính không phải tiếng Anh, ví dụ như các thông dịch viên có trình độ và văn bản thông tin bằng các ngôn ngữ khác.

Nếu quý vị cần những dịch vụ này, vui lòng liên hệ với Trung tâm Liên lạc Hội viên của Health Net theo số:

Những người được đài thọ của Chương trình bảo hiểm dành cho cá nhân và gia đình (viết tắt trong tiếng Anh là IFP) của On Exchange/Covered California 1-888-926-4988 (TTY: 711)

Những người được đài thọ của Chương trình bảo hiểm dành cho cá nhân và gia đình (viết tắt trong tiếng Anh là IFP) của Off Exchange 1-800-839-2172 (TTY: 711)

Những người nộp đơn của Chương trình bảo hiểm dành cho cá nhân và gia đình (viết tắt trong tiếng Anh là IFP) 1-877-609-8711 (TTY: 711)

Nếu quý vị cho rằng Health Net đã không cung cấp các dịch vụ này hoặc kỳ thị theo cách khác dựa trên một trong những đặc điểm liệt kê ở trên, quý vị có thể gửi khiếu nại bằng cách gọi cho Trung tâm Liên lạc Hội viên của Health Net theo số điện thoại ở trên và cho họ biết quý vị cần giúp đỡ nộp đơn khiếu nại. Trung tâm Liên lạc Hội viên của Health Net luôn sẵn sàng giúp quý vị nộp đơn khiếu nại. Quý vị cũng có thể nộp đơn khiếu nại qua đường bưu điện, fax hoặc email theo địa chỉ:

Health Net Life Insurance Company Appeals & Grievances

PO Box 10348

Van Nuys, CA 91410-0348

Fax: 1-877-831-6019

Email: Member.Discrimination.Complaints@healthnet.com (đối với Người được đài thọ) hoặc

Non-Member.Discrimination.Complaints@healthnet.com (đối với Người nộp đơn)

Quý vị có thể gửi đơn than phiền bằng cách gọi cho Bộ Bảo hiểm California theo số 1-800-927-4357 hoặc trực tuyến tại địa chỉ <https://www.insurance.ca.gov/01-consumers/101-help/index.cfm>.

Nếu quý vị cho rằng mình đã bị kỳ thị vì lý do chủng tộc, màu da, nguồn gốc quốc gia, tuổi tác, tình trạng khuyết tật hoặc giới tính, quý vị cũng có thể gửi đơn than phiền về dân quyền cho Văn phòng Dân Quyền (viết tắt trong tiếng Anh là OCR) thuộc Bộ Y tế và Dịch vụ Nhân sinh Hoa Kỳ, theo đường điện tử qua Cổng than phiền của OCR, tại địa chỉ <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf> hoặc qua đường bưu điện hoặc số điện thoại: U.S. Department of Health and Human Services, 200 Independence Avenue SW, Room 509F, HHH Building, Washington, DC 20201, 1-800-368-1019 (TDD: 1-800-537-7697).

Các mẫu đơn than phiền có sẵn tại địa chỉ <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.



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 ntauv 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 ntauv 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 bą́ąh ílínígóó saad bee háká ada'iiyeed. Ata' halne'ígíí da ła' ná hádídóot'íjł. Naaltsoos da t'áá
shí shizaad k'éhjí shichí' yídooltah nínízingo t'áá ná ákódoonííł. Ákót'éego shíká a'doowoł nínízingo
Customer Contact Center hoolyéhił'í' hodíílnih ninaaltsoos nanítingo bee néého'dolzinígíí hodoonihjí'
bikáá'. Naaltsoos nehiltsóosgo naanish bá dahikahígíí éí kojí' hodíílnih Health Net's Commercial
Contact Center 1-800-522-0088 (TTY: 711). T'áá hó dóó ha'áłchíní (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 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).

CA Commercial On and Off-Exchange Member Notice of Language Assistance

FLY017550EH00 (12/17)

