

대규모 비즈니스 신청서

그룹 가입 및 변경

의료 플랜은 Health Net of California, Inc.에서 제공합니다. 치과 HMO 및 PPO 플랜은 Dental Benefit Providers of California, Inc.(DBP)에서 제공하고 주관합니다. 시력 플랜은 Health Net Life Insurance Company에서 보증하고 EyeMed Vision Care, LLC("EyeMed") 및 Envolve Vision, Inc.에서 주관합니다. 생명/AD&D 보험 플랜은 Health Net Life Insurance Company에서 보증합니다.

DBP 및 EyeMed 모두 Health Net과 제휴되어 있지 않습니다. 치과 플랜에 따른 의무는 Health Net의 의무가 아니며, Health Net에서 보장하지 않습니다.

Health Net에 가입하신 것을 환영합니다!

간단한 양식 작성 단계:

1. 가입 패키지에 동봉된 자료를 검토하십시오. 고용주가 귀하에게 제공하는 보장 옵션을 이해하고 있는지 확인하십시오.
- 2a. **본인 및/또는 피부양자들에 대한 보장을 거부하는 경우** 섹션 7을 작성해야 합니다. 다른 섹션은 작성하지 마십시오.
- 2b. **본인 및/또는 피부양자들에 대한 보장을 수락하는 경우** 섹션 1, 2, 3, 4(해당되는 경우), 5, 8을 작성해야 합니다.

건강 보험 개혁법(ACA)에 따라 Health Net은 IRS에 본인(등록자) 및 피부양자들에 대한 의료 보장 확인서를 제공해야 합니다. IRS는 이 정보를 사용하여 각 가입자가 필수 보장에 가입되어 있는지 확인합니다. 본인 및 귀하가 가입시키는 각 피부양자의 사회 보장 번호(SSN)가 정확한지 확인하십시오. 개인 분담금 조항에 대한 자세한 내용은 <http://www.irs.gov/uac/Questions-and-Answers-on-the-Individual-Shared-Responsibility-Provision>을 참조하십시오.

3. HMO, ExcelCare HMO, SmartCare HMO, Salud HMO y Más, Salud Mexico, Elect Open Access (EOA), Select POS 또는 치과 HMO 플랜 가입을 선택한 경우, 참여 의사 그룹(PPG), 일차 진료의(PCP) 또는 치과 공급자를 선택해야 합니다. Health Net의 온라인 공급자 검색(ProviderSearch) 도구에 나오는 대로 해당 이름 및 전화번호를 기입하십시오.

참고: PPG, PCP 및/또는 치과 공급자를 선택하지 않으면 공급자 하나를 선택해 드립니다.

4. PPO 플랜 가입을 선택한 경우, 가입할 PPG 또는 PCP를 선택하지 않아도 됩니다.
5. 작성된 신청서의 사본을 기록용으로 보관하십시오. 수정이 필요한 경우에는 각 수정 사항에 줄을 긋고 **이름의 이니셜을** 쓰십시오. 수정용 제품을 사용하지 마십시오.

관리자 전용:

기존 비즈니스/그룹
PO Box 9103
Van Nuys, CA 91409-9103
www.healthnet.com

신규 비즈니스/그룹
작성된 모든 서류를 지정된 계정
담당자 또는 중개인에게 보내
주십시오.



고용주가 작성	
고용주 이름:	
요청된 효력 발생일:	고용주 그룹 번호(의료):
/ /	
직원 자격 날짜(신규 고용만 해당):	
<input type="checkbox"/> 고용일과 동일 <input type="checkbox"/> 기타: / /	

중요: 모든 섹션을 검정 잉크 펜을 사용하여 정자체로 작성하십시오. 플랜을 선택하기 전에 혜택 및 보장 요약서(SBC)를 볼 수 있는 권리가 있습니다. 선택한 플랜의 SBC가 없는 경우 고용주에게 문의하시기 바랍니다.

1. 건강 보험 정보(보장을 선택하세요.)

HMO

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

PPO

PPO OOS PPO HSA-겸용 PPO OOS HSA-겸용 PPO 통합 HSA-겸용 PPO
 통합 HSA-겸용 PPO(거부) 통합 HRA-겸용 PPO

치과 및 시력

치과(DHMO) 치과(DPPO) 시력(PPO)

2. 신청 이유:

<input type="checkbox"/> 플랜 변경 <input type="checkbox"/> 주소/이름 변경 <input type="checkbox"/> 피부양자 삭제 <input type="checkbox"/> 기타: _____ _____	<input type="checkbox"/> 신규 고용 <input type="checkbox"/> 공개 가입 특별 가입 기간 적격 사유 발생일: ____/____/____ 피부양자 추가: _____	COBRA <input type="checkbox"/> 효력 발생일: ____/____/____ 적격 사유: _____ 적격 사유 발생일: ____/____/____
	<input type="checkbox"/> 결혼 <input type="checkbox"/> 신생아/입양/법적 보호자/법원 명령/친자 관계 추정 <input type="checkbox"/> 이전 보장 상실: ____/____/____ <input type="checkbox"/> 기타(구체적으로 기재): _____	

3. 직원 개인 정보

성:	이름:	중간 이름 이니셜:	<input type="checkbox"/> 남성 <input type="checkbox"/> 여성
거주지 주소:	시	주:	우편번호:
생년월일(월/일/년) / /	사회 보장 번호/Matricular ID 번호(모든 신청자 필수):		직함:
전화번호: ()	직장 전화번호: ()	이메일 주소:	
고용일: / /	부서 번호:	결혼 여부: <input type="checkbox"/> 미혼 <input type="checkbox"/> 기혼 <input type="checkbox"/> 동거	
연락 및 플랜 정보를 받을 때 선호하는 언어: <input type="checkbox"/> 영어 <input type="checkbox"/> 스페인어 <input type="checkbox"/> 중국어 <input type="checkbox"/> 한국어 <input type="checkbox"/> 베트남어			
참여 의사 그룹:		일차 진료의:	
PPG/PCP 가입 ID 번호(4자리 PPG 및 6자리 PCP 번호):		귀하의 현재 PCP입니까? <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요	
치과 HMO 공급자 이름:		치과 HMO 공급자 ID 번호:	

¹Los Angeles, Marin, Orange, Placer, Riverside, San Bernardino, San Diego, Santa Clara, Santa Cruz 카운티 전체 또는 일부에서 이용할 수 있습니다.

²Kern, Los Angeles, Orange, Riverside, San Bernardino, San Diego, San Francisco, Santa Clara, Stanislaus, Ventura 카운티 전체 또는 일부에서 이용할 수 있습니다.

³Orange 카운티와 Kern, Los Angeles, Riverside, San Diego, San Bernardino 카운티의 일부 우편번호 지역에서 이용할 수 있습니다.

4. 가족 정보 - 가입 자격이 있는 모든 가족 구성원 기재

(필요한 경우 추가 용지를 첨부하십시오.)

배우자/동거인 <input type="checkbox"/> 남 <input type="checkbox"/> 여	성:	이름:	중간 이름 이니셜:
거주지 주소: <input type="checkbox"/> 등록자와 동일한 경우 여기에 표시		시:	주: 우편번호:
생년월일(월/일/년): / /		사회 보장 번호/Matricular ID 번호(모든 신청자 필수):	
참여 의사 그룹:		일차 진료의:	
PPG/PCP 가입 ID 번호(4자리 PPG 및 6자리 PCP 번호):		귀하의 현재 PCP입니까? <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요	
치과 HMO 공급자 이름:		치과 HMO 공급자 ID 번호:	

<input type="checkbox"/> 아들 <input type="checkbox"/> 딸	장애: <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요	성:	이름:	중간 이름 이니셜:
거주지 주소: <input type="checkbox"/> 등록자와 동일한 경우 여기에 표시		시:	주: 우편번호:	
생년월일(월/일/년): / /		사회 보장 번호/Matricular ID 번호(모든 신청자 필수):		
참여 의사 그룹:		일차 진료의:		
PPG/PCP 가입 ID 번호(4자리 PPG 및 6자리 PCP 번호):		귀하의 현재 PCP입니까? <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요		
치과 HMO 공급자 이름:		치과 HMO 공급자 ID 번호:		

<input type="checkbox"/> 아들 <input type="checkbox"/> 딸	장애: <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요	성:	이름:	중간 이름 이니셜:
거주지 주소: <input type="checkbox"/> 등록자와 동일한 경우 여기에 표시		시:	주: 우편번호:	
생년월일(월/일/년): / /		사회 보장 번호/Matricular ID 번호(모든 신청자 필수):		
참여 의사 그룹:		일차 진료의:		
PPG/PCP 가입 ID 번호(4자리 PPG 및 6자리 PCP 번호):		귀하의 현재 PCP입니까? <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요		
치과 HMO 공급자 이름:		치과 HMO 공급자 ID 번호:		

<input type="checkbox"/> 아들 <input type="checkbox"/> 딸	장애: <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요	성:	이름:	중간 이름 이니셜:
거주지 주소: <input type="checkbox"/> 등록자와 동일한 경우 여기에 표시		시:	주: 우편번호:	
생년월일(월/일/년): / /		사회 보장 번호/Matricular ID 번호(모든 신청자 필수):		
참여 의사 그룹:		일차 진료의:		
PPG/PCP 가입 ID 번호(4자리 PPG 및 6자리 PCP 번호):		귀하의 현재 PCP입니까? <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요		
치과 HMO 공급자 이름:		치과 HMO 공급자 ID 번호:		

5. 귀하 또는 피부양자가 다른 의료 보장에 가입되어 있습니까?

아니요 예 답변이 "예"인 경우 Medicare를 포함하여 이 섹션을 작성하십시오.

<input type="checkbox"/> 본인	이름:	다른 보험사 이름:	이전 보장 시작일(월/일/년): / /
이전 보장 종료일 (월/일/년): / /	보장 종료 이유:	그룹 번호/증권 ID 번호:	보장 여부 의료: <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요 치과: <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요 시력: <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요
		Medicare: <input type="checkbox"/> 파트 A <input type="checkbox"/> 파트 B	Medicare 클레임/ HICN 번호:

<input type="checkbox"/> 배우자 <input type="checkbox"/> 동거인	이름:	다른 보험사 이름:	이전 보장 시작일(월/일/년): / /
이전 보장 종료일 (월/일/년): / /	보장 종료 이유:	그룹 번호/ 증권 ID 번호:	이 보장이 해당 피부양자의 기본 보장입니까? <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요
		보장 여부 의료: <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요 치과: <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요 시력: <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요	Medicare: <input type="checkbox"/> 파트 A <input type="checkbox"/> 파트 B
		Medicare 클레임/ HICN 번호:	

<input type="checkbox"/> 아들 <input type="checkbox"/> 딸	이름:	다른 보험사 이름:	이전 보장 시작일(월/일/년): / /
이전 보장 종료일 (월/일/년): / /	보장 종료 이유:	그룹 번호/ 증권 ID 번호:	이 보장이 해당 피부양자의 기본 보장입니까? <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요
		보장 여부 의료: <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요 치과: <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요 시력: <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요	Medicare: <input type="checkbox"/> 파트 A <input type="checkbox"/> 파트 B
		Medicare 클레임/ HICN 번호:	

<input type="checkbox"/> 아들 <input type="checkbox"/> 딸	이름:	다른 보험사 이름:	이전 보장 시작일(월/일/년): / /
이전 보장 종료일 (월/일/년): / /	보장 종료 이유:	그룹 번호/ 증권 ID 번호:	이 보장이 해당 피부양자의 기본 보장입니까? <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요
		보장 여부 의료: <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요 치과: <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요 시력: <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요	Medicare: <input type="checkbox"/> 파트 A <input type="checkbox"/> 파트 B
		Medicare 클레임/ HICN 번호:	

<input type="checkbox"/> 아들 <input type="checkbox"/> 딸	이름:	다른 보험사 이름:	이전 보장 시작일(월/일/년): / /
이전 보장 종료일 (월/일/년): / /	보장 종료 이유:	그룹 번호/ 증권 ID 번호:	이 보장이 해당 피부양자의 기본 보장입니까? <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요
		보장 여부 의료: <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요 치과: <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요 시력: <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요	Medicare: <input type="checkbox"/> 파트 A <input type="checkbox"/> 파트 B
		Medicare 클레임/ HICN 번호:	

6. 그룹 정기 생명 보험(해당하는 경우)(추가 또는 차순위 수혜자에 대해 별도의 용지를 첨부하십시오.)

생명/AD&D 보장: 예 아니요

생명 보험 수혜자(성명):	관계:	%
생명 보험 수혜자(성명):	관계:	%
생명 보험 수혜자(성명):	관계:	%
생명 보험 수혜자(성명):	관계:	%

7. 보장 거부(귀하 또는 귀하의 유자격 피부양자가 보장을 거부하는 경우 이 섹션을 작성하십시오.)

직원 개인 정보

성:	이름:	중간 이름 이니셜:	사회 보장 번호/Matricular ID 번호:
----	-----	------------	----------------------------

의료 보장 거부 대상: <input type="checkbox"/> 본인 <input type="checkbox"/> 배우자 <input type="checkbox"/> 동거인 <input type="checkbox"/> 피부양자 이름: _____	이유: <input type="checkbox"/> 이 고용주를 통한 기타 그룹 보장 <input type="checkbox"/> 개인 보장 <input type="checkbox"/> 다른 그룹(예: 배우자의 고용주)에 의한 기타 그룹 보장 <input type="checkbox"/> 기타: _____
치과 보장 거부 대상: <input type="checkbox"/> 본인 <input type="checkbox"/> 배우자 <input type="checkbox"/> 동거인 <input type="checkbox"/> 피부양자 이름: _____	이유: <input type="checkbox"/> 이 고용주를 통한 기타 그룹 보장 <input type="checkbox"/> 개인 보장 <input type="checkbox"/> 다른 그룹(예: 배우자의 고용주)에 의한 기타 그룹 보장 <input type="checkbox"/> 기타: _____
시력 보장 거부 대상: <input type="checkbox"/> 본인 <input type="checkbox"/> 배우자 <input type="checkbox"/> 동거인 <input type="checkbox"/> 피부양자 이름: _____	이유: <input type="checkbox"/> 이 고용주를 통한 기타 그룹 보장 <input type="checkbox"/> 개인 보장 <input type="checkbox"/> 다른 그룹(예: 배우자의 고용주)에 의한 기타 그룹 보장 <input type="checkbox"/> 기타: _____

보장을 거부하는 경우 - 작성을 멈추고 다음 내용을 주의 깊게 읽으십시오

본인은 본인 및/또는 피부양자(들)에 대한 보장을 거부하기로 결정했습니다. 본인은 피부양자들 및 본인이 다음 연간 공개 가입 기간 또는 적절한 사유에 따른 특별 가입 기간까지 가입을 기다려야 할 수도 있음을 인정합니다. 고용주로부터 이용할 수 있는 보장과 관해 설명을 들었으며, 이용할 수 있는 보장을 신청할 기회가 주어졌습니다. 또한 아래에 서명함으로써 본인은 보장을 거부하는 이유가 위의 체크 표시한 대로 정확함을 확인합니다.

직원 서명: _____ 날짜: _____
 (보장을 거부하는 경우에만 서명하십시오. 잘못 서명한 경우 줄을 긋고 이름의 이니셜을 쓰십시오.)

8. 보장 수락(서명이 필요합니다.)

California 법률은 건강 보험 보장을 받기 위한 조건으로 건강 보험 회사가 HIV 검사를 요구하거나 사용하는 것을 금지합니다.

인정 및 동의: 본인은 Health Net 및/또는 DBP에 가입하거나 서비스를 수락함으로써 본인 및 가입된 모든 피부양자가 플랜 계약 또는 보험 증권에의 약관, 조건 및 조항을 이해하고 준수할 의무가 있음을 이해하고 이에 동의합니다.⁴ 본인은 이 신청서의 약관을 읽고 이해했으며, 아래 서명은 이 신청서에 기입한 정보가 본인이 아는 한 완전하고 사실이며 정확하다는 것을 나타내며, 본인이 이러한 약관을 수락함을 의미합니다.

구속력 있는 중재 합의: 신청자인 본인은 45 CFR 147.136에 정의된 불리한 혜택 결정에 관한 분쟁을 제외하고 본인(가입된 가족 구성원, 상속인 또는 개인 대리인 포함)과 Health Net 사이의 모든 분쟁이 배심원 또는 법원 재판 대신 개별적이고 최종적이며 구속력 있는 중재에 회부되어야 하는 것과 본인이 집단 중재에 대한 모든 권리를 포기하는 것을 이해하고 이에 동의합니다. 중재에 대한 본 합의에는 모든 법률 이론에 명시된 보험 보장 증서 또는 보험 증명서 또는 본인의 Health Net 가입자 자격 또는 보장과 관련하여 발생하는 모든 분쟁이 포함됩니다. 모든 분쟁을 중재하기 위한 본 합의는 의료 공급자나 그 대리인 또는 직원과 같은 다른 당사자가 분쟁에 연루된 경우에도 적용됩니다. 본인은 모든 분쟁을 개별적이고 최종적이며 구속력 있는 중재에 회부하는 데 동의함으로써 Health Net을 포함한 모든 당사자가 분쟁을 법원에서 배심원단이 결정하게 하는 헌법상의 권리를 포기하는 것임을 이해합니다. 또한 본인은 의료 과실(즉, 제공된 의료 서비스가 불필요하거나 승인되지 않았거나 부적절하거나 부주의하거나 불완전하게 제공되었는지 여부)에 대한 클레임과 관련하여 본인이 Health Net과 가질 수 있는 분쟁이 최종적이고 구속력 있는 중재의 대상임을 이해합니다. 본인은 보다 상세한 중재 조항이 보험 보장 증서 또는 보험 증명서에 포함되어 있음을 이해합니다. 아래 서명은 본인이 구속력 있는 중재 합의의 약관을 이해하고 이에 동의하며 모든 분쟁을 법원 대신 구속력 있는 중재에 회부하는 데 동의함을 나타냅니다.

직원 서명: _____ 날짜: _____
 (보장을 수락하는 경우에만 서명하십시오. 잘못 서명한 경우 줄을 긋고 이름의 이니셜을 쓰십시오.)

⁴"플랜 계약"은 Health Net of California, Inc. 및/또는 Dental Benefit Providers of California, Inc. 그룹 서비스 동의 및 보험 보장 증서를 의미합니다. "보험 증권"은 Health Net Life Insurance Company 그룹 보험 증권 및 보험 증명서를 의미합니다.

이 양식을 작성하는 데 도움이 필요하시거나 보장에 대해 질문이 있으시면 아래 수신자 부담 전화번호 중 하나로 Health Net 가입자 서비스에 문의해 주십시오.

영어	800-522-0088
광둥어	877-891-9050
한국어	877-339-8596
북경어	877-891-9053
스페인어	800-331-1777
타갈로그어	877-891-9051
베트남어	877-339-8621

치과, 시력 또는 생명 보장에 대해 질문이 있으시면 다음으로 문의해 주십시오.

치과	866-249-2382
시력	866-392-6058
생명	800-865-6288

PPG 또는 PCP에 대해 질문이 있으시면 PPG에 직접 전화하시거나 800-641-7761번으로 Health Net 공급자 서비스에 문의하십시오.

영구 ID 카드를 받을 때까지 Health Net 가입 양식 사본을 임시 ID 카드로 사용하실 수 있습니다.

응급 및 긴급하게 필요한 진료

- 생명이 위급하거나 응급 상황인 경우: 911에 전화하거나 가장 가까운 병원으로 가십시오.
- 상황이 심각하지 않은 경우: 일차 진료의 또는 의사 그룹에 전화할 수 없거나 즉시 의료적 진료가 필요한 경우 가장 가까운 병원 또는 긴급 진료 센터/시설로 가십시오.
- 귀하 의사 그룹의 서비스 지역 외에 있는 경우: 가장 가까운 병원 또는 의료 센터로 가시거나 911에 전화하십시오. 모든 경우에 귀하의 일차 진료의 또는 참여 의사 그룹에 가능한 한 빨리 연락하여 귀하의 상태를 알려십시오.
- 입원 후 48시간 이내에 또는 가능한 한 빨리 ID 카드에 있는 전화번호로 연락하십시오.

사전 인증

귀하는 가입자로서 특정 서비스에 대한 인증을 받을 책임이 있습니다. 사전 인증이 필요한 서비스 목록은 귀하의 플랜 증명서를 확인하십시오. **사전 인증을 받으려면 800-522-0088번으로 연락해 주십시오.**

장애 상태

귀하 또는 가족 구성원이 이전 건강 보험사의 보장 종료 날짜를 기준으로 장애가 있었고 보장 상실이 고용주의 보험 증권 종료로 인한 것이라면 California 보험법 섹션 10128에 따라 건강 보험 혜택을 연장할 수 있습니다. 이 법률에 따라 이전 보험사는 (a) 가입자가 더 이상 완전한 장애가 아닌 경우, (b) 이전 보험사의 최대 보장 혜택이 지급된 경우, 또는 (c) 이전 보험사의 보장이 종료된 날짜로부터 연속 12개월의 기간이 경과한 경우 중 하나가 처음 발생할 때까지 책임을 유지합니다.

상품/회사

Health Net of California, Inc.에서 제공하는 상품: PPO, PPO HSA, HMO, ExcelCare HMO, SmartCare HMO, Salud HMO y Más, Salud Mexico, Elect Open Access (EOA), Select POS.

Dental Benefit Providers of California, Inc.에서 제공하는 상품: 치과 HMO 및 PPO.

Health Net Life Insurance Company에서 제공하는 상품: 생명 보험 및 AD&D 보험.

Health Net Life Insurance Company에서 보증하고 EyeMed Vision Care, LLC 및 Envolve Vision, Inc.에서 주관하는 상품: PPO 시력.

보장 거부

다른 건강 보험의 보장으로 인해 본인 또는 유자격 피부양자에 대한 보장을 거부했는데 해당 보장을 상실한 경우 또는 결혼, 동거, 출생, 입양, 입양 배정 또는 친자 관계 추정으로 인해 새로운 피부양자가 생긴 경우, 귀하와 해당 피부양자는 특별 가입 권리를 받을 자격이 될 수 있습니다. 귀하는 보장 상실 또는 새로운 피부양자가 생긴 후 30일 이내에 특별 가입을 요청하셔야 합니다.

차별 금지 공지

California 주 차별 금지 요건(혜택 보장 문서에 설명됨) 외에도, Health Net of California, Inc. 및 Health Net Life Insurance Company(Health Net)는 적용 가능한 연방 인권법을 준수하고, 인종, 피부색, 출신 국가, 민족, 종교, 혼인 여부, 젠더, 성 정체성, 성별 확인 치료, 성적 지향, 나이, 장애 유무 또는 성별에 근거하여 차별하거나 배제하거나 다르게 대우하지 않습니다.

HEALTH NET 제공 서비스:

- 사용자 수화 통역사, 다른 형식(대형 활자 인쇄본, 장애인용 전자 형식, 기타 다른 형식)으로 된 서면 정보 등 장애를 가지고 있는 분들이 당사와 효과적으로 소통하실 수 있도록 무료 보조 도구 및 서비스를 제공합니다.
- 사용자 통역사, 다른 언어로 작성된 정보와 같이 영어를 주 언어로 구사하지 않는 분들에게 무료 언어 서비스를 제공합니다.

이러한 서비스가 필요하시면 Health Net의 고객 서비스 센터에 다음 전화번호로 문의하십시오.

Individual & Family Plan (IFP) 가입자 On Exchange/Covered California 1-888-926-4988(TTY: 711)

Individual & Family Plan (IFP) 가입자 Off Exchange 1-800-839-2172(TTY: 711)

Individual & Family Plan (IFP) 신청자 1-877-609-8711(TTY: 711)

Health Net을 통한 그룹 플랜 1-800-522-0088(TTY: 711)

Health Net이 이러한 서비스를 제공하지 않았거나 상기 특성 중 하나를 근거로 다른 방식으로 차별을 하였다고 생각하시면, 고충 사항을 제기하실 수 있습니다. 위의 번호로 Health Net 고객 서비스 센터에 전화하여 고충 사항을 제기하는 데 도움이 필요하다고 말씀하시면 됩니다. 고충 사항을 제기하는 데 도움이 필요하신 경우, Health Net의 고객 서비스 센터에서 도와드릴 수 있습니다. 또한 우편, 팩스, 이메일을 통해서도 고충 사항을 제기하실 수 있습니다.

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

PO Box 10348, Van Nuys, CA 91410-0348

팩스: 1-877-831-6019

이메일: Member.Discrimination.Complaints@healthnet.com(가입자) 또는

Non-Member.Discrimination.Complaints@healthnet.com(신청자)

Health Net of California, Inc.를 통해 제공되는 HMO, HSP, PPO, EOA, POS 플랜: 긴급한 건강 문제인 경우, 이미 Health Net of California, Inc.에 불편 사항을 제기했는데 결정에 만족하지 못하거나 Health Net of California, Inc.에 불편 사항을 제기한 지 30일 이상 경과한 경우, 보건 관리부(Department of Managed Health Care, DMHC)에 독립 의료 심사/불편 사항 양식을 접수하실 수 있습니다. 1-888-466-2219(TDD: 1-877-688-9891)번으로 DMHC 헬프 데스크에 연락하시거나 www.dmhc.ca.gov/FileaComplaint에서 온라인으로 불편 사항 양식을 제출하실 수 있습니다.

Health Net Life Insurance Company가 보증하는 EPO 및 PPO 플랜: 캘리포니아 보험부에 1-800-927-4357번으로 연락하시거나 <https://www.insurance.ca.gov/01-consumers/101-help/index.cfm>에서 온라인으로 불편 사항 양식을 제출하실 수 있습니다.

인종, 피부색, 국적, 나이, 장애 유무 또는 성별로 차별을 받았다고 생각하시는 경우, 미 보건 복지부 인권 사무국에 인권 사무국 불편 사항 포털(<https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>)을 통해 온라인으로 인권 관련 불편 사항을 제기하실 수 있습니다. 다음 주소로 서신을 보내시거나 전화로 제기하실 수도 있습니다. 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).

불편 사항 양식은 <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>에서 받아 보실 수 있습니다.

이 페이지는 의도적으로 공백으로 남겨두었습니다.

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

សេវាកាសាដោយឥតគិតថ្លៃ។ លោកអ្នកអាចទទួលបានអ្នកបកប្រែផ្ទាល់មាត់។ លោកអ្នកអាចស្តាប់គេអានឯកសារឱ្យ
លោកអ្នកជាភាសារបស់លោកអ្នក។ សម្រាប់ជំនួយ ប្រសិនបើលោកអ្នកមានបំណុលសម្គាល់ខ្លួន 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 hádííóót'ííł. Naaltsos da t'áá
shí shizaad k'ehjí shichí' yídooltaah nínízingo t'áá ná ákódoolnííł. Ákót'éego shíká a'doowoł nínízingo
Customer Contact Center hoolyééhíjí' hodíílnih ninaaltsos nanítingo bee néého'dolzinígíí hodoonihjí'
bikáá'. Naaltsos nehiltsóosgo naanish bá dahikahígíí éí kojí' hodíílnih Health Net's Commercial
Contact Center 1-800-522-0088 (TTY: 711). T'áá hó dóó ha'á'chíní (IFP) báhígíí éí kojí' hojilnih
1-877-609-8711 (TTY: 711).

Persian (Farsi)

خدمات زبان بدون هزینه. می توانید یک مترجم شفاهی بگیرید. می توانید درخواست کنید اسناد به زبان شما برایتان خوانده شوند. برای
دریافت کمک، اگر کارت شناسایی دارید، لطفاً با شماره مرکز تماس مشتریان تماس بگیرید. متقاضیان گروه کارفرما لطفاً با مرکز تماس
تجاری Health Net به شماره 1-800-522-0088 (TTY:711) تماس بگیرید. متقاضیان طرح فردی و خانوادگی (IFP)* لطفاً با
شماره 1-877-609-8711 (TTY:711) تماس بگیرید.

Panjabi (Punjabi)

ਬਿਨਾਂ ਕਿਸੇ ਲਾਗਤ ਵਾਲੀਆਂ ਭਾਸ਼ਾ ਸੇਵਾਵਾਂ। ਤੁਸੀਂ ਇੱਕ ਦੁਭਾਸ਼ੀਏ ਦੀ ਸੇਵਾ ਹਾਸਲ ਕਰ ਸਕਦੇ ਹੋ। ਤੁਹਾਨੂੰ ਦਸਤਾਵੇਜ਼ ਤੁਹਾਡੀ ਭਾਸ਼ਾ
ਵਿੱਚ ਪੜ੍ਹ ਕੇ ਸੁਣਾਏ ਜਾ ਸਕਦੇ ਹਨ। ਮਦਦ ਲਈ, ਜੇ ਤੁਹਾਡੇ ਕੋਲ ਇੱਕ ਆਈਡੀ ਕਾਰਡ ਹੈ, ਤਾਂ ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ ਗਾਹਕ ਸੰਪਰਕ
ਕੇਂਦਰ ਨੰਬਰ ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ। ਮਾਲਕ ਦਾ ਗਰੁੱਪ ਬਿਨੈਕਾਰ, ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ ਹੈਲਥ ਨੈੱਟ ਦੇ ਵਪਾਰਕ ਸੰਪਰਕ ਕੇਂਦਰ ਨੂੰ
1-800-522-0088 (TTY: 711) 'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ। ਵਿਅਕਤੀਗਤ ਅਤੇ ਪਰਿਵਾਰਕ ਯੋਜਨਾ (IFP) ਬਿਨੈਕਾਰਾਂ ਨੂੰ ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ
1-877-609-8711 (TTY: 711) 'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ।

Russian

Бесплатная помощь переводчиков. Вы можете получить помощь переводчика. Вам могут прочитать
документы на Вашем родном языке. Если Вам нужна помощь и у Вас при себе есть карточка
участника плана, звоните по телефону Центра помощи клиентам. Участники коллективных планов,
предоставляемых работодателем: звоните в коммерческий центр помощи Health Net по телефону
1-800-522-0088 (TTY: 711). Участники планов для частных лиц и семей (IFP): звоните по телефону
1-877-609-8711 (TTY: 711).

Spanish

Servicios de idiomas sin costo. Puede solicitar un intérprete, obtener el servicio de lectura de documentos y recibir algunos en su idioma. Para obtener ayuda, si tiene una tarjeta de identificación, llame al número del Centro de Comunicación con el Cliente. Los solicitantes del grupo del empleador deben llamar al Centro de Comunicación Comercial de Health Net, al 1-800-522-0088 (TTY: 711). Los solicitantes de planes individuales y familiares deben llamar al 1-877-609-8711 (TTY: 711).

Tagalog

Walang Bayad na Mga Serbisyo sa Wika. Makakakuha kayo ng interpreter. Makakakuha kayo ng mga dokumento na babasahin sa inyo sa inyong wika. Para sa tulong, kung mayroon kayong ID card, mangyaring tumawag sa numero ng Customer Contact Center. Para sa mga grupo ng mga aplikante ng tagapag-employo, mangyaring tumawag sa Commercial Contact Center ng Health Net sa 1-800-522-0088 (TTY: 711). Para sa mga aplikante ng Planong Pang-individuwal at Pampamilya (Individual & Family Plan, IFP), mangyaring tumawag sa 1-877-609-8711 (TTY: 711).

Thai

ไม่มีค่าบริการด้านภาษา คุณสามารถใช้ล่ามได้ คุณสามารถให้อ่านเอกสารให้ฟังเป็นภาษาของคุณได้ หากต้องการความช่วยเหลือ และคุณมีบัตรประจำตัว โปรดโทรหมายเลขศูนย์ลูกค้าสัมพันธ์ ผู้สมัครกลุ่มนายจ้าง โปรดโทรหาศูนย์ลูกค้าสัมพันธ์เชิงพาณิชย์ของ Health Net ที่หมายเลข 1-800-522-0088 (โทรมด TTY: 711) ผู้สมัครแผนบุคคลและครอบครัว (Individual & Family Plan: IFP) โปรดโทร 1-877-609-8711 (โทรมด TTY: 711)

Vietnamese

Các Dịch Vụ Ngôn Ngữ Miễn Phí. Quý vị có thể có một phiên dịch viên. Quý vị có thể yêu cầu được đọc cho nghe tài liệu bằng ngôn ngữ của quý vị. Để được giúp đỡ, nếu quý vị có thẻ ID, vui lòng gọi đến số điện thoại của Trung Tâm Liên Lạc Khách Hàng. Những người nộp đơn xin bảo hiểm nhóm qua hãng sở vui lòng gọi Trung Tâm Liên Lạc Thương Mại của Health Net theo số 1-800-522-0088 (TTY: 711). Người nộp đơn thuộc Chương Trình Cá Nhân & Gia Đình (IFP), vui lòng gọi số 1-877-609-8711 (TTY: 711).

