



Mẫu đơn *ghi danh và thay đổi theo nhóm* *dành cho Doanh nghiệp nhỏ*

Các chương trình bảo hiểm Y tế và nhân thọ/thương tật toàn bộ vĩnh viễn và tử vong do tai nạn (viết tắt trong tiếng Anh là AD&D) được Health Net of California, Inc. và/hoặc Health Net Life Insurance Company cung cấp (gọi chung là "Health Net"). Các chương trình bảo hiểm nha khoa HMO, trừ nha khoa nhi, được Dental Benefit Providers of California, Inc. cung cấp và quản lý, các chương trình bảo hiểm nha khoa PPO cũng như bảo hiểm bồi thường, trừ nha khoa nhi, được Unimerica Life Insurance Company thẩm định bảo hiểm và được Dental Benefit Administrative Services (gọi chung là "DBP") quản lý. Các chương trình bảo hiểm nhân khoa, trừ nhân khoa nhi, được Fidelity Security Life Insurance Company cung cấp và do EyeMed Vision Care, LLC tiến hành các dịch vụ (gọi chung là "Fidelity").

Các chương trình bảo hiểm nha khoa nhi HMO được Health Net of California, Inc. cung cấp. Các chương trình bảo hiểm nha khoa nhi PPO cũng như chương trình bồi thường được Health Net Life Insurance Company cung cấp.

Cả DBP và Fidelity đều không được liên kết với Health Net. Các nghĩa vụ theo các chương trình bảo hiểm nha khoa và nhân khoa, ngoại trừ nha khoa nhi và nhân khoa nhi, không phải là nghĩa vụ của Health Net, và không được Health Net bảo đảm.

Chào mừng quý vị đến với Health Net

Các bước đơn giản để điền đầy đủ thông tin vào mẫu đơn:

1. Vui lòng xem lại các tài liệu kèm theo trong tập hồ sơ ghi danh của quý vị. Hãy chắc chắn rằng quý vị hiểu các lựa chọn quyền lợi bảo hiểm mà quý vị có thể chọn thông qua hãng sở của quý vị.
- 2a. **Nếu quý vị từ chối quyền lợi bảo hiểm** cho chính quý vị và/hoặc cho những người phụ thuộc của quý vị, quý vị phải điền vào phần 7. Vui lòng không điền vào phần nào khác.
- 2b. **Nếu quý vị tiếp nhận quyền lợi bảo hiểm** cho chính quý vị và/hoặc cho những người phụ thuộc của quý vị, quý vị phải điền vào phần 1, 2, 3, 5 và 8.

Đạo luật chăm sóc y tế vừa khả năng (viết tắt trong tiếng Anh là ACA) yêu cầu Health Net cung cấp cho Sở Thuế vụ (viết tắt trong tiếng Anh là IRS) xác nhận về quyền lợi bảo hiểm chăm sóc sức khỏe cho chính quý vị, với tư cách là người ghi danh bảo hiểm, và cho những người phụ thuộc được đài thọ của quý vị. IRS sử dụng thông tin này để xác nhận rằng mỗi hội viên có quyền lợi bảo hiểm tối thiểu cần thiết. Chúng tôi yêu cầu quý vị cung cấp số An sinh xã hội (viết tắt trong tiếng Anh là SSN) hoặc Mã số thuế (viết tắt trong tiếng Anh là TIN) chính xác của quý vị và của từng người phụ thuộc mà quý vị đang ghi danh. Bất kỳ người ghi danh nào sống tại Mexico đều phải cung cấp số ID ghi danh khi ghi danh vào chương trình Salud HMO y Más. Để biết thêm thông tin về điều khoản thanh toán theo trách nhiệm chia sẻ của cá nhân, vui lòng truy cập <http://www.irs.gov/uac/Questions-and-Answers-on-the-Individual-Shared-Responsibility-Provision>.

3. Nếu quý vị chọn ghi danh vào các chương trình WholeCare HMO, SmartCare HMO, Salud HMO y Más, PureCare HSP, hoặc các chương trình Nha khoa HMO (DHMO), quý vị phải chọn nhóm bác sĩ tham gia (viết tắt trong tiếng Anh là PPG), bác sĩ gia đình (viết tắt trong tiếng Anh là PCP) hoặc nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe nha khoa của quý vị. Hãy nhớ điền tên và số hiển thị trên công cụ trực tuyến ProviderSearch của Health Net.

Lưu ý: Nếu quý vị không chọn PPG, PCP và/hoặc một nhà cung cấp dịch vụ nha khoa, chúng tôi sẽ chọn cho quý vị.

4. Nếu quý vị chọn ghi danh vào chương trình bảo hiểm PPO, quý vị không bắt buộc phải chọn PPG hoặc PCP để ghi danh.
5. Hãy làm một bản sao mẫu đơn đã điền để lưu vào hồ sơ. **Nếu cần chỉnh sửa, hãy gạch bỏ và ký tắt vào mỗi phần sửa. Vui lòng không sử dụng bút xóa.**

Chỉ dành cho bộ phận quản lý:

Doanh nghiệp/Nhóm hiện tại
PO Box 9103
Van Nuys, CA 91409-9103
www.healthnet.com

Doanh nghiệp/Nhóm mới
Vui lòng gửi tất cả các giấy tờ đã hoàn
tất cho quản lý khách hàng hoặc nhà
môi giới được chỉ định của quý vị.

Trang này cố ý được để trống



Phần hãng sở điền	
Tên hãng sở:	
Ngày hiệu lực được yêu cầu:	Số nhóm hãng sở (y tế):
Ngày nhân viên đủ điều kiện tham gia chương trình (chỉ dành cho người mới được tuyển dụng):	
<input type="checkbox"/> Cùng ngày với ngày được tuyển dụng <input type="checkbox"/> Khác: _____	

Lưu ý quan trọng: Vui lòng in tất cả các phần bằng mực đen. Quý vị có quyền xem Tóm lược quyền lợi và quyền lợi bảo hiểm (viết tắt trong tiếng anh là SBC) trước khi quý vị chọn một chương trình. Xin liên lạc với hãng sở của quý vị nếu quý vị không có SBC cho chương trình quý vị đã chọn.

1. Thông tin về chương trình bảo hiểm sức khỏe (Tất cả các chương trình bảo hiểm y tế bao gồm bảo hiểm nha khoa nhi và nhân khoa nhi.)

Full HMO Network ¹			SmartCare HMO Network ²		
Platinum <input type="checkbox"/> \$10 <input type="checkbox"/> \$20 <input type="checkbox"/> \$30	Gold <input type="checkbox"/> \$30 <input type="checkbox"/> \$35 <input type="checkbox"/> \$40	Silver <input type="checkbox"/> \$50	Platinum <input type="checkbox"/> \$10 <input type="checkbox"/> \$20 <input type="checkbox"/> \$30	Gold <input type="checkbox"/> \$30 <input type="checkbox"/> \$35 <input type="checkbox"/> \$40	Silver <input type="checkbox"/> \$50
WholeCare HMO Network ¹			Salud HMO y Más Network ³		
Platinum <input type="checkbox"/> \$10 <input type="checkbox"/> \$20 <input type="checkbox"/> \$30	Gold <input type="checkbox"/> \$30 <input type="checkbox"/> \$35 <input type="checkbox"/> \$40	Silver <input type="checkbox"/> \$50	Platinum <input type="checkbox"/> \$10 <input type="checkbox"/> \$20 <input type="checkbox"/> \$30	Gold <input type="checkbox"/> \$30 <input type="checkbox"/> \$35 <input type="checkbox"/> \$40	Silver <input type="checkbox"/> \$50
CommunityCare HMO Network ⁴					
Gold <input type="checkbox"/> \$5		Silver <input type="checkbox"/> \$20		Bronze <input type="checkbox"/> \$45	
PureCare HSP Network ¹					
<input type="checkbox"/> PureCare Platinum 90 HSP 0/15 + Child Dental <input type="checkbox"/> PureCare Gold 80 HSP 0/30 + Child Dental			<input type="checkbox"/> PureCare Silver 70 HSP 2000/45 + Child Dental <input type="checkbox"/> PureCare Bronze 60 HSP 6300/75 + Child Dental		
Full PPO Network			EnhancedCare PPO Network ⁵		
<input type="checkbox"/> Platinum 90 PPO 0/15 + Child Dental <input type="checkbox"/> Platinum 90 PPO 250/15 + Child Dental Alt <input type="checkbox"/> Gold 80 PPO 0/30 + Child Dental <input type="checkbox"/> Gold 80 PPO 1000/30 + Child Dental Alt <input type="checkbox"/> Gold 80 Value PPO 750/10 + Child Dental Alt <input type="checkbox"/> Silver 70 PPO 2000/45 + Child Dental <input type="checkbox"/> Silver 70 PPO 2000/55 + Child Dental Alt <input type="checkbox"/> Silver 70 Value PPO 1700/30 + Child Dental Alt <input type="checkbox"/> Silver 70 HDHP PPO 1350/40 + Child Dental Alt <input type="checkbox"/> Bronze 60 PPO 6300/75 + Child Dental <input type="checkbox"/> Bronze 60 HDHP PPO 5600/15 + Child Dental Alt			<input type="checkbox"/> EnhancedCare Platinum 90 PPO 250/15 + Child Dental Alt <input type="checkbox"/> EnhancedCare Gold 80 PPO 1000/30 + Child Dental Alt <input type="checkbox"/> EnhancedCare PPO Gold Value <input type="checkbox"/> EnhancedCare PPO Silver Value <input type="checkbox"/> EnhancedCare Silver 70 PPO 2000/55 + Child Dental Alt <input type="checkbox"/> EnhancedCare Silver 70 HDHP PPO 1350/40 + Child Dental Alt <input type="checkbox"/> EnhancedCare Bronze 60 HDHP PPO 5600/15 + Child Dental Alt		
(Các) Chương trình khác:					

Nha khoa (DHMO)	Nha khoa (DPPO)	Nhân khoa (PPO)
<input type="checkbox"/> HN Plus 150 <input type="checkbox"/> HN Plus 225	<input type="checkbox"/> Classic 5 1500 (có chỉnh hình) <input type="checkbox"/> Essential 2 1000 <input type="checkbox"/> Essential 6 1500 <input type="checkbox"/> Classic 4 1500 <input type="checkbox"/> Essential 5 1500 (có chỉnh hình)	<input type="checkbox"/> Preferred 1025-2 <input type="checkbox"/> Preferred 1025-3 <input type="checkbox"/> Preferred Value 10-2

2. Lý do nộp đơn

<input type="checkbox"/> Thay đổi chương trình <input type="checkbox"/> Thay đổi địa chỉ/tên <input type="checkbox"/> Xóa người phụ thuộc (liệt kê tên bên dưới) <input type="checkbox"/> Khác: _____	<input type="checkbox"/> Người mới được tuyển dụng <input type="checkbox"/> Ghi danh tự do Thời hạn ghi danh đặc biệt Ngày diễn ra sự kiện đủ điều kiện: ____/____/____	<input type="checkbox"/> COBRA ⁶ Ngày hiệu lực: ____/____/____ Sự kiện đủ điều kiện: _____ Ngày diễn ra sự kiện đủ điều kiện: ____/____/____
	Thêm người phụ thuộc: <input type="checkbox"/> Kết hôn <input type="checkbox"/> Trẻ sơ sinh/Nhận con nuôi/Giám hộ hợp pháp/Lệnh của tòa án/Nhận đảm đương quan hệ cha mẹ - con cái <input type="checkbox"/> Mất quyền lợi bảo hiểm trước: <input type="checkbox"/> Bạn đời sống chung <input type="checkbox"/> Khác (nêu rõ): _____	

Tên nhân viên: _____

4 chữ số cuối của số An sinh xã hội/mã số thuế (viết tắt trong tiếng Anh là TIN): _____

3. Thông tin cá nhân của nhân viên

Họ:	Tên:	Tên đệm viết tắt:	<input type="checkbox"/> Nam <input type="checkbox"/> Nữ
Địa chỉ cư trú:			
Thành phố:	Tiểu bang:	Mã ZIP:	Quận:
Ngày sinh (tháng dạng hai chữ số/ngày dạng hai chữ số/năm dạng bốn chữ số):	Số An sinh xã hội/TIN/ID ghi danh:	Chức vụ:	
Số điện thoại: ()	Số điện thoại nơi làm việc: ()	Địa chỉ email:	
Ngày được tuyển dụng: / /	Số bộ phận:	Tình trạng hôn nhân: <input type="checkbox"/> Độc thân <input type="checkbox"/> Đã kết hôn <input type="checkbox"/> Bạn đời sống chung	
Nếu có thể, tôi muốn nhận thông báo và thông tin về chương trình bằng tiếng Tây Ban Nha: <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không			
Nhóm bác sĩ tham gia:		Bác sĩ gia đình:	
Số ID ghi danh PPG/PCP (dạng 4 chữ số đối với PPG và dạng 6 chữ số đối với PCP):		Đây có phải là PCP hiện tại của quý vị không? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không	
Tên nhà cung cấp dịch vụ nha khoa HMO:		Số ID nhà cung cấp dịch vụ nha khoa HMO:	

4. Thông tin về gia đình, vui lòng liệt kê tất cả các thành viên gia đình đủ điều kiện để được ghi danh. (Đính kèm thêm tờ thông tin nếu cần.)

Vợ hoặc chồng/Bạn đời sống chung <input type="checkbox"/> Nam <input type="checkbox"/> Nữ	Họ:	Tên:	Tên đệm viết tắt:
Địa chỉ cư trú: <input type="checkbox"/> Đánh dấu ở đây nếu giống với người ghi danh bảo hiểm			
Thành phố:	Tiểu bang:	Mã ZIP:	
Ngày sinh (tháng dạng hai chữ số/ngày dạng hai chữ số/năm dạng bốn chữ số):	Số An sinh xã hội/TIN/ID ghi danh:		
Nhóm bác sĩ tham gia:	Bác sĩ gia đình:		
Số ID ghi danh PPG/PCP (dạng 4 chữ số đối với PPG và dạng 6 chữ số đối với PCP):	Đây có phải là PCP hiện tại của quý vị không? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không		
Tên nhà cung cấp dịch vụ nha khoa HMO:	Số ID nhà cung cấp dịch vụ nha khoa HMO:		

<input type="checkbox"/> Con trai <input type="checkbox"/> Con gái	Họ:	Tên:	Tên đệm viết tắt:
Địa chỉ cư trú: <input type="checkbox"/> Đánh dấu ở đây nếu giống với người ghi danh bảo hiểm			
Thành phố:	Tiểu bang:	Mã ZIP:	
Ngày sinh (tháng dạng hai chữ số/ngày dạng hai chữ số/năm dạng bốn chữ số):	Số An sinh xã hội/TIN/ID ghi danh:		
Nhóm bác sĩ tham gia:	Bác sĩ gia đình:		
Số ID ghi danh PPG/PCP (dạng 4 chữ số đối với PPG và dạng 6 chữ số đối với PCP):	Đây có phải là PCP hiện tại của quý vị không? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không		
Tên nhà cung cấp dịch vụ nha khoa HMO:	Số ID nhà cung cấp dịch vụ nha khoa HMO:		

Tên nhân viên: _____

4 chữ số cuối của số An sinh xã hội/mã số thuế (viết tắt trong tiếng Anh là TIN): _____

4. Thông tin về gia đình, vui lòng liệt kê tất cả các thành viên gia đình đủ điều kiện để được ghi danh. (tiếp)
(Đính kèm tờ thông tin nếu cần.)

<input type="checkbox"/> Con trai	Họ:	Tên:	Tên đệm viết tắt:
<input type="checkbox"/> Con gái			
Địa chỉ cư trú: <input type="checkbox"/> Đánh dấu ở đây nếu giống với người ghi danh bảo hiểm			
Thành phố:		Tiểu bang:	Mã ZIP:
Ngày sinh (tháng dạng hai chữ số/ngày dạng hai chữ số/năm dạng bốn chữ số):		Số An sinh xã hội/TIN/ID ghi danh:	
Nhóm bác sĩ tham gia:		Bác sĩ gia đình:	
Số ID ghi danh PPG/PCP (dạng 4 chữ số đối với PPG và dạng 6 chữ số đối với PCP):		Đây có phải là PCP hiện tại của quý vị không? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không	
Tên nhà cung cấp dịch vụ nha khoa HMO:		Số ID nhà cung cấp dịch vụ nha khoa HMO:	

<input type="checkbox"/> Con trai	Họ:	Tên:	Tên đệm viết tắt:
<input type="checkbox"/> Con gái			
Địa chỉ cư trú: <input type="checkbox"/> Đánh dấu ở đây nếu giống với người ghi danh bảo hiểm			
Thành phố:		Tiểu bang:	Mã ZIP:
Ngày sinh (tháng dạng hai chữ số/ngày dạng hai chữ số/năm dạng bốn chữ số):		Số An sinh xã hội/TIN/ID ghi danh:	
Nhóm bác sĩ tham gia:		Bác sĩ gia đình:	
Số ID ghi danh PPG/PCP (dạng 4 chữ số đối với PPG và dạng 6 chữ số đối với PCP):		Đây có phải là PCP hiện tại của quý vị không? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không	
Tên nhà cung cấp dịch vụ nha khoa HMO:		Số ID nhà cung cấp dịch vụ nha khoa HMO:	

5. Quý vị hoặc những người phụ thuộc của quý vị có quyền lợi bảo hiểm chăm sóc sức khỏe khác không?

Không Có Nếu "Có," vui lòng điền đầy đủ thông tin vào phần này bao gồm cả Medicare.

<input type="checkbox"/> Bản thân	Tên:	Tên của công ty bảo hiểm khác:	Ngày bắt đầu quyền lợi bảo hiểm trước (tháng dạng hai chữ số/ngày dạng hai chữ số/năm dạng hai chữ số):
-----------------------------------	------	--------------------------------	--

Ngày kết thúc quyền lợi bảo hiểm trước (tháng dạng hai chữ số/ngày dạng hai chữ số/năm dạng hai chữ số):	Lý do chấm dứt quyền lợi bảo hiểm:	Số nhóm/Số ID Hợp đồng bảo hiểm:	Dịch vụ được đài thọ là? Y tế: <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không Nha khoa: <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không Nhân khoa: <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không	Medicare: <input type="checkbox"/> Phần A <input type="checkbox"/> Phần B	Yêu cầu thanh toán Medicare/Số HICN:
---	------------------------------------	----------------------------------	---	---	--------------------------------------

<input type="checkbox"/> Vợ hoặc chồng <input type="checkbox"/> Bạn đời sống chung	Tên:	Tên của công ty bảo hiểm khác:	Ngày bắt đầu quyền lợi bảo hiểm trước (tháng dạng hai chữ số/ngày dạng hai chữ số/năm dạng hai chữ số):
---	------	--------------------------------	--

Ngày kết thúc quyền lợi bảo hiểm trước (tháng dạng hai chữ số/ngày dạng hai chữ số/năm dạng hai chữ số):	Lý do chấm dứt quyền lợi bảo hiểm:	Số nhóm/Số ID Hợp đồng bảo hiểm:	Đây có phải là quyền lợi bảo hiểm chính của người phụ thuộc của quý vị không? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không	Dịch vụ được đài thọ là? Y tế: <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không Nha khoa: <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không Nhân khoa: <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không	Medicare: <input type="checkbox"/> Phần A <input type="checkbox"/> Phần B	Yêu cầu thanh toán Medicare/Số HICN:
---	------------------------------------	----------------------------------	---	---	---	--------------------------------------

<input type="checkbox"/> Con trai <input type="checkbox"/> Con gái	Tên:	Tên của công ty bảo hiểm khác:	Ngày bắt đầu quyền lợi bảo hiểm trước (tháng dạng hai chữ số/ngày dạng hai chữ số/năm dạng hai chữ số):
---	------	--------------------------------	--

Ngày kết thúc quyền lợi bảo hiểm trước (tháng dạng hai chữ số/ngày dạng hai chữ số/năm dạng hai chữ số):	Lý do chấm dứt quyền lợi bảo hiểm:	Số nhóm/Số ID Hợp đồng bảo hiểm:	Đây có phải là quyền lợi bảo hiểm chính của người phụ thuộc của quý vị không? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không	Dịch vụ được đài thọ là? Y tế: <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không Nha khoa: <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không Nhân khoa: <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không	Medicare: <input type="checkbox"/> Phần A <input type="checkbox"/> Phần B	Yêu cầu thanh toán Medicare/Số HICN:
---	------------------------------------	----------------------------------	---	---	---	--------------------------------------

<input type="checkbox"/> Con trai <input type="checkbox"/> Con gái	Tên:	Tên của công ty bảo hiểm khác:	Ngày bắt đầu quyền lợi bảo hiểm trước (tháng dạng hai chữ số/ngày dạng hai chữ số/năm dạng hai chữ số):
---	------	--------------------------------	--

Ngày kết thúc quyền lợi bảo hiểm trước (tháng dạng hai chữ số/ngày dạng hai chữ số/năm dạng hai chữ số):	Lý do chấm dứt quyền lợi bảo hiểm:	Số nhóm/Số ID Hợp đồng bảo hiểm:	Đây có phải là quyền lợi bảo hiểm chính của người phụ thuộc của quý vị không? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không	Dịch vụ được đài thọ là? Y tế: <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không Nha khoa: <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không Nhân khoa: <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không	Medicare: <input type="checkbox"/> Phần A <input type="checkbox"/> Phần B	Yêu cầu thanh toán Medicare/Số HICN:
---	------------------------------------	----------------------------------	---	---	---	--------------------------------------

Tên nhân viên: _____

4 chữ số cuối của số An sinh xã hội/mã số thuế (viết tắt trong tiếng Anh là TIN): _____

5. Quý vị hoặc những người phụ thuộc của quý vị có quyền lợi bảo hiểm chăm sóc sức khỏe khác không? (tiếp)

<input type="checkbox"/> Con trai <input type="checkbox"/> Con gái		Tên: _____		Tên của công ty bảo hiểm khác: _____		Ngày bắt đầu quyền lợi bảo hiểm trước (tháng dạng hai chữ số/ngày dạng hai chữ số/năm dạng hai chữ số): _____	
Ngày kết thúc quyền lợi bảo hiểm trước (tháng dạng hai chữ số/ngày dạng hai chữ số/năm dạng hai chữ số): _____		Lý do chấm dứt quyền lợi bảo hiểm: _____		Số nhóm/Số ID Hợp đồng bảo hiểm: _____		Đây có phải là quyền lợi bảo hiểm chính của người phụ thuộc của quý vị không? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không	
				Dịch vụ được đài thọ là? Y tế: <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không Nha khoa: <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không Nhân khoa: <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không		Medicare: <input type="checkbox"/> Phần A <input type="checkbox"/> Phần B Yêu cầu thanh toán Medicare/Số HICN: _____	

6. Bảo hiểm nhân thọ có kỳ hạn theo nhóm, nếu có. (Đính kèm tờ thông tin riêng cho những người hưởng bổ sung hoặc thứ hai.)

Bảo hiểm nhân thọ/AD&D: Có Không

Người hưởng suốt đời (họ và tên): _____	Mối quan hệ: _____	_____ %
Người hưởng suốt đời (họ và tên): _____	Mối quan hệ: _____	_____ %
Người hưởng suốt đời (họ và tên): _____	Mối quan hệ: _____	_____ %
Người hưởng suốt đời (họ và tên): _____	Mối quan hệ: _____	_____ %

¹Được cung cấp trên tất cả hoặc một số khu vực của các quận Alameda, Contra Costa, El Dorado, Fresno, Kern, Kings, Los Angeles, Madera, Marin, Merced, Napa, Nevada, Orange, Placer, Riverside, Sacramento, San Bernardino, San Diego, San Francisco, San Joaquin, San Mateo, Santa Barbara, Santa Clara, Santa Cruz, Solano, Sonoma, Stanislaus, Tulare, Ventura và Yolo.

²Được cung cấp trên tất cả hoặc một số khu vực của các quận Los Angeles, Orange, Riverside, San Diego, San Bernardino, Santa Clara và Santa Cruz.

³Được cung cấp tại Orange County và một số mã ZIP được chọn của các quận Kern, Los Angeles, Riverside, San Diego và San Bernardino.

⁴Được cung cấp tại các quận Los Angeles, Orange và San Diego.

⁵Được cung cấp tại Los Angeles County.

⁶Với điều kiện ngày có hiệu lực của COBRA bắt đầu trước, quý vị có đủ điều kiện nhận tổng số 18 tháng hoặc 36 tháng của COBRA (bao gồm Cal-COBRA).

“Hợp đồng chương trình” chỉ Hợp đồng về dịch vụ theo nhóm và Chứng từ bảo hiểm của Health Net of California, Inc. và/hoặc Dental Benefit Providers of California, Inc.; “Hợp đồng bảo hiểm” chỉ Hợp đồng bảo hiểm theo nhóm và Chứng nhận bảo hiểm của Health Net Life Insurance Company, Unimerica Life Insurance Company, và/hoặc Fidelity Security Life Insurance Company.

Tên nhân viên: _____

4 chữ số cuối của số An sinh xã hội/mã số thuế (viết tắt trong tiếng Anh là TIN): _____

7. Từ chối nhận quyền lợi bảo hiểm (Điền đầy đủ phần này nếu quý vị hoặc người phụ thuộc hội đủ điều kiện của quý vị từ chối bất kỳ quyền lợi bảo hiểm nào.)

Thông tin cá nhân của nhân viên

Họ:	Tên:	Tên đệm viết tắt:	Số An sinh xã hội/ID ghi danh:
-----	------	-------------------	--------------------------------

Từ chối nhận quyền lợi bảo hiểm y tế cho:
 Bản thân Vợ hoặc chồng
 Bạn đời sống chung
 (Những) Người phụ thuộc
(Các) Tên: _____

Lý do: Quyền lợi bảo hiểm theo nhóm khác thông qua hãng sở này
 Quyền lợi bảo hiểm cá nhân
 Quyền lợi bảo hiểm theo nhóm khác của một hãng khác (tức là, hãng sở của vợ/chồng)
 Khác: _____

Từ chối nhận quyền lợi bảo hiểm nha khoa cho:
 Bản thân Vợ hoặc chồng
 Bạn đời sống chung
 (Những) Người phụ thuộc
(Các) Tên: _____

Lý do: Quyền lợi bảo hiểm theo nhóm khác thông qua hãng sở này
 Quyền lợi bảo hiểm cá nhân
 Quyền lợi bảo hiểm theo nhóm khác của một hãng khác (tức là, hãng sở của vợ/chồng)
 Khác: _____

Từ chối nhận quyền lợi bảo hiểm nhân khoa cho:
 Bản thân Vợ hoặc chồng
 Bạn đời sống chung
 (Những) Người phụ thuộc
(Các) Tên: _____

Lý do: Quyền lợi bảo hiểm theo nhóm khác thông qua hãng sở này
 Quyền lợi bảo hiểm cá nhân
 Quyền lợi bảo hiểm theo nhóm khác của một hãng khác (tức là, hãng sở của vợ/chồng)
 Khác: _____

NẾU QUÝ VỊ TỪ CHỐI NHẬN QUYỀN LỢI BẢO HIỂM – VUI LÒNG DỪNG LẠI VÀ ĐỌC KỸ

Tôi đã quyết định từ chối nhận quyền lợi bảo hiểm cho bản thân và/hoặc (những) người phụ thuộc của tôi. Tôi xác nhận rằng tôi và những người phụ thuộc của tôi có thể phải đợi đến Thời hạn ghi danh tự do hàng năm hoặc Thời hạn ghi danh đặc biệt tiếp theo do một sự kiện đủ điều kiện để được ghi danh. Các quyền lợi bảo hiểm tôi có thể hưởng đã được hãng sở giải thích cho tôi, và tôi đã có cơ hội để nộp đơn đăng ký nhận các quyền lợi bảo hiểm được cung cấp đó. Ngoài ra, bằng cách ký tên dưới đây tôi xác nhận, theo sự hiểu biết và những gì mà tôi tin tưởng, rằng lý do tôi từ chối quyền lợi bảo hiểm là chính xác như được đánh dấu ở bên trên.

Chữ ký của nhân viên: _____ **Ngày:** _____
(Chỉ ký nếu từ chối nhận quyền lợi bảo hiểm. Nếu ký nhầm, vui lòng gạch bỏ và ký tắt.)

8. Tiếp nhận quyền lợi bảo hiểm (Bắt buộc có chữ ký.)

Luật pháp California nghiêm cấm các công ty bảo hiểm y tế yêu cầu hoặc sử dụng các xét nghiệm HIV làm điều kiện để nhận quyền lợi bảo hiểm y tế.

XÁC NHẬN VÀ ĐỒNG Ý: Tôi hiểu và đồng ý rằng bằng cách ghi danh hoặc tiếp nhận các dịch vụ từ Health Net, DBP và/hoặc Fidelity, tôi và bất kỳ người phụ thuộc nào được ghi danh đều có nghĩa vụ phải hiểu và tuân thủ các điều khoản, điều kiện và quy định của Hợp đồng chương trình hoặc Hợp đồng bảo hiểm. Tôi đã đọc và hiểu các điều khoản của đơn đăng ký này và chữ ký của tôi dưới đây ngụ ý rằng thông tin được điền vào mẫu đơn là đầy đủ, đúng và chính xác theo những gì tôi biết và tin tưởng, và tôi chấp nhận các điều khoản này.

THỎA THUẬN PHÂN XỬ QUA TRỌNG TÀI CÓ GIÁ TRỊ PHÁP LÝ: Tôi, Người nộp đơn, hiểu và đồng ý rằng bất kỳ và tất cả các tranh chấp giữa tôi (bao gồm bất kỳ thành viên gia đình được ghi danh nào, người thừa kế hoặc đại diện cá nhân của tôi) và Health Net phải được đệ trình để giải quyết bằng phân xử qua trọng tài có giá trị chung thẩm và pháp lý thay vì được xét xử bởi bồi thẩm đoàn hoặc tòa án. Thỏa thuận phân xử này bao gồm mọi tranh chấp phát sinh hoặc liên quan đến *Chứng từ bảo hiểm* hoặc *Chứng nhận bảo hiểm* hoặc tư cách hội viên hoặc quyền lợi bảo hiểm Health Net của tôi, đã được nêu trong bất kỳ lý luận pháp lý nào. Thỏa thuận này áp dụng để phân xử bất kỳ tranh chấp nào 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 để được giải quyết bằng phân xử trọng tài có giá trị chung thẩm và pháp lý đồng nghĩa với việc tất cả các bên bao gồm cả Health Net đều từ bỏ quyền được hiến pháp thừa nhận của mình về việc đưa tranh chấp ra xét xử tại tòa án. Tôi cũng hiểu rằng các tranh chấp mà tôi có thể có với Health Net liên quan đến yêu cầu thanh toán về sự bất cẩn trong y tế (nghĩa là, bất kỳ dịch vụ y tế nào được cung cấp một cách không cần thiết hoặc trái phép, hoặc được cung cấp không đúng cách, bất cẩn hoặc theo cách thiếu năng lực) cũng phải tuân theo phân xử qua trọng tài có giá trị chung thẩm và pháp lý. Tôi hiểu rằng một điều khoản phân xử qua trọng tài chi tiết hơn trong *Chứng từ bảo hiểm* hoặc *Chứng nhận bảo hiểm*. Phân xử qua trọng tài có giá trị pháp lý bắt buộc có thể không áp dụng cho một số tranh chấp nếu chương trình của Hãng sở phải 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 đưa bất kỳ tranh chấp nào ra phân xử qua trọng tài có giá trị pháp lý thay vì xét xử tại tòa.

Chữ ký của nhân viên: _____

Ngày: _____

(Chỉ ký nếu chấp nhận quyền lợi bảo hiểm. Nếu ký nhầm, vui lòng gạch bỏ và ký tắt.)

Vui lòng liên hệ với Trung tâm Liên lạc Hội viên của Health Net theo số điện thoại miễn phí bên dưới nếu quý vị cần hỗ trợ điền mẫu đơn này hoặc nếu quý vị có thắc mắc về quyền lợi bảo hiểm của mình:

Tiếng Anh	1-800-522-0088
Tiếng Quảng Đông	1-877-891-9053
Tiếng Hàn	1-877-339-8596
Tiếng Quan Thoại	1-877-891-9053
Tiếng Tây Ban Nha	1-800-331-1777
Tiếng Tagalog	1-877-891-9051
Tiếng Việt	1-877-339-8621

Nếu quý vị có thắc mắc về quyền lợi bảo hiểm nha khoa, nhân khoa hoặc quyền lợi bảo hiểm nhân thọ, vui lòng gọi số:

Nha khoa	1-866-249-2382
Nhân khoa	1-866-392-6058
Nhân thọ	1-800-865-6288

Nếu quý vị có thắc mắc về PPG hoặc PCP của mình, vui lòng gọi trực tiếp cho PPG của quý vị, hoặc liên hệ với bộ phận Dịch vụ các Nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe của Health Net theo số 1-800-641-7761.

Quý vị có thể sử dụng bản sao mẫu ghi danh Health Net của quý vị là thẻ ID tạm thời cho đến khi quý vị nhận được thẻ ID vĩnh viễn.

Dịch vụ cấp cứu và điều trị cần thiết khẩn cấp:

- Nếu quý vị đang trong trường hợp đe dọa đến tính mạng hoặc trong trường hợp cấp cứu: Gọi 911 hoặc đến bệnh viện gần nhất.
- Nếu trường hợp của quý vị không quá nghiêm trọng: Nếu quý vị không thể gọi cho bác sĩ gia đình hoặc nhóm bác sĩ của quý vị, hoặc quý vị cần chăm sóc y tế ngay lập tức, hãy đến bệnh viện hoặc trung tâm chăm sóc khẩn cấp gần nhất.
- Nếu quý vị ở ngoài khu vực phục vụ của nhóm bác sĩ của quý vị: Hãy đến bệnh viện, trung tâm y tế gần nhất hoặc gọi 911. Trong mọi trường hợp, hãy liên hệ với bác sĩ gia đình của quý vị hoặc nhóm bác sĩ tham gia càng sớm càng tốt để thông báo cho họ về tình trạng của quý vị.
- Gọi số điện thoại trên thẻ ID của quý vị trong vòng 48 giờ sau khi nhập viện hoặc càng sớm càng tốt.

Chứng nhận trước:

Quý vị, với tư cách là hội viên, có trách nhiệm lấy chứng nhận cho một số dịch vụ. Vui lòng kiểm tra chứng nhận chương trình của quý vị để biết danh sách các dịch vụ yêu cầu chứng nhận trước.

Nếu có thắc mắc về chứng nhận trước, vui lòng gọi 1-800-977-7282.

Tình trạng khuyết tật:

Nếu quý vị hoặc thành viên gia đình của quý vị bị khuyết tật kể từ ngày chấm dứt quyền lợi bảo hiểm với công ty bảo hiểm sức khỏe trước đó và việc mất bảo hiểm là do chấm dứt hợp đồng bảo hiểm của hãng sở, quý vị có thể có quyền gia hạn quyền lợi sức khỏe theo phần 10128 của Bộ luật bảo hiểm California. Theo luật này, công ty bảo hiểm trước tiếp tục có trách nhiệm cho đến khi một trong trường hợp nào sau đây xảy ra trước: (a) hội viên không còn khuyết tật toàn bộ, (b) quyền lợi bảo hiểm tối đa của công ty bảo hiểm trước đây đã được thanh toán hết, hoặc (c) đã qua 12 tháng liên tiếp kể từ ngày quyền lợi bảo hiểm với công ty bảo hiểm trước kết thúc.

Sản phẩm/Thực thể:

Health Net of California, Inc. cung cấp các sản phẩm sau: PureCare HSP Network, CommunityCare HMO Network, Full HMO Network, WholeCare HMO Network, SmartCare HMO Network, và Salud HMO y Más Network.

Health Net Life Insurance Company cung cấp các sản phẩm sau: PPO, EnhancedCare PPO, Bảo hiểm nhân thọ và AD&D.

Dental Benefit Providers of California, Inc. cung cấp các sản phẩm sau: Nha khoa HMO (DHMO).

Unimerica Life Insurance Company cung cấp các sản phẩm sau: Nha khoa PPO và Nha khoa bồi thường.

Fidelity Security Life Insurance Company cung cấp các sản phẩm sau do EyeMed Vision Care, LLC tiến hành các dịch vụ: Nhân khoa PPO.

Từ chối nhận quyền lợi bảo hiểm:

Nếu quý vị từ chối nhận quyền lợi bảo hiểm cho bản thân hoặc người phụ thuộc đủ điều kiện do quyền lợi bảo hiểm theo bảo hiểm y tế khác và quý vị mất quyền lợi bảo hiểm đó, hoặc nếu quý vị có thêm người phụ thuộc mới do kết hôn, bạn đời sống chung, sinh con, nhận con nuôi, được yêu cầu chăm sóc con nuôi tạm thời hoặc nhận đảm đương quan hệ cha mẹ-con cái, quý vị và người phụ thuộc của quý vị có thể đủ điều kiện nhận quyền ghi danh đặc biệt. Quý vị phải yêu cầu ghi danh đặc biệt trong vòng 60 ngày kể từ khi mất quyền lợi bảo hiểm hoặc có thêm người phụ thuộc mới.

Thông báo không kỳ thị

Ngoài các yêu cầu không kỳ thị của Tiểu bang California (như được mô tả trong các tài liệu về quyền lợi bảo hiểm), Health Net of California, Inc. và 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 khổ 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 thông tin dưới dạng văn bản 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:

Các hội viên 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)

Các hội viên 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)

Chương trình theo nhóm thông qua Health Net 1-800-522-0088 (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 of California, Inc./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 (Hội viên) hoặc
Non-Member.Discrimination.Complaints@healthnet.com (Người nộp đơn)

Đối với các chương trình HMO, HSP, EOA và POS được cung cấp thông qua Health Net of California, Inc.: Nếu vấn đề sức khỏe của quý vị là khẩn cấp, nếu quý vị đã nộp đơn than phiền cho Health Net of California, Inc. và không hài lòng với quyết định này hoặc đã hơn 30 ngày kể từ khi quý vị nộp đơn than phiền cho Health Net of California, Inc., quý vị có thể nộp Mẫu đơn khiếu nại/Mẫu duyệt xét y khoa độc lập cho Bộ Quản trị Chăm sóc Sức khỏe (viết tắt trong tiếng Anh là DMHC). Quý vị có thể gửi đơn than phiền bằng cách gọi cho Bộ phận Trợ giúp của DMHC theo số 1-888-466-2219 (TDD: 1-877-688-9891) hoặc trực tuyến tại địa chỉ www.dmhc.ca.gov/FileaComplaint.

Đối với các chương trình PPO và EPO đã được Health Net Life Insurance Company bảo hiểm: 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। नियोक्ता सामूहिक आवेदक कृपया हेल्थ नेट के कमर्शियल संपर्क केंद्र को 1-800-522-0088 (TTY: 711) पर कॉल करें। व्यक्तिगत और फैमिली प्लान (आईएफपी) आवेदक कृपया 1-877-609-8711 (TTY: 711) पर कॉल करें।

Hmong

Tsis Muaj Tus Nqi Pab Txhais Lus. Koj tuaj yeem tau txais ib tus kws pab txhais lus. Koj tuaj yeem muaj ib tus neeg nyeem cov ntaub 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。