



# 그룹 가입 및 변경을 위한 대기업 신청서

의료 플랜은 Health Net of California, Inc.에서 제공합니다. Dental HMO 및 PPO 플랜은 Dental Benefit Providers of California, Inc.(DBP)에서 제공 및 운영합니다. 안과 플랜은 Health Net Life Insurance Company에서 인수하며 EyeMed Vision Care, LLC("EyeMed") 및 Envolve Vision, Inc.에서 운영합니다. Life/AD&D 보험 플랜은 Health Net Life Insurance Company에서 인수합니다.

DBP 및 EyeMed 모두 Health Net과 제휴되어 있지 않습니다. 치과 플랜에 따른 의무 사항은 Health Net의 의무 사항이 아니며 Health Net에서 보장하지도 않습니다.

## Health Net에 오신 것을 환영합니다

### 간단한 양식 작성 절차:

1. 가입 패키지에 포함되어 있는 자료들을 검토하십시오. 고용주에 의해 귀하에게 제공되는 보장 옵션에 대해 반드시 이해하십시오.
- 2a. **귀하가 본인 및/또는 귀하의 피부양자를 위한 보장을 거절하는 경우** 섹션 7은 반드시 기재해야 합니다. 다른 섹션에는 가입하지 마십시오.
- 2b. **귀하가 본인 및/또는 귀하의 피부양자를 위한 보장을 수락하는 경우** 섹션 1, 2, 3, 4(적용되는 경우), 5 및 8은 반드시 기재해야 합니다.

건강 보험 개혁법 (Affordable Care Act, ACA)에 따라 Health Net은 가입자로서 귀하 본인 및 귀하의 보장된 피부양자를 위한 의료 보장 확인서를 IRS에 제공해야 합니다. IRS는 본 정보를 이용해 각 가입자가 필수 보장을 갖고 있는지 확인합니다. 귀하 본인 및 가입하려는 각 피부양자의 사회 보장 번호(Social Security number, SSN)가 정확한지 확인하십시오. 개인 분담금 책임 조항에 대해 더 많은 정보가 필요한 경우, <http://www.irs.gov/uac/Questions-and-Answers-on-the-Individual-Shared-Responsibility-Provision>을 방문하십시오.

3. HMO, ExcelCare HMO, SmartCare HMO, Salud HMO y Más, Salud Mexico, Elect Open Access(EOA), Select POS 또는 치과 HMO 플랜에 가입하기로 선택한 경우, 귀하는 본인의 참여 의사 그룹(participating physician group, PPG), 주치의(primary care physician, PCP) 또는 치과 공급자를 선택해야 합니다. Health Net의 온라인 ProviderSearch(공급자 찾기) 도구에 나타난 대로 해당 이름 및 번호를 반드시 기재하십시오.

**주:** PPG, PCP 및/또는 치과 공급자를 선택하지 않은 경우 귀하를 대신해 선택해드립니다.

4. PPO 플랜에 가입하기로 선택한 경우, 귀하는 가입을 위해 참여 의사 그룹(PPG) 또는 주치의(PCP)를 선택할 필요가 없습니다.
5. 작성을 완료한 신청서를 귀하의 기록을 위해 복사해두십시오. **수정이 필요할 경우, 선을 그어 지우고 수정된 각 부분에 이름의 첫 글자(이니셜)를 쓰십시오. 수정용 제품을 사용하지 마십시오.**

### 내부 처리용:

#### 기존 비즈니스/그룹

PO Box 9103  
Van Nuys, CA 914099103  
[www.healthnet.com](http://www.healthnet.com)

#### 신규 비즈니스/그룹

작성한 모든 서류를 귀하의  
지정된 계정 담당자 또는  
브로커에게 보내주십시오.



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: / /	

**중요사항: 모든 섹션을 검정색 잉크로 정자체로 작성하십시오. 귀하는 플랜을 선택하기 전 혜택 및 보장 요약서 (Summary of Benefits and Coverage, SBC)를 볼 자격이 있습니다. 선택하신 플랜의 혜택 및 보장 요약서(SBC)가 없는 경우, 고용주에게 문의하십시오.**

### 1. 건강보험 정보 (보장 선택.)

#### HMO

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

#### PPO

PPO  OOS PPO  HSA-겸용 PPO  OOS HSA-겸용 PPO  통합된 HSA-겸용 PPO  
 통합된 HSA-겸용 PPO(선택 해제)  통합된 HRA-겸용 PPO

#### 치과 및 안과

치과(DHMO)  치과(DPPO)  안과(PPO)

### 2. 신청 사유

<input type="checkbox"/> 플랜 변경 <input type="checkbox"/> 주소/이름 변경 <input type="checkbox"/> 피부양자 삭제 <input type="checkbox"/> 기타: _____ _____	<input type="checkbox"/> 신규 직원 <input type="checkbox"/> 연례 가입 기간 <b>특별 가입 기간</b> 자격 사유 발생 날짜: ____/____/____ 피부양자 추가: _____	<b>COBRA</b> <input type="checkbox"/> 효력 발생일: ____/____/____ 자격 사유: _____ 자격 사유 발생 날짜: ____/____/____
	<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 작성하십시오): _____	

### 3. 직원 개인 정보

성:	이름:	중간 이름 이니셜:	<input type="checkbox"/> 남성 <input type="checkbox"/> 여성
거주 주소:	도시:	주:	우편번호:
생년월일(월/일/년): / /	사회 보장 번호/Matricular ID 번호(모든 신청자 필수):	직위:	
전화번호: ( )	직장 전화번호: ( )	이메일 주소:	
고용 날짜: / /	부서 번호:	결혼 상태: <input type="checkbox"/> 미혼 <input type="checkbox"/> 결혼 <input type="checkbox"/> 동거	
본인은 안내문 및 플랜 정보를 다음의 언어로 받기를 선호합니다: <input type="checkbox"/> 영어 <input type="checkbox"/> 스페인어 <input type="checkbox"/> 중국어 <input type="checkbox"/> 한국어 <input type="checkbox"/> 베트남어			
참여 의사 그룹:		주치의:	
참여 의사 그룹(PPG)/주치의(PCP) 가입 ID 번호(4자리 참여 의사 그룹(PPG) 및 6자리 주치의(PCP) 번호):		귀하의 현재 주치의(PCP)입니까? <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요	
치과 HMO 공급자 이름:		치과 HMO 공급자 ID 번호:	

<sup>1</sup>Los Angeles, Marin, Orange, Placer, Riverside, San Bernardino, San Diego, Santa Clara 및 Santa Cruz 카운티 일부 또는 전체에서 이용 가능.

<sup>2</sup>Kern, Los Angeles, Orange, Riverside, San Bernardino, San Diego, San Francisco, Santa Clara, Stanislaus 및 Ventura 카운티 일부 및 전체에서 이용 가능.

<sup>3</sup>Orange 카운티 및 Kern, Los Angeles, Riverside, San Diego 및 San Bernardino 카운티의 특정 우편번호 지역에서 이용 가능.

#### 4. 가족 정보 - 가입 자격이 있는 모든 가족 구성원에 대해 작성

(필요한 경우 추가 용지를 이용하십시오.)

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

### 5. 귀하 또는 피부양자가 다른 의료 보장을 받고 있습니까?

아니요  예 “예”인 경우 Medicare를 포함하여 이 섹션을 작성해 주십시오.

<input type="checkbox"/> 본인	이름:	다른 보험 회사 이름:		이전 보장 시작일 (월/일/년): / /	
이전 보장 종료일 (월/일/년): / /	보장 종료 이유:	그룹 번호/약관 ID 번호:	보장 범위 의료: <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요 치과: <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요 안과: <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 보험 회사 이름:		이전 보장 시작일 (월/일/년): / /		
이전 보장 종료일 (월/일/년): / /	보장 종료 이유:	그룹 번호/ 약관 ID 번호:	귀하의 피부양자의 기본 보장입니까? <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요	보장 범위 의료: <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요 치과: <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요 안과: <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 보험 회사 이름:		이전 보장 시작일 (월/일/년): / /		
이전 보장 종료일 (월/일/년): / /	보장 종료 이유:	그룹 번호/ 약관 ID 번호:	귀하의 피부양자의 기본 보장입니까? <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요	보장 범위 의료: <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요 치과: <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요 안과: <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 보험 회사 이름:		이전 보장 시작일 (월/일/년): / /		
이전 보장 종료일 (월/일/년): / /	보장 종료 이유:	그룹 번호/ 약관 ID 번호:	귀하의 피부양자의 기본 보장입니까? <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요	보장 범위 의료: <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요 치과: <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요 안과: <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 보험 회사 이름:		이전 보장 시작일 (월/일/년): / /		
이전 보장 종료일 (월/일/년): / /	보장 종료 이유:	그룹 번호/ 약관 ID 번호:	귀하의 피부양자의 기본 보장입니까? <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요	보장 범위 의료: <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요 치과: <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요 안과: <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 우발적 수혜자에 대해 별도의 용지를 첨부해 주십시오.)

생명/AD&D 보장:  예  아니요

생명 보험 수혜자(전체 이름):	관계:	%
생명 보험 수혜자(전체 이름):	관계:	%
생명 보험 수혜자(전체 이름):	관계:	%
생명 보험 수혜자(전체 이름):	관계:	%

## 7. 보장 거절 (귀하 또는 적격한 피부양자의 보장을 거절하는 경우 이 섹션을 작성해주시시오.)

### 직원 개인 정보

성:	이름:	중간 이름 이니셜:	사회 보장 번호/Matricular ID 번호:
의료 보장 거절 대상: <input type="checkbox"/> 본인 <input type="checkbox"/> 배우자 <input type="checkbox"/> 동거인 <input type="checkbox"/> 피부양자(들) 이름(들): _____	이유: <input type="checkbox"/> 본 고용주를 통한 기타 그룹 보장 <input type="checkbox"/> 개인 보장 <input type="checkbox"/> 다른 그룹에 의한 기타 그룹 보장(예들 들어 배우자의 고용주) <input type="checkbox"/> 기타: _____		
의료 보장 거절 대상: <input type="checkbox"/> 본인 <input type="checkbox"/> 배우자 <input type="checkbox"/> 동거인 <input type="checkbox"/> 피부양자(들) 이름(들): _____	이유: <input type="checkbox"/> 본 고용주를 통한 기타 그룹 보장 <input type="checkbox"/> 개인 보장 <input type="checkbox"/> 다른 그룹에 의한 기타 그룹 보장(예들 들어 배우자의 고용주) <input type="checkbox"/> 기타: _____		
의료 보장 거절 대상: <input type="checkbox"/> 본인 <input type="checkbox"/> 배우자 <input type="checkbox"/> 동거인 <input type="checkbox"/> 피부양자(들) 이름(들): _____	이유: <input type="checkbox"/> 본 고용주를 통한 기타 그룹 보장 <input type="checkbox"/> 개인 보장 <input type="checkbox"/> 다른 그룹에 의한 기타 그룹 보장(예들 들어 배우자의 고용주) <input type="checkbox"/> 기타: _____		

### 보장을 거절하는 경우 - 작성을 멈추고 주의 깊게 읽어 보십시오

본인은 본인 및/또는 본인의 피부양자(들)를 위한 보장을 거절하기로 결정하였습니다. 본인은 본인과 본인의 피부양자들이 다음 연간 등록 기간 또는 적격한 사유 발생으로 인한 특별 가입 기간까지 가입을 위해 기다려야 할 수 있음을 이해합니다. 본인은 본인의 고용주로부터 이용 가능한 보장에 대한 설명을 들었고 본인은 이용 가능한 보장을 신청할 기회를 가졌었습니다. 또한 본인은 아래에 서명함으로써 보장을 거절하는 이유가 위에 체크 표시한 사항과 일치함을 확인합니다.

직원 서명: \_\_\_\_\_ 날짜: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
(보장을 거절하는 경우에만 서명하십시오. 실수로 서명한 경우, 선을 그어 지우고 이름의 첫 글자(이니셜)를 쓰십시오.)

## 8. 보장 수락(서명 필수)

캘리포니아법은 건강 보험 회사들이 건강 보험 보장의 조건으로 HIV 검사를 요구하거나 이용할 수 없도록 금지하고 있습니다.

**확인 및 동의:** 본인은 Health Net 및/또는 DBP의 서비스에 가입 또는 서비스를 수락함으로써 본인 및 가입된 피부양자가 플랜 계약 또는 보험 약관의 조건 및 규정을 이해하고 준수할 책임이 있다는 것을 이해하고 동의합니다.<sup>4</sup> 본인은 본 신청서 약관을 읽고 이해하였으며 신청서에 작성한 정보가 본인이 아는 한 사실과 다름이 없으며 약관을 수락하기에 아래와 같이 서명합니다.

**구속력 있는 중재 합의:** 본인, 즉 신청자는 45 CFR 147.136에 명시된 대로 불리한 **혜택 결정에 관한 분쟁을 제외하고 본인(본인의 가입된 가족 또는 상속자 또는 개인 대리인 포함)과 Health Net 사이의 어떠한 그리고 모든 분쟁은 배심원 또는 재판 대신 개인적이고 최종적이며 구속력 있는 중재로 제출되어야 하며 집단 중재에 대한 모든 권리를 포기함을 이해하고 이에 동의합니다.** 본 중재에 대한 합의는 보험 보장 증서 또는 보험 증명서와 관련된 모든 분쟁 또는 모든 법률에 규정된 본인의 Health Net 가입자 자격 또는 보장에 적용됩니다. 분쟁에 대한 본 중재 합의는 의료 공급자 또는 그에 속한 에이전트 또는 직원과 같은 제삼자가 분쟁에 관계된 경우에도 적용됩니다. 본인은 모든 분쟁을 개인적이고 최종적이며 구속력 있는 중재를 통해 해결하는 것에 동의함으로써 Health Net을 포함한 모든 당사자들이 분쟁을 배심원이 있는 법원에서 판결받을 수 있는 헌법적 권리를 포기하는 것임을 이해하고 있습니다. 본인은 또한 의료 사고(제공된 의료 서비스가 불필요하거나 승인되지 않았거나 부적절했거나 부주의하게 또는 불완전하게 제공되었는지 여부)에 대한 주장과 관련해 Health Net에 제기할 수 있는 모든 분쟁 역시 최종적이며 구속력 있는 중재의 적용을 받는다는 것을 이해하고 있습니다. 본인은 중재에 대한 자세한 규정이 보험 보장 증서 또는 보험 증명서에 포함되어 있다는 것을 이해하고 있습니다. 아래 본인의 서명은 본인이 구속력 있는 중재의 조건을 이해하고 그에 동의하며 재판소 대신 구속력 있는 중재에 모든 분쟁을 제출하는 것에 동의함을 의미합니다.

직원 서명: \_\_\_\_\_ 날짜: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
(보장을 수락하는 경우에만 서명하십시오. 실수로 서명한 경우, 선을 그어 지우고 이름의 첫 글자(이니셜)를 쓰십시오.)

<sup>4</sup>“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 약관”은 Health Net Life Insurance Company 그룹 약관 및 보험 증명서를 의미합니다.

양식을 작성하는 데 도움이 필요하거나 귀하의 보장에 관해 질문이 있는 경우, 아래 무료 전화번호를 이용해 Health Net 가입자 서비스로 문의하십시오.

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, 안과 또는 생명 보장에 관해 질문이 있는 경우, 다음 전화번호로 문의하십시오.

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

귀하의 참여 의사 그룹(PPG) 또는 주치의(PCP)에 대한 질문은 참여 의사 그룹(PPG)에 직접, 또는 Health Net 공급자 서비스 800-641-7761번으로 문의하십시오.

정식 ID 카드가 나올 때까지 Health Net 가입 양식의 사본을 임시 ID 카드로 이용할 수 있습니다.

## 응급 및 긴급하게 필요한 진료

- 생명이 위독하거나 응급상황인 경우: 911에 전화하거나 가장 가까운 병원으로 가십시오.
- 상태가 심각하지 않은 경우: 주치의 또는 의사 그룹에 전화할 수 없거나 의료적 진료가 즉시 필요한 경우, 가까운 병원 또는 긴급 의료 센터/시설로 가십시오.
- 귀하의 의사 그룹 서비스 지역 외에 있는 경우: 가장 가까운 병원 또는 의료 센터로 가거나 911에 전화하십시오. 어떤 경우라도 주치의 또는 참여 의사 그룹에 가능한 한 신속히 연락해 귀하의 상태를 알려십시오.
- 입원 후 48시간 이내 또는 가능한 한 빠른 시간 내에 귀하의 ID 카드에 있는 전화번호로 전화하십시오.

## 사전 인증

귀하는 가입자로서 특정 서비스에 대해 인증을 받아야 할 책임이 있습니다. 플랜 증명서에서 인증을 받아야 하는 서비스 목록을 확인하십시오. **사전 인증은 800-522-0088번으로 전화하십시오.**

## 장애 상태

귀하 또는 귀하의 가족이 이전 건강 보험의 보장이 종료되는 날 장애를 갖게 되었고, 고용주의 보험 약관의 종료로 인해 보장이 상실된 경우, 캘리포니아 보험 규정(California Insurance Code) 섹션 10128에 따라 건강 보장 혜택의 연장을 받을 자격이 있습니다. 이 법에 따라, 이전 보험사는 다음 중 먼저 발생하는 사건의 시점까지 보장의 책임이 있습니다. (a) 가입자가 더 이상 완전히 장애가 아님, (b) 이전 보장에서 최대 혜택 금액을 지급한 경우, 또는 (c) 이전 보험사의 보장 종료일로부터 연속 12개월이 지난 경우.

## 상품/주체

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) 및 Select POS.

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

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

Health Net Life Insurance Company에서 인수하고 EyeMed Vision Care, LLC 및 Envolve Vision, Inc.에서 운영하는 상품: PPO 안과.

## 보장 거절

다른 건강 보험에서 보장을 받아서 본인 또는 적격한 피부양자의 보장을 거절하였으나 다른 건강 보험의 보장을 상실한 경우, 또는 결혼, 동거인, 출산, 입양, 입양 채택 또는 친자관계 추정 등으로 새로운 피부양자가 생긴 경우, 귀하와 피부양자는 특별 가입을 신청할 권리가 있을 수 있습니다. 특별 가입은 보장 상실 또는 새로운 피부양자가 생긴 지 30일 이내에 신청해야 합니다.

## 차별 금지 공지

캘리포니아주 비차별 요구사항(혜택 보장 서류에 설명) 이외에도 Health Net of California, Inc.(Health Net)는 적용되는 연방 인권법을 준수하고 인종, 피부색, 출신 국가, 조상, 종교, 결혼 여부, 성적체성, 성적 성향, 연령, 장애 또는 성별을 근거로 차별하거나 제외하거나 또는 다르게 대하지 않습니다.

### HEALTH NET은 다음을 제공합니다.

- 장애가 있으신 분들이 저희와 원활한 의사소통을 하실 수 있도록 자격을 갖춘 수화 통역사 및 기타 형식(대형 활자 인쇄본, 이용 가능한 전자 형식 및 기타)으로 작성된 정보 등 무료 지원 및 서비스.
- 영어가 주 언어가 아닌 분들을 위해 자격을 갖춘 통역사 및 기타 언어로 작성된 정보 등 무료 언어 서비스.

이러한 서비스가 필요하신 경우 Health Net 고객 서비스 센터로 연락하십시오.

**개인 및 가족 플랜(IFP) 가입자 On Exchange/Covered California** 1-888-926-4988(TTY: 711)

**개인 및 가족 플랜(IFP) 가입자 Off Exchange** 1-800-839-2172(TTY: 711)

**개인 및 가족 플랜(IFP) 신청자** 1-877-609-8711(TTY: 711)

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

Health Net이 이러한 서비스를 제공하지 못했거나 상기의 요인 중 하나를 근거로 차별했다고 생각하시는 경우 상기의 번호를 이용해 Health Net의 고객 서비스 센터로 전화해 불만 사항을 제기하는 데 도움이 필요하다고 말씀하십시오. Health Net의 고객 서비스 센터는 귀하께서 불만 사항을 제기하는 데 도움을 드릴 수 있습니다. 또한 우편, 팩스 또는 이메일로 불만 사항을 제출하실 수 있습니다.

Health Net of California, Inc. Appeals & Grievances

PO Box 10348

Van Nuys, CA 91410-0348

팩스: 1-877-831-6019

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

[Non-Member.Discrimination.Complaints@healthnet.com](mailto:Non-Member.Discrimination.Complaints@healthnet.com)(신청자)

귀하의 건강 문제가 긴급한 경우, 귀하가 이미 Health Net of California, Inc.에 불편 사항을 신청하고 그 결과에 만족하지 않는 경우 또는 Health Net of California, Inc.에 불편 사항을 신청한지 30일 이상이 지난 경우 보건 관리부(Department of Managed Health Care, DMHC)에 독립 의료 심사/불편 사항 양식(Independent Medical Review/Complaint Form)을 제출하실 수 있습니다. 1-888-466-2219(TDD: 1-877-688-9891)번을 이용해 보건 관리부(DMHC) 헬프 데스크(Help Desk)로 전화하거나 [www.dmhc.ca.gov/FileaComplaint](http://www.dmhc.ca.gov/FileaComplaint)에서 온라인으로 불편 사항 양식을 제출하실 수 있습니다.

인종, 피부색, 출신 국가, 연령, 장애 또는 성별 때문에 차별을 당했다고 생각하시는 경우 <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>에서 인권 사무국 (Office for Civil Rights, OCR) 불편 사항 포털을 통해 전자적으로 미 보건후생부(U.S. Department of Health and Human Services) 인권 사무국(OCR)으로 인권 불편 사항을 제기하거나 다음 주소 또는 전화번호를 이용하실 수 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 신고서는 <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>에서 이용하실 수 있습니다.

이 페이지는 여백으로 남겨두십시오.



## 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 ប្រសិនបើលោកអ្នកមានប័ណ្ណសម្គាល់ខ្លួន សូមហៅទូរស័ព្ទទៅកាន់  
លេខរបស់មជ្ឈមណ្ឌលទំនាក់ទំនងអតិថិជន។ អ្នកដាក់ពាក្យសុំគម្រោងជាក្រុមដែលជាបុគ្គលិក សូមហៅទូរស័ព្ទទៅ  
កាន់មជ្ឈមណ្ឌលទំនាក់ទំនងរបស់ Health Net តាមរយៈលេខ 1-800-522-0088 (TTY: 711)។ អ្នកដាក់ពាក្យសុំ  
គម្រោងជាលក្ខណៈបុគ្គល និងក្រុមគ្រួសារ (IFP) សូមហៅទូរស័ព្ទទៅកាន់លេខ 1-877-609-8711 (TTY: 711)។

**Korean**

무료 언어 서비스입니다. 통역 서비스를 받으실 수 있습니다. 문서 낭독 서비스를 받으실 수 있으며  
일부 서비스는 귀하가 구사하는 언어로 제공됩니다. 도움이 필요하시면 ID 카드에 수록된 번호로  
고객서비스 센터에 연락하십시오. 고용주 그룹 신청인의 경우 Health Net의 상업 고객서비스 센터에  
1-800-522-0088(TTY: 711)번으로 전화해 주십시오. 개인 및 가족 플랜(IFP) 신청인의 경우  
1-877-609-8711(TTY: 711)번으로 전화해 주십시오.

**Navajo**

Doo bą́ą́h ílínígóó saad bee háká ada'iiyeed. Ata' halne'ígíí da ła' ná hádííoot'ííł. Naaltsos da t'áá  
shí shizaad k'ehjí shichí' yídooltaah nínízingo t'áá ná ákódoolníł. Ákót'éego shíká a'doowoł nínízingo  
Customer Contact Center hoolyéíhíjí' hodííłnih ninaaltsos nanítingo bee néého'dolzinígíí hodoonihjí'  
bikáá'. Naaltsos nehíłtsóosgo naanish bá dahikahígíí éí kojí' hodííłnih Health Net's Commercial  
Contact Center 1-800-522-0088 (TTY: 711). T'áá hó dóó ha'átchíní (IFP) báhígíí éí kojí' hojilnih  
1-877-609-8711 (TTY: 711).

**Persian (Farsi)**

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

**Punjabi (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-emplo, 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).

