

Health Net 2020 年個人投保登記表



如果您需要其他語言或形式（點字）的資訊，請聯絡 Health Net。

若要投保 Health Net，請提供下列資訊：

請勾選您想投保的計畫。

Health Net Gold Select (HMO)²

（包括處方藥承保）

H0562 – 101 – 001：
Los Angeles 和 Orange counties, CA
每月 \$0

H0562 – 101 – 002：
Riverside 和 San Bernardino counties, CA
每月 \$0

Health Net Seniority Plus Sapphire Premier (HMO)²

（包括處方藥承保）

H3561 – 002：
Alameda、Fresno、Kern、Los Angeles、Orange、San Diego、San Francisco 和 Tulare counties, CA
每月 \$32

H3561 – 004：
Imperial、Riverside 和 San Bernardino counties, CA
每月 \$32

Health Net Seniority Plus Sapphire Premier II (HMO)²

（包括處方藥承保）

H3561 – 005：
Alameda、Fresno、Kern、Los Angeles、Orange、San Diego、San Francisco 和 Tulare counties, CA
每月 \$32

H3561 – 006：
Imperial、Riverside 和 San Bernardino counties, CA
每月 \$32

Health Net Seniority Plus Ruby (HMO)

（包括處方藥承保）

H0562 – 079：
Kern County, CA
每月 \$0

Health Net Ruby Select (HMO)

（包括處方藥承保）

H0562 – 097：
San Francisco County, CA
每月 \$0

H0562 – 103：
Yolo County, CA
每月 \$0

Health Net Ruby Select (HMO)²

（包括處方藥承保）

H0562 – 112：
Fresno County, CA
每月 \$0

H0562 – 113：
Alameda County, CA
每月 \$69

²此計劃不提供選擇性補充組合。

白色聯 – Health Net 黃色聯 – 會員

Y0020_20_12590FORM_CHI_C_FINAL_14256 Approved 06192019

第 1 頁，共 12 頁



若要投保 Health Net，請提供下列資訊：

請勾選您想投保的計畫。

Health Net Healthy Heart (HMO)

(包括處方藥承保)

- H0562 – 012 :
San Diego County, CA 每月 \$0
- H0562 – 090 :
Fresno County, CA 每月 \$0
- H0562 – 120 :
Santa Clara 和 Stanislaus counties, CA
每月 \$0
- H0562 – 100 – 001 :
Los Angeles 及 Orange counties, CA
每月 \$16
- H0562 – 100 – 002 :
Riverside 和 San Bernardino counties, CA
每月 \$16
- H0562 – 119 :
Imperial County, CA 每月 \$29
- H0562 – 039 :
Yolo County, CA 每月 \$98
- H0562 – 009 :
San Francisco County, CA 每月 \$124
- H0562 – 068 :
Alameda 和 Stanislaus counties, CA
每月 \$124
- H0562 – 084 :
Placer 和 Sacramento counties, CA
每月 \$166

Health Net Jade (HMO C-SNP)^{1,2}

(心血管疾病、慢性心臟衰竭 (CHF)、糖尿病/
包括處方藥承保)

- H0562 – 092 :
Kern、Los Angeles 和 Orange counties, CA
每月 \$0
- H0562 – 118 :
Fresno County, CA 每月 \$0

Health Net Jade (HMO C-SNP)¹

(心血管疾病、慢性心臟衰竭 (CHF)、糖尿
病/包括處方藥承保)

- H0562 – 114 :
San Diego County, CA 每月 \$0
- H0562 – 117 :
San Francisco County, CA 每月 \$0

Health Net Seniority Plus Amber I

(HMO D-SNP)^{1,2}

(包括處方藥承保)

- H0562 – 055 :
Fresno、Kern、Los Angeles、Orange、Riverside、San Bernardino、San Diego、San Francisco 和 Tulare counties, CA
每月 \$0-\$32*

Health Net Seniority Plus Amber II

(HMO D-SNP)^{1,2}

(包括處方藥承保)

- H0562 – 121 :
Fresno、Kern、Los Angeles、Orange、Riverside、San Bernardino、San Diego、San Francisco 和 Tulare counties, CA
每月 \$0-\$32*

Health Net Seniority Plus Sapphire (HMO)²

(包括處方藥承保)

- H0562 – 122 :
Kern、Los Angeles、Orange、Riverside、San Bernardino、San Diego、Santa Clara 和 Stanislaus counties, CA 每月 \$0

¹您必須符合特定投保條件才能投保本計畫。

²此計畫不提供選擇性補充組合。

*實際保費將根據低收入補助狀態而定。

白色聯 – Health Net

黃色聯 – 會員



若要投保 Health Net，請提供下列資訊：

請勾選您想投保的計畫。

Health Net Seniority Plus Amber II Premier

(HMO D-SNP)^{1,2}

(包括處方藥承保)

H3561 – 001：

Fresno County, CA

每月 \$0-\$32*

Health Net Seniority Plus Green (HMO)²

(不包括處方藥承保)

H0562 – 044：

Los Angeles、Riverside 和 San Bernardino
counties, CA 每月 \$0

Health Net Seniority Plus Green (HMO)

(不包括處方藥承保)

H0562 – 045：

Alameda、Placer、Sacramento 和 Stanislaus
counties, CA 每月 \$139

¹您必須符合特定投保條件才能投保本計畫。

²此計畫不提供選擇性補充組合。

*實際保費將根據低收入補助狀態而定。

白色聯 – Health Net

黃色聯 – 會員



需另繳月保費的自選附加福利：

Health Net Seniority Plus Green (HMO) H0562 – 045

Health Net Healthy Heart (HMO) H0562 – 068, 090, 100 – 001 and 100 – 002：

選擇一項：

- Health Net Total Fit plus： 每月 \$20 或：
 Health Net Total Fitness FLEX： 每月 \$35

Health Net Seniority Plus Ruby (HMO) H0562 – 079

Health Net Ruby Select (HMO) H0562 – 103：

選擇一項：

- Health Net TotalFit： 每月 \$14 或：
 Health Net FLEX Total-Fit： 每月 \$30

Health Net Jade (HMO C-SNP) H0562 – 117

Health Net Healthy Heart (HMO) H0562 – 120：

- Health Net Enhanced Dental： 每月 \$8

Health Net Healthy Heart (HMO) H0562 – 039：

- Health Net Essentials： 每月 \$9

Health Net Healthy Heart (HMO) H0562 – 084：

- Health Net Fit： 每月 \$12

Health Net Healthy Heart (HMO) H0562 – 009：

- Health Net Fit plus： 每月 \$32

Health Net Healthy Heart (HMO) H0562 – 012

Health Net Ruby Select (HMO) H0562 – 097

Health Net Jade (HMO C-SNP) H0562 – 114：

選擇一項：

- Health Net Total： 每月 \$11 或：
 Health Net Total FLEX： 每月 \$28

Health Net Healthy Heart (HMO) H0562 – 119：

- Health Net Total： 每月 \$11

計畫月保費金額（包含自選附加組合保費金額）

\$

請求的生效日期

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

月 月 日 日 年 年 年 年



若要投保 Health Net，請提供下列資訊：

姓氏	名字	中間名 首字母	<input type="checkbox"/> 先生 <input type="checkbox"/> 太太 <input type="checkbox"/> 女士
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
出生日期	性別	住家電話號碼	
<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性	<input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/>	
月 月 日 日 年 年 年 年		其他電話號碼	
永久居住地址 (不可填郵政信箱)		<input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/>	

<input type="text"/>			
城市	郡	州	郵遞區號
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

郵寄地址 (僅當與您的永久居住地址不同時填寫)

街道地址			
<input type="text"/>			
城市		州	郵遞區號
<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>

電子郵件地址 (選填)

<input type="text"/>

緊急聯絡人	電話號碼	與您的關係
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

請提供您的 Medicare 保險資訊

填寫本部分時請拿出您的紅、白、藍 Medicare 會員卡。
• 此部分請按照您的 Medicare 會員卡上所列的資訊填寫。
-或是-
• 請附上您的 Medicare 會員卡或是社會安全局或鐵路職工退休管理局來函的影本。

姓名 (如同您的 Medicare 會員卡上所示)	
<input type="text"/>	
Medicare 編號	
<input type="text"/>	
有權享有：	生效日期
住院 (A 部分)	<input type="text"/>
	月 月 日 日 年 年 年 年
醫療 (B 部分)	<input type="text"/>
	月 月 日 日 年 年 年 年
您必須擁有 Medicare A 部分和 B 部分才能加入 Medicare Advantage 計畫。	



繳納您的計畫保費

對於無保費的 Medicare Advantage 處方藥計畫：如果我們判定您積欠延遲投保罰款（或是如果您目前有延遲投保罰款待繳），我們需要知道您希望採用的繳納方式。您可以每月透過郵寄、電子轉帳 (EFT) 或信用卡的方式繳納。您也可以選擇每月從您的社會安全局或鐵路職工退休管理局 (RRB) 福利支票自動扣款來繳納保費。如果您被徵收 D 部分的按收入調整月費 (Income related Monthly Adjustment Amount) 的費用，社會安全局將會通知您。除了您的計畫保費以外，您將還需負責繳納這筆額外的費用。您可以選擇從社會安全局福利支票中扣除這筆金額，或是由 Medicare 或 RRB 直接寄送帳單給您。請勿向 Health Net 繳納 D 部分的按收入調整月費 (IRMAA) 的費用。

有保費計畫均適用：您可以每月透過郵寄、電子轉帳 (EFT) 或信用卡的方式來繳納月保費（包括任何待繳或積欠的延遲投保罰款）。您也可以選擇每月從您的社會安全局或鐵路職工退休管理局 (RRB) 福利支票自動扣款來繳納保費。如果您被徵收 D 部分按收入調整月費的費用，社會安全局將會通知您。除了您的計畫保費以外，您將還需負責繳納這筆額外的費用。您可以選擇從社會安全福利支票扣除這筆金額，或是由 Medicare 或鐵路職工退休管理局直接寄送帳單給您。請勿向 Health Net 繳納 D 部分的按收入調整月費 (IRMAA) 的費用。

收入有限的民眾可能有資格獲得額外協助，以支付其處方藥費用。如果您符合資格，Medicare 有可能給付您 75% 或以上的藥物費用，包括處方藥的月保費、年度自付額和共同保險金。此外，符合資格的人士將不會有承保缺口或延遲投保罰款。有許多人符合這些資格，但卻完全一無所知。如需更多有關額外協助的資訊，請與您當地的社會安全局辦公室聯絡，或者致電 1-800-772-1213 與社會安全局聯絡。聽障專線使用者請致電 1-800-325-0778。您也可以上網申請額外協助，網址為 www.socialsecurity.gov/prescriptionhelp。

如果您有資格獲得額外協助，支付您 Medicare 處方藥的承保費用，那麼 Medicare 會給付您全部或部分的計畫保費。如果 Medicare 僅給付一部分的保費，那麼我們將會向你收取 Medicare 未給付的部分。

如果您沒有選擇繳費方式，您將會每月收到帳單。

請選擇一種繳納保費的方式：

- 收到帳單
- 從您每月的社會安全局或鐵路職工退休管理局 (RRB) 福利支票自動扣款。我從以下來源獲得每月福利： 社會安全局 RRB

(社會安全局／RRB 核准自動扣繳後，可能需要兩個月或更久的時間才會開始進行扣繳。在大多數情況下，如果社會安全局或 RRB 接受您自動扣款的要求，那麼第一次從您的社會安全局或 RRB 福利支票扣款時，會包括從您投保生效日期起，直到扣繳開始為止這段期間所有的應繳保費。如果社會安全局或 RRB 沒有核准您自動扣款的要求，我們將會寄給您紙本的月保費帳單。)



請閱讀並回答這些重要問題：

1. 您是否患有末期腎臟病 (ESRD)？ 是 否
如果您的腎臟移植手術成功，和/或不再需要定期洗腎，請附上一份醫師開立的證明或記錄，證明您的腎臟移植成功，或者您不需要洗腎，否則我們可能需要與您聯絡以取得更多的資訊。

2. 有些人可能會有其他藥物承保，包括其他私人保險、三軍醫療照護改革計畫 (TRICARE)、聯邦雇員健康福利承保、退伍軍人福利或州政府藥品輔助方案。

除了 Health Net 外，您是否將會有其他處方藥物承保？

是 否

如果答案為「是」，請列出您的其他承保和您在該承保的會員號碼 (ID)：

其他承保名稱

該承保的會員編號

該承保的團體編號

3. 您是否居住在療養院等長期照護機構？ 是 否

如果答案為「是」，請提供以下資訊：

機構名稱

機構電話號碼

機構地址 (門牌號碼和街名)

4. 您是否投保您的州政府 Medicaid 計畫？ 是 否

如果答案為「是」，請提供您的 Medicaid 號碼：

5. 您或您的配偶是否有工作？ 是 否

6. 您是否有心血管疾病、慢性心臟衰竭 (CHF) 和/或糖尿病？

是 否

請選擇主治醫師 (PCP)、診所或是健康中心的名稱：

如果您希望我們提供給您的資訊是以英文以外的語言或無障礙格式呈現，請勾選以下其中一個方框：

語音版 大字版 西班牙文 中文

如果您需要的無障礙格式或未列於此的語言版本，請致電 1-800-275-4737 (HMO)、1-800-431-9007 (HMO SNP) 與 Health Net 聯絡。我們的服務時間是從 10 月 1 日起至 3 月 31 日止，您可於每週 7 天的上午 8 點至晚上 8 點致電與我們聯絡。從 4 月 1 日至 9 月 30 日，您可在星期一至星期五的上午 8 點至晚上 8 點致電與我們聯絡。在非營業時間、週末及聯邦法定假日，我們將會使用留言系統。聽障專線使用者請致電 711。

您是否願意藉由電子郵件接收 Health Net 的資料？ 是 否

如果願意，我們將寄送電子郵件至您提供的地址，內含線上接收您的福利資料的連結。

白色聯 - Health Net

黃色聯 - 會員





請閱讀此部分重要資訊

如果您目前擁有僱主或工會提供的健康承保，加入 Health Net 可能會影響到您的僱主或工會健康福利。如果您加入 Health Net，您可能喪失您的僱主或工會健康承保。請閱讀您的僱主或工會寄給您的通訊文件。如果您有疑問，請到他們的網站查詢，或與通訊文件上所列的辦事處聯絡。如果沒有任何聯絡人資訊，那麼您的福利管理者或負責回答有關您承保問題的辦事處可以協助您。

請閱讀並於下方簽名

填寫完本投保申請表即表示本人同意下列事項：

Health Net 是一項 Medicare Advantage 計畫，與聯邦政府簽有合約。本人需保留本人 Medicare 的 A 部分和 B 部分。本人一次只能加入一個 Medicare Advantage 計畫，而且本人瞭解，投保此計畫會自動終止本人在其他 Medicare 健康計畫或處方藥計畫的投保。本人有責任通知貴公司本人目前擁有或未來可能會取得的任何處方藥承保。本人瞭解，如果本人沒有 Medicare 處方藥承保或 (和 Medicare 一樣好的) 可替代處方藥承保，本人未來投保 Medicare 處方藥承保時可能必須繳納延遲投保罰款。通常本計畫每次投保的年期為一年。一旦本人投保，本人僅能在一年中某些可以投保的特定時期（例如：每年的 10 月 15 日 - 12 月 7 日），或在特殊情況下才能離開本計畫或變更。

Health Net 在特定服務區域提供服務。如果本人搬離 Health Net 的服務區域，本人必須通知計畫服務中心才能退保並在新區域找尋新的計畫。本人成為 Health Net 的會員後，如果對於計畫有關給付或服務的決定有異議，本人有權提出上訴。本人收到 Health Net 提供的承保範圍證明文件後將會閱讀其中內容，瞭解本人須遵守哪些規定才能獲得此 Medicare Advantage 計畫的承保。本人瞭解，Medicare 的保戶在美國境外時通常不在 Medicare 的承保範圍，只有在美國邊境附近時才有可能取得有限度的承保。

本人瞭解，從 Health Net 開始承保當天起，本人所有的健康照護均必須自 Health Net 取得，唯有需要急診或緊急需求服務或區域外洗腎服務時則不在此限。經 Health Net 授權的服務，以及我的 Health Net 承保範圍證明文件（亦稱為會員合約或投保人協議書）中包括的其他服務，都屬於承保範圍。如未取得授權，**MEDICARE 和 HEALTH NET 都不會給付相關的服務費用。**

本人瞭解，如果本人得到銷售代理人、經紀人或 Health Net 所雇用或約聘之其他人員的協助，這些人可能會因為我投保 Health Net 而獲得報酬。



資訊公開：加入此 Medicare 健保計畫，即表示本人確認，Health Net 會基於治療、給付和醫療保健運作之所需，而將我的資訊提供給 Medicare 和其他計畫。本人也確認，Health Net 會向 Medicare 公開本人的資訊（包括處方藥的使用記錄），而 Medicare 也可以在遵循所有適用的聯邦法律和法規之情況下，基於研究與其他目的而將資訊公開。據本人所知，本投保登記表上所載資訊均正確無誤。本人瞭解，若本人蓄意在本申請表中提供錯誤資訊，本人將會被計畫退保。

本人瞭解，本人（或依據本人居住州的法律授權代表本人行使權利的人士）在此申請表上簽名即代表本人已經閱讀並瞭解本申請表的內容。如果是由授權人代理簽名（如上所述），此簽名即證明：1) 此人係依據州政府法律授權完成填寫此投保單，而且 2) 此授權的相關文件可基於要求提供給 Medicare。

今天日期

--	--	--	--	--	--

月 月 日 日 年 年 年 年

簽名

如果您是授權代表，您必須在上方簽名並提供下列資訊：

姓名

--

地址

--

電話號碼

與計畫參加者的關係

	-		-		
--	---	--	---	--	--

白色聯 - Health Net

黃色聯 - 會員



OFFICE USE ONLY:

Name of staff member/agent/broker (if assisted in enrollment):

Plan ID #: **Effective date of coverage:**

M M D D Y Y Y Y

ICEP/IEP AEP SEP (type):

Not eligible

Health Net sales representative/Authorized agent

(individual sales representative/agent who completed the application)

Agent type (select one): Authorized agent Health Net employee

Complete section below:

Sales rep/Agent name

Sales rep/Agent NPN #

Agency/FMO affiliation:
(if applicable)

Agent ID#:

This information must match your approved Health Net licensing records.

Agent phone #: - -

Email

Agency/FMO phone # (if applicable)

- -

Sales representative/authorized agent application receipt date:

(Applications must be received at Health Net within
1 calendar day of this date.)

M M D D Y Y Y Y

Application receipt location: Appointment Sales event Walk-in

Other (specify):

Provider information for HMO plans:

PCP name:

PCP NPI:

PPG name:

PPG ID:

Is PCP/PPG selected accepted for the plan chosen? Yes No

Current patient? Yes No

Broker Application Submissions: Sales representative/Agent must fax the Scope of Appointment and Enrollment Forms to 1-844-222-3180.



一般而言，您只能在每年 10 月 15 日到 12 月 7 日的年度投保期間投保 Medicare Advantage 計畫。有一些例外情況可允許您在這段期間以外的時間投保 Medicare Advantage 計畫。

請仔細閱讀以下敘述，如果敘述內容符合您的情況，請勾選方框。只要您勾選以下任一方框，即證明盡您所知，您符合投保期間的資格。如果我們之後確定此處資訊有誤，您可能會被退保。

- 我才剛加入 Medicare 。
- 我投保了 Medicare Advantage 計畫，且希望在 Medicare Advantage 開放投保期間 (MA OEP) 變更。
- 我最近剛搬離目前計畫的服務區域，或是我最近剛搬家，而這項計畫對我是一項新選擇。我搬家的日期是 (填入日期) 。

月	月	日	日	年	年	年	年
- 我剛出獄。我被釋放的日期是 (填入日期) 。

月	月	日	日	年	年	年	年
- 我在美國境外長期居住，最近才搬回國。我回到美國的日期是 (填入日期) 。

月	月	日	日	年	年	年	年
- 我剛獲得美國的合法居留狀態。我獲得此狀態的日期是 (填入日期) 。

月	月	日	日	年	年	年	年
- 我的 Medicaid 狀態最近有所變更 (剛獲得 Medicaid、Medicaid 協助層級有變更，或失去 Medicaid) 且變更日期是 (填入日期) 。

月	月	日	日	年	年	年	年
- 我的支付 Medicare 處方藥承保的額外協助有所變更 (剛獲得額外協助、額外協助層級有變更、或失去額外協助) 且變更日期是 (填入日期) 。

月	月	日	日	年	年	年	年
- 我同時擁有 Medicare 和 Medicaid (或我的州政府協助支付我的 Medicare 保費)，或是我獲得額外協助來支付我的 Medicare 處方藥承保，但我尚未變更。
- 本人即將搬入、目前住在或最近剛搬離長期照護機構 (如療養院或長期照護機構)。本人當初/即將搬入/搬離該機構的日期是 (填入日期) 。

月	月	日	日	年	年	年	年
- 我最近退出 PACE 方案的日期是 (填入日期) 。

月	月	日	日	年	年	年	年
- 我最近非自願喪失了我的可替代處方藥承保 (其承保範圍和 Medicare 的一樣好)。我喪失藥品承保的日期是 (填入日期) 。

月	月	日	日	年	年	年	年
- 我即將退出雇主或工會承保的日期是 (填入日期) 。

月	月	日	日	年	年	年	年
- 我屬於我所在州政府提供的藥房輔助方案。
- 我的計畫即將終止與 Medicare 的合約，或是 Medicare 即將終止與該計畫的合約。



- 本人之前由 Medicare（或我所在州的政府）為我投保計畫，而
我現在希望選擇不同的計畫。我投保該計畫的日期開始於
(填入日期)。
- 我曾經投保特殊需求計畫 (Special Needs Plan, SNP)，但是現在
已經喪失投保該計畫必須具備的特殊需求資格。我從 SNP 退保
的日期是 (填入日期)。
- 我是氣候相關緊急狀況或重大災害受災戶（依照聯邦緊急事務管理署 (FEMA) 所公告）。
此處其他聲明的其中一項適用於我，但我因遭受天災而無法投保。
- 我有慢性或造成失能的病況，且我即將在慢性病特殊需求計畫 (C-SNP) 特殊投保期間
(SEP) 投保或轉換計畫。

如果上述內容都不符合您的情況，或如果您不確定，請聯絡 Health Net 以瞭解您是否符合投保的資格，電話：1-800-275-4737 (HMO)、1-800-431-9007 (HMO SNP)（聽障專線使用者請致電 711）。我們的服務時間是從 10 月 1 日起至 3 月 31 日止，您可於每週 7 天的上午 8 點至晚上 8 點致電與我們聯絡。從 4 月 1 日至 9 月 30 日，您可在星期一至星期五的上午 8 點至晚上 8 點致電與我們聯絡。在非營業時間、週末及聯邦法定假日，我們將會使用留言系統。

您必須繼續支付 Medicare B 部分的保費。但是，若為完整雙重資格的受益人，只要您的 Medicaid 資格持續有效，州政府將支付您的 B 部分保費。

Health Net 與 Medicare 以及州 Medicaid 方案簽有合約，得以提供 HMO 和 HMO SNP 計畫。投保 Health Net 需視合約續約情況而定。

ATENCIÓN: Si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al HMO: 1-800-275-4737 (聽障專線：711)，HMO SNP：1-800-431-9007 (聽障專線：711)

注意：如果您說中文，您可以獲得免費的語言協助服務。請致電 HMO: 1-800-275-4737 (聽障電話：711), HMO SNP: 1-800-431-9007 (聽障電話：711)

FRM031608CK00 (7/19)

白色聯 – Health Net 黃色聯 – 會員



