

若您需要另一種語言或格式（盲文）的資訊，請聯絡 Health Net。

若要加入 Health Net，請提供以下資訊：

請勾選您要參加的計劃。

Health Net Gold Select²

- H0562-101-001：
洛杉磯郡和橘郡 每月 \$0
- H0562-101-002：
河濱郡和聖伯納迪諾郡 每月 \$0

Health Net Seniority Plus Sapphire Premier II (HMO)^{1,2}

- H3561-005：
阿拉米達郡、夫雷士諾郡、
肯恩郡、洛杉磯郡、橘郡、
聖地牙哥郡、舊金山郡和
圖萊里郡 每月 \$34.80*
- H3561-006：
因皮里爾郡、河濱郡和
聖伯納迪諾郡 每月 \$34.80*

Health Net Ruby Select II (HMO)

- H0562-116：
阿拉米達郡 每月 \$59

Health Net Seniority Plus Sapphire Premier (HMO)^{1,2}

- H3561-002：
阿拉米達郡、夫雷士諾郡、
肯恩郡、洛杉磯郡、橘郡、
聖地牙哥郡、舊金山郡和
圖萊里郡 每月 \$34.80*
- H3561-004：
因皮里爾郡、河濱郡和
聖伯納迪諾郡 每月 \$34.80*

Health Net Ruby Select (HMO)

- H0562-097：
舊金山郡 每月 \$0
- H0562-113：
阿拉米達郡 每月 \$69
- H0562-112：
夫雷士諾郡 每月 \$0
- H0562-103：
優洛郡 每月 \$0

Health Net Healthy Heart (HMO)

- H0562-012：
聖地牙哥郡 每月 \$0
- H0562-009：
舊金山郡 每月 \$124
- H0562-090：
夫雷士諾郡 每月 \$0
- H0562-100-001：
洛杉磯郡和橘郡 每月 \$16
- H0562-100-002：
河濱郡和聖伯納迪諾郡 每月 \$16
- H0562-068：
阿拉米達郡和
斯坦尼斯勞斯郡 每月 \$124
- H0562-084：
普萊瑟郡和薩克拉門託郡 每月 \$166
- H0562-039：
優洛郡 每月 \$98

1您必須符合特定參保標準才能參保此計劃。

2此計劃不提供可選補充福利組合。

*實際保費根據低收入補貼情況而定。

白色 — Health Net 黃色 — 會員



若要加入 Health Net，請提供以下資訊：

請勾選您要參加的計劃。

Health Net Jade (HMO SNP)¹

(心血管疾病、慢性心臟衰竭 [CHF]、
糖尿病/包含處方藥保險)

- H0562-092：
肯恩郡、洛杉磯郡和橘郡 每月 \$0
- H0562-114：
聖地牙哥郡 每月 \$0

Health Net Seniority Plus Amber I (HMO SNP)¹

- H0562-055：
夫雷士諾郡、肯恩郡、洛杉磯郡、
橘郡、河濱郡、聖伯納迪諾郡、
聖地牙哥郡、舊金山郡和
圖萊里郡 每月 \$34.80*

Health Net Seniority Plus Sapphire (HMO)

- H0562-111-001：
洛杉磯郡、橘郡和
聖地牙哥郡 每月 \$34.80*
- H0562-111-002：
肯恩郡 每月 \$34.80*
- H0562-111-003：
河濱郡和聖伯納迪諾郡 每月 \$34.80*

Health Net Seniority Plus Green (HMO)

(不包含處方藥保險)

- H0562-044：
洛杉磯郡、河濱郡和
聖伯納迪諾郡 每月 \$0
- H0562-045：
阿拉米達郡、普萊瑟郡、
薩克拉門託郡和
斯坦尼斯勞斯郡 每月 \$139

Health Net Seniority Plus Ruby (HMO)

- H0562-079：
肯恩郡 每月 \$0

Health Net Seniority Plus Amber II (HMO SNP)

- H0562-110-001：
夫雷士諾郡、洛杉磯郡、
橘郡、聖地牙哥郡和
舊金山郡 每月 \$34.80*
- H0562-110-002：
肯恩郡和圖萊里郡 每月 \$34.80*
- H0562-110-003：
河濱郡和聖伯納迪諾郡 每月 \$34.80*

Health Net Seniority Plus amber II Premier (HMO SNP)¹

- H3561-001：
夫雷士諾郡 每月 \$34.80*

1您必須符合特定參保標準才能參保此計劃。

2此計劃不提供可選補充福利組合。

*實際保費根據低收入補貼情況而定。

白色 — Health Net 黃色 — 會員



以下為各項可選補充福利（需額外繳納月繳保費）：

Health Net Healthy Heart HMO H0562-009

可選補充福利組合 6 每月 \$25

Health Net Healthy Heart HMO H0562-012

可選補充福利組合 5 每月 \$11

可選補充福利組合 11 每月 \$21

Health Net Healthy Heart HMO H0562-039

可選補充福利組合 7 每月 \$9

Health Net Seniority Plus Green HMO H0562-045

可選補充福利組合 1 每月 \$20

可選補充福利組合 2 每月 \$30

Health Net Healthy Heart HMO H0562-068

可選補充福利組合 1 每月 \$20

可選補充福利組合 2 每月 \$30

Health Net Seniority Plus Ruby HMO H0562-079

可選補充福利組合 3 每月 \$14

可選補充福利組合 4 每月 \$25

Health Net Healthy Heart HMO H0562-084

可選補充福利組合 9 每月 \$12

Health Net Healthy Heart HMO H0562-090

可選補充福利組合 1 每月 \$20

可選補充福利組合 2 每月 \$30

Health Net Ruby Select HMO H0562-097

可選補充福利組合 5 每月 \$11

可選補充福利組合 11 每月 \$21

Health Net Healthy Heart HMO H0562-100-001 和 100-002

可選補充福利組合 1 每月 \$20

可選補充福利組合 2 每月 \$30

Health Net Ruby Select HMO H0562-103 和 113

可選補充福利組合 3 每月 \$14

可選補充福利組合 4 每月 \$25

Health Net Jade HMO H0562-114

可選補充福利組合 5 每月 \$11

可選補充福利組合 11 每月 \$21

Health Net Ruby Select II HMO H0562-116

可選補充福利組合 5 每月 \$11

可選補充福利組合 11 每月 \$21

月繳計劃保費金額（包括可選補充福利組合的保費金額）

\$

申請生效日期

<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

白色 — Health Net 黃色 — 會員



若要加入 Health Net，請提供以下資訊：

姓 名 中間名縮寫 先生 夫人 女士

出生日期 / / 性別 男 女 住宅電話號碼 --
月 月 日 日 年 年 年 年 備用電話號碼 --

永久居住地址（不能填寫郵政信箱）

城市 郡 州 郵遞區號

郵寄地址（僅在與您的永久居住地址不同時才需填寫）街道地址

城市 州 郵遞區號

電子郵件地址（可選）

緊急聯絡人 電話號碼 與您的關係

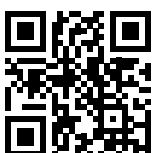
請提供您的 Medicare 保險資訊

請取出您的紅白藍 Medicare 卡以填寫此部份。
• 請按您 Medicare 卡上所示填寫此資訊。
—或—
• 附上您的 Medicare 卡副本或社會保障局/鐵路職工退休委員會給您的信函。

姓名（如您 Medicare 卡上所示）

Medicare 號碼

有權享有：
住院保險（A 部份） 生效日期 / /
醫療保險（B 部份） / /
月 月 日 日 年 年 年 年
月 月 日 日 年 年 年 年
您必須擁有 Medicare A 部份及 B 部份，才能參加 Medicare Advantage 計劃。



支付您的計劃保費

對於無需支付保費的 Medicare Advantage 處方藥計劃：若我們確定您需繳納逾期參保罰金（或若您目前有欠付的逾期參保罰金），我們需要知道您想如何支付。您可以每月透過郵寄、電子資金轉賬 (EFT) 和/或信用卡支付。您也可以選擇每月透過社會保險或鐵路職工退休委員會 (RRB) 福利金支票帳戶自動扣繳保費。若經評估您被認為需繳納 D 部份按收入每月調整保費，社會保障局將會通知您。除了計劃保費，您還需要繳納這筆額外保費。額外保費將從您的社會保險福利支票帳戶中扣除，或直接由 Medicare 或 RRB 收取。請勿向 Health Net 支付 D 部份 IRMAA。

對於需要支付保費的所有計劃：您可以每月透過郵寄、電子資金轉賬 (EFT) 和/或信用卡來支付您的月繳計劃保費（包括您當前已欠付或可能欠付的任何逾期參保罰金）。您也可以選擇每月透過社會保險或鐵路職工退休委員會 (RRB) 福利金支票帳戶自動扣繳保費。

若經評估您被認為需繳納 D 部份按收入每月調整保費，社會保障局將會通知您。除了計劃保費，您還需要繳納這筆額外保費。額外保費將從您的社會保障局福利金支票帳戶中扣除，或直接由 Medicare 或 RRB 收取。請勿向 Health Net 支付 D 部份 IRMAA。

收入有限的人士可能有資格享有處方藥費的額外補助。若符合資格，Medicare 可能會支付 75% 或更多的藥費，包括每月的處方藥保費、年度自付額和共同保險。另外，符合資格的人士不必經歷承保缺口階段，也無需繳納逾期參保罰金。許多有資格申請這些補助的人並不知道自己符合申請資格。如需瞭解有關額外補助的更多資訊，請聯絡您當地的社會保障局辦事處，或致電 1-800-772-1213 聯絡社會保障局。聽障人士可致電 1-800-325-0778。您亦可從 www.socialsecurity.gov/prescriptionhelp 網上申請額外補助。

如果您符合額外補助資格，則可獲得 Medicare 處方藥費用承保，Medicare 將為您支付全部或部份計劃保費。如果 Medicare 只支付部份保費，我們會向您收取 Medicare 未給付的金額。

如果您未選擇付款方式，您每個月都會收到賬單。

請選擇一項保費付款方式：

收取帳單

每月自動從您的社會保險或鐵路職工退休委員會 (RRB) 福利金支票帳戶中扣繳。我透過以下來源獲得每月福利： 社會保險 RRB

（扣繳可能需要在社會保障局或 RRB 批准後二個月或更長時間才會生效。在多數情況下，如果社會保障局或 RRB 批准自動扣繳申請，第一次透過社會保障局或 RRB 福利金支票扣繳的金額將包含您從參保生效日起到扣繳日止的所有應繳保費。如果您的自動扣繳申請未獲社會保障局或 RRB 批准，我們將郵寄月繳保費的紙本賬單給您。）



請閱讀和回答以下重要問題：

1. 您是否罹患晚期腎病 (ESRD)？ 是 否
若您已順利進行腎臟移植手術和/或您已不再需要進行定期透析，請附上醫生提供的說明或記錄，證明您已順利進行腎臟移植手術或不需要透析服務，否則我們可能需要聯絡您，以取得額外資訊。

2. 有些人可能擁有其他藥物保險，包括其他私人保險、TRICARE、聯邦政府員工健康福利保險、退伍軍人福利或州政府醫藥補助計劃。

除 Health Net 以外，您是否還會參保其他處方藥保險？

是 否

若選擇「是」，請列出您的其他保險和用於該保險的身份 (ID) 號碼：

其他保險的名稱

用於該保險的 ID 號碼

用於該保險的團體號碼

3. 您是否是長期護理機構（如療養院）的住院患者？ 是 否

若選擇「是」，請提供以下資訊：

機構名稱

機構電話號碼

機構地址（門牌號碼和街道）

4. 您是否已加入您居住地的州政府 Medicaid 計劃？ 是 否

若選擇「是」，請提供您的 Medicaid 號碼：

5. 您或您的配偶是否在工作？ 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

請選擇主治醫生 (PCP)、診所或健康中心的名稱：

如果您希望我們以英語以外的語言或其他無障礙格式向您傳送資訊，請勾選以下的一個方塊：

音訊 大字印刷 西班牙語 中文

如果您需要以上所列之外的其他語言或無障礙格式的資訊，請聯絡 Health Net，電話：1-800-977-6738 (HMO)，1-800-431-9007 (DSNP)。服務時間：10 月 1 日至 3 月 31 日，上午 8 點至晚上 8 點，每週 7 天。4 月 1 日至 9 月 30 日，上午 8 點至晚上 8 點，週一至週五。下班後、週末和聯邦假日期間我們會啟用語音訊息系統。聽障人士可致電 711。

您是否希望透過電子郵件接收 Health Net 的材料？ 是 否

如果是，我們將傳送電子郵件到您提供的地址，郵件中包含一個可於線上獲取福利材料的連結。





請閱讀以下重要資訊

若您目前擁有僱主或工會提供的健康保險，加入 Health Net 可能會影響您的僱主或工會健康福利。如果加入 Health Net，您可能會喪失您的僱主或工會健康保險。請閱讀僱主或工會發給您的函件。若您有疑問，請瀏覽其網站或聯絡其函件上列出的辦事處。如未提供任何聯絡人資訊，請洽詢您的福利管理員或任何能夠回答承保有關問題的辦事處人員。

請閱讀以下內容並簽名

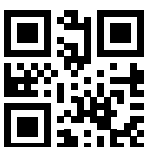
填寫此參保申請，表示我同意以下內容：

Health Net 是一項與聯邦政府簽有合約的 Medicare Advantage 計劃。我必須保持我的 Medicare A 部份和 B 部份資格。我一次僅可參保一項 Medicare Advantage 計劃，並且我理解參保此計劃將自動終止參保其他 Medicare 健康計劃或處方藥計劃的資格。我有責任告知計劃我所擁有的或在將來可能獲得的任何處方藥保險。我理解，若我沒有 Medicare 處方藥保險或有信譽度的處方藥保險（與 Medicare 的相若），將來我參加 Medicare 處方藥保險時可能必須支付逾期參保罰金。參加此計劃通常為期一整年。一旦參加計劃，我只能在年中的參保期期間（例如每年的 10 月 15 日至 12 月 7 日），或在某些特殊情況下才能退出計劃或更改計劃。

Health Net 擁有特定的服務區。若我搬離 Health Net 的服務區域，我需要通知計劃以便退保和在新區域尋找新的計劃。一旦我成為 Health Net 的會員，若我不同意關於支付或服務的計劃裁決，我有權提出上訴。我將在收到 Health Net 的承保範圍說明書後仔細閱讀，以瞭解要獲得此 Medicare Advantage 計劃的承保，我必須遵守哪些規則。我瞭解，即使已參保 Medicare，我出國期間通常仍無法享有 Medicare 承保，在美國邊界附近可享有的有限承保除外。

我瞭解，從 Health Net 保險生效的日期開始，我所有的醫療保健服務皆須自 Health Net 取得，緊急服務、急症治療服務或區域外透析服務除外。Health Net 授權的服務和我的 Health Net 承保範圍說明書文件（亦稱為會員合約或保戶協議）中涵蓋的其他服務皆在承保範圍內。未經授權，**MEDICARE 或 HEALTH NET 均不會為服務付費**。

我理解，若我接受銷售代理人、參保經紀人或受雇於 Health Net 或與其訂有合約的其他個人之幫助，他/她可能會因我參保 Health Net 而取得報酬。



資訊披露：加入此 Medicare 健康計劃，即表明我確知，出於治療、支付和醫療保健運作方面的原因，Health Net 在必要時將向 Medicare 及其他計劃披露我的資訊。我也確知，Health Net 將向 Medicare 披露我的資訊（包括我的處方藥事件資料），而 Medicare 可能出於研究目的或符合所有適用聯邦法令和法規的其他目的披露該資訊。就我所知，本參保表上的資訊正確無誤。我瞭解，若我有意在此表上提供虛假資訊，我將被計劃除名。

我瞭解，我（或根據所在州之法律取得授權的代表人）在此申請表上簽名即表示我已閱讀並瞭解此申請表的內容。若由授權代表（如上所述）簽名，此簽名確認：1) 此人在州政府法律下經授權完成此參保程序，且 2) 在 Medicare 要求下應提供該授權之證明文件。

簽名

今日日期

月 月 日 日 年 年 年 年

若您是授權代表，您必須在上方簽名並提供以下資訊：

姓名

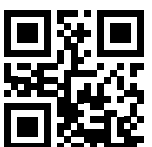
地址

電話號碼

 - -

與參保者關係

白色 — Health Net 黃色 — 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 or place printed label here:

Sales rep/Agent name: Agent ID #:

Sales rep/Agent NPN #: Health Net ID #:

Agency/FMO affiliation:
(if applicable)

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



通常，您只能在每年 10 月 15 日到 12 月 7 日的年度參保期內參保 Medicare Advantage 計劃。以下列出可在上述期間以外參保 Medicare Advantage 計劃的例外情形。

請詳閱下列聲明，並且勾選其中與您的情況相符的聲明。勾選下列任一方塊即表示，據您所知的範圍內，您符合參保期的資格。如果我們日後判定此項資訊不正確，您可能會遭到退保。

- 我是初次參保 Medicare。
- 我已參保 Medicare Advantage 計劃，並且希望在 Medicare Advantage 開放參保期 (MA OEP) 期間變更計劃。
- 我最近搬離了現有計劃的服務區域，或者我剛搬家，而這項計劃對我來說是新的選項。我搬遷的日期是（填入日期）。

月	月	日	日	年	年	年	年
- 我最近剛被刑滿釋放。我被刑滿釋放的日期是（填入日期）。

月	月	日	日	年	年	年	年
- 我常年在國外居住，最近剛回到美國。我回到美國的日期是（填入日期）。

月	月	日	日	年	年	年	年
- 我最近剛獲得美國合法居留身份。我獲得此身份的日期是（填入日期）。

月	月	日	日	年	年	年	年
- 我的 Medicaid 最近發生了變化（剛開始參保 Medicaid、Medicaid 援助等級發生變化或喪失 Medicaid 資格），日期是（填入日期）。

月	月	日	日	年	年	年	年
- 最近我的 Medicare 處方藥保險額外補助狀態有所改變（新近獲得額外補助、在額外補助的等級上有所變更、或是失去額外補助），日期是（填入日期）。

月	月	日	日	年	年	年	年
- 我同時擁有 Medicare 和 Medicaid（或者我所居住的州協助支付我的 Medicare 保費），或者我享有額外補助以支付 Medicare 處方藥保險，且我的情況沒有發生變化。
- 我即將搬入、居住於或於最近搬出長期護理機構（例如療養院或長期護理機構）。我（將）搬入/搬出該機構的日期是（填入日期）。

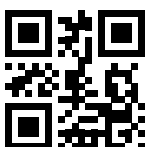
月	月	日	日	年	年	年	年
- 我最近退出了 PACE 計劃，退出日期是（填入日期）。

月	月	日	日	年	年	年	年
- 我最近非自願性地喪失了有信譽度的處方藥保險（與 Medicare 同等級的保險）。我喪失藥物保險的日期是（填入日期）。

月	月	日	日	年	年	年	年
- 我將要退出雇主或工會保險，退出日期是（填入日期）。

月	月	日	日	年	年	年	年
- 我受居住地之州政府提供的藥房協助計劃承保。
- 我的計劃即將終止與 Medicare 的合約，或者 Medicare 即將終止與該計劃的合約。
- 我已參保 Medicare（或我所居住的州）的一個計劃，且我想選擇其他計劃。我已參保計劃的生效日期是（填入日期）。

月	月	日	日	年	年	年	年



- 我參加了特殊需求計劃 (SNP)，但我失去了保留該計劃所需要的特殊需求資格。我被 SNP 退保的日期是（填入日期）。

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

 月 月 日 日 年 年 年 年
- 我曾受到與氣候相關的緊急狀況或重大災害（由聯邦緊急事務管理署 [FEMA] 發佈）的影響。本文有其他描述符合我的情況，但由於自然災害，我無法參保。
- 我患有慢性病或致殘性疾病，並且我將在慢性疾病特殊需求計劃的特殊參保期參保或轉換計劃。

若以上陳述皆不符合您的情況，或您不確定是否符合，請致電 Health Net，電話：1-800-275-4737 (HMO)，1-800-431-9007 (DSNP)（聽障人士可致電 711），以瞭解您是否符合參保資格。10 月 1 日至 3 月 31 日：您可在上午 8 點至晚上 8 點與我們聯絡，每週 7 天。4 月 1 日至 9 月 30 日：您可在週一至週五的上午 8 點至晚上 8 點與我們聯絡。下班後、週末和聯邦假日期間我們會啟用語音訊息系統。

您必須繼續繳納您的 Medicare B 部份保費。但是，對於雙重資格的受益人，州政府會在您保有 Medicaid 資格期間為您承保 B 部份保費。

Health Net of California, Inc. 和 Health Net Community Solutions, Inc. 與 Medicare 簽約以提供 HMO 和 HMO SNP 計劃。能否在 Health Net Medicare Advantage 計劃註冊參保視合約續簽情況而定。

FRM021162CD00 (8/18)



Section 1557 Non-Discrimination Language
Notice of Non-Discrimination

Health Net complies with applicable federal civil rights laws and does not discriminate on the basis of race, color, national origin, age, disability, or sex. Health Net does not exclude people or treat them differently because of race, color, national origin, age, disability, or sex.

Health Net:

- Provides free aids and services to people with disabilities to communicate effectively with us, such as qualified sign language interpreters and written information in other formats (large print, accessible electronic formats, other formats).
- Provides free language services to people whose primary language is not English, such as qualified interpreters and information written in other languages.

If you need these services, contact Health Net's Customer Contact Center at California: 1-800-431-9007 (Jade, Sapphire, Amber, and HMO SNP), 1-800-275-4737 (all other HMO); Oregon: 1-888-445-8913 (HMO and PPO) (TTY: 711).

From October 1 to March 31, you can call us 7 days a week from 8 a.m. to 8 p.m. From April 1 to September 30, you can call us Monday through Friday from 8 a.m. to 8 p.m. A messaging system is used after hours, weekends, and on federal holidays.

If you believe that Health Net has failed to provide these services or discriminated in another way on the basis of race, color, national origin, age, disability, or sex, you can file a grievance by calling the number above and telling them you need help filing a grievance; Health Net's Customer Contact Center is available to help you.

You can also file a civil rights complaint with the U.S. Department of Health and Human Services, Office for Civil Rights, electronically through the Office for Civil Rights Complaint Portal, available at <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf> or by mail or phone at: 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).

Complaint forms are available at <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.

Health Net is contracted with Medicare for HMO, HMO SNP and PPO plans, and with some state Medicaid programs. Enrollment in Health Net depends on contract renewal.

FLY023053EK00 (8/18)

Section 1557 Non-Discrimination Language
Multi-Language Interpreter Services

ARABIC	تتبيه: إذا كنت تتحدث العربية، فإن خدمات المساعدة اللغوية المجانية متاحة لك. يُرجى الاتصال بالرقم. California: 1-800-431-9007 (Jade, Sapphire, Amber, and HMO SNP), 1-800-275-4737 (all other HMO); Oregon: 1-888-445-8913 (HMO and PPO) (مكبلا و مصلا فتا ه مقرر: 711).
ARMENIAN	ՈՒՇԱԴԴՈՒԹՅՈՒՆ՝ Եթե խոսում եք հայերեն, ապա ձեզ անվճար կարող են տրամադրվել լեզվական աջակցության ծառայություններ: Զանգահարեք: California: 1-800-431-9007 (Jade, Sapphire, Amber, and HMO SNP), 1-800-275-4737 (all other HMO) (TTY: 711).
CHINESE	注意：如果您說中文，您可以免費獲得語言援助服務。請致電 California: 1-800-431-9007 (Jade, Sapphire, Amber, and HMO SNP), 1-800-275-4737 (all other HMO); Oregon: 1-888-445-8913 (HMO and PPO) (TTY: 711)。
CUSHITE	XIYYEEFFANNAA: Afaan dubbattu Oroomiffa, tajaajila gargaarsa afaanii, kanfaltiidhaan ala, ni argama. Bilbilaa Oregon: 1-888-445-8913 (HMO and PPO) (TTY: 711).
FRENCH	ATTENTION : Si vous parlez français, des services d'aide linguistique vous sont proposés gratuitement. Appelez le Oregon: 1-888-445-8913 (HMO and PPO) (TTY: 711).
GERMAN	ACHTUNG: Wenn Sie Deutsch sprechen, stehen Ihnen kostenlos sprachliche Hilfsdienstleistungen zur Verfügung. Rufnummer Oregon: 1-888-445-8913 (HMO and PPO) (TTY: 711).
HINDI	ध्यान दें: यदि आप हिंदी बोलते हैं, आपको भाषा सहायता सेवाएं, निःशुल्क उपलब्ध हैं। कृपया California: 1-800-431-9007 (Jade, Sapphire, Amber, and HMO SNP), 1-800-275-4737 (all other HMO) (TTY: 711). पर कॉल करें।
HMONG	LUS CEEV: Yog tias koj hais lus Hmoob, cov kev pab txog lus, muaj kev pab dawb rau koj. Hu rau California: 1-800-431-9007 (Jade, Sapphire, Amber, and HMO SNP), 1-800-275-4737 (all other HMO) (TTY: 711).
JAPANESE	注意事項：日本語を話される場合、無料の言語支援サービスをご利用い ただけます。California: 1-800-431-9007 (Jade, Sapphire, Amber, and HMO SNP), 1-800-275-4737 (all other HMO); Oregon: 1-888-445-8913 (HMO and PPO) (TTY:711) にお電話ください。
KOREAN	주의: 한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. California: 1-800-431-9007 (Jade, Sapphire, Amber, and HMO SNP), 1-800-275-4737 (all other HMO); Oregon: 1-888-445-8913 (HMO and PPO) (TTY: 711) 번으로 전화해 주십시오.

MON-KHMER
CAMBODIAN

ចំណាប់អារម្មណ៍: បេសនអ្នកនយាយភាសាខ្មែរ សេវាជំនួយភាសាដោយឥតគិតថ្លៃ គមានសវាបអ្នក។ សូម
ទូរស័ព្ទទៅលេខ California: 1-800-431-9007 (Jade, Sapphire, Amber, and HMO SNP),
1-800-275-4737 (all other HMO); Oregon: 1-888-445-8913 (HMO and PPO) (TTY: 711) ។

PERSIAN

توجه: اگر زبان شما فارسی است، خدمات امداد زبانی به طور رایگان در اختیار شما می باشد.
لطفاً با شماره
California: 1-800-431-9007 (Jade, Sapphire, Amber, and HMO SNP),
1-800-275-4737 (all other HMO); Oregon: 1-888-445-8913 (HMO and PPO)
تماس بگیرید. (TTY:711)

PUNJABI

ਧਿਆਨ ਦਿਓ: ਜੇ ਤੁਸੀਂ ਪੰਜਾਬੀ ਬੋਲਦੇ ਹੋ, ਤਾਂ ਤੁਹਾਡੇ ਲਈ ਭਾਸ਼ਾ ਸਹਾਇਤਾ ਸੇਵਾਵਾਂ
ਬਿਲਕੁਲ ਮੁਫਤ ਉਪਲਬਧ ਹਨ। ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ California: 1-800-431-9007 (Jade,
Sapphire, Amber, and HMO SNP), 1-800-275-4737 (all other HMO) (TTY: 711)
‘ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ।

ROMANIAN

ATENȚIE: Dacă vorbiți limba română, vă stau la dispoziție servicii de asistență
lingvistică, gratuit. Sunați la Oregon: 1-888-445-8913 (HMO and PPO) (TTY: 711).

RUSSIAN

ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русском языке, то вам доступны
бесплатные услуги перевода. Звоните California: 1-800-431-9007 (Jade, Sapphire,
Amber, and HMO SNP), 1-800-275-4737 (all other HMO); Oregon: 1-888-445-8913
(HMO and PPO) (TTY: 711).

SPANISH

ATENCIÓN: si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de
asistencia lingüística. Llame al California: 1-800-431-9007 (Jade, Sapphire, Amber,
and HMO SNP), 1-800-275-4737 (all other HMO); Oregon: 1-888-445-8913 (HMO and
PPO) (TTY: 711).

TAGALOG

PAUNAWA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, maaari kang gumamit ng mga
serbisyo ng tulong sa wika nang walang bayad. Tumawag sa California:
1-800-431-9007 (Jade, Sapphire, Amber, and HMO SNP), 1-800-275-4737 (all other
HMO) (TTY: 711).

THAI

เรียน: ถ้าคุณพูดภาษาไทยคุณสามารถใช้บริการช่วยเหลือทางภาษาได้ฟรี โทร California:
1-800-431-9007 (Jade, Sapphire, Amber, and HMO SNP), 1-800-275-4737 (all other
HMO); Oregon: 1-888-445-8913 (HMO and PPO) (TTY: 711).

UKRAINIAN

УВАГА! Якщо ви розмовляєте українською мовою, ви можете звернутися до
безкоштовної служби мовної підтримки. Телефонуйте за номером
Oregon: 1-888-445-8913 (HMO and PPO) (TTY: 711).

VIETNAMESE

CHÚ Ý: Nếu quý vị nói tiếng Việt, chúng tôi sẵn có dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn
phí dành cho quý vị. Xin gọi California: 1-800-431-9007 (Jade, Sapphire, Amber,
and HMO SNP), 1-800-275-4737 (all other HMO); Oregon: 1-888-445-8913 (HMO and
PPO) (TTY:711).
