

Health Net of California Inc. (Health Net)



Formulario de Divulgación

PPO

Planes de pequeñas empresas

Consulte el Resumen de Beneficios y Cobertura para determinar su parte de los costos por los servicios y suministros cubiertos por este plan.



Healthnet.com

Opciones de prestación

Cuando se trata de su atención de salud, es bueno tener opciones. Por eso, Health Net of California, Inc. (Health Net) ofrece un plan de la organización de proveedores preferidos (por sus siglas en inglés, PPO) llamado “Health Net PPO”, que le ofrece flexibilidad y opciones. Este *Formulario de Divulgación* responde preguntas básicas sobre el plan Health Net PPO.

La cobertura descrita en este *Formulario de Divulgación* debe cumplir con los requisitos de cobertura de beneficios de salud esenciales que exige la Ley de Cuidado de Salud Asequible (por sus siglas en inglés, ACA). Los Beneficios de Salud Esenciales no están sujetos a ningún límite anual de dinero.

Los beneficios descritos en este *Formulario de Divulgación* no discriminan por origen racial, origen étnico, nacionalidad, sexo, identidad de género, expresión de género, edad, discapacidad, orientación sexual, información genética ni religión, y no están sujetos a ninguna enfermedad preexistente ni período de exclusión.

Si tiene otras preguntas, comuníquese con nosotros:



Por teléfono: 1-800-522-0088



Por correo:

Health Net of California
P.O. Box 9103
Van Nuys, CA 91409-9103



En línea: www.healthnet.com

Este *Formulario de Divulgación* (incluida cualquier cláusula adicional que corresponda) y el *Resumen de Beneficios y Cobertura* (por sus siglas en inglés, *SBC*) son un resumen de su plan de salud. La *Evidencia de Cobertura* (por sus siglas en inglés, *EOC*) del plan, que recibirá después de inscribirse, contiene los términos y condiciones exactos de su cobertura de Health Net. Usted tiene derecho a revisar la *EOC* antes de inscribirse. Para obtener una copia de la *EOC*, llame al Centro de Comunicación con el Cliente, al 1-800-522-0088. También debe consultar el *Contrato Grupal de Servicios Profesionales y Hospitalarios* (emitido para su empleador) para determinar las disposiciones contractuales que rigen. Es importante que lea cuidadosamente este *Formulario de Divulgación*, el *SBC* y, cuando la reciba, la *EOC* del plan, en particular, las secciones que se aplican a las personas con necesidades especiales de atención de salud. Este *Formulario de Divulgación* incluye una matriz de beneficios en la sección “Matriz de beneficios”. El *SBC*, publicado junto con este *Formulario de Divulgación*, describe lo que cubre el plan y lo que usted paga por los servicios y suministros cubiertos.

Índice

Opciones de prestación	1
Cómo funciona el plan	3
Matriz de beneficios	5
Requisitos de autorización previa	7
Límites de cobertura	11
Beneficios y cobertura	13
Administración de la utilización	18
Pago de honorarios y cargos	19
Centros	24
Renovación, continuidad o finalización de la cobertura	26
Si usted no está de acuerdo con algún punto de nuestro plan	28
Información adicional sobre los beneficios del plan	30
Servicios de salud del comportamiento	30
Programa de Medicamentos Que Requieren Receta Médica	33
Programa de Atención de Acupuntura	38
Programa de Atención de la Vista Pediátrica	40
Programa de Atención Dental Pediátrica	42
Aviso de No Discriminación	47
Aviso de Servicios de Idiomas	49

Cómo funciona el plan

Lea la siguiente información para saber quién puede brindarle atención de salud.

SELECCIÓN DE PROVEEDORES

Cuando se inscribe en el plan Health Net PPO, usted elige sus propios médicos y hospitales para todas sus necesidades de atención de salud. Health Net PPO ofrece dos maneras diferentes para tener acceso a la atención:

- **Dentro de la red:** Usted elige a un médico u hospital contratado dentro de nuestra red PPO. Puede aprovechar ahorros importantes en los costos cuando recibe atención de un proveedor contratado por Health Net PPO.
- **Fuera de la red:** Usted elige a un médico (u hospital) fuera de nuestra red PPO. Estos proveedores no tienen contrato con Health Net PPO. Los gastos de desembolso serán más altos que cuando visita a un proveedor dentro de nuestra red PPO.



*Excepto en los casos de atención de emergencia, cuando se atiende con un proveedor fuera de la red, deberá pagar el costo compartido para el nivel de beneficios fuera de la red, que suele ser mayor que para el nivel de beneficios dentro de la red. **Además**, usted es responsable de la diferencia entre el monto facturado por el proveedor fuera de la red y el monto máximo permitido (por sus siglas en inglés, MAA). Consulte la sección “Pago de honorarios y cargos” más adelante en este Formulario de Divulgación para obtener más detalles.*

Su elección de médicos y hospitales puede determinar qué servicios estarán cubiertos, así como el monto que usted pagará. Los proveedores que tienen contrato con Health Net PPO se denominan “proveedores preferidos” y se enumeran en nuestro sitio web, www.healthnet.com. También puede llamar al Centro de Comunicación con el Cliente, al número de teléfono que aparece en la contraportada, para obtener una copia sin cargo del *Directorio de Proveedores Preferidos* de Health Net PPO.



*En algunos casos, se requiere una **autorización previa**, también denominada “preautorización” o “revisión del tratamiento”, para que se paguen los beneficios completos. Consulte la sección “Requisitos de autorización previa” de este Formulario de Divulgación para saber cuáles son los servicios y suministros que requieren autorización previa.*

ATENCIÓN DE ESPECIALISTAS

Si necesita atención de especialidad, puede atenderse con cualquier especialista sin una remisión. Solo tiene que llamar y programar una cita. Para reducir su parte de los costos, reciba atención en el nivel de beneficios dentro de la red visitando especialistas dentro de nuestra red PPO. Consulte el *Directorio de Proveedores Preferidos* de Health Net PPO para encontrar especialistas dentro de la red PPO.

No necesita la aprobación de Health Net ni de ninguna otra persona para obtener acceso a la atención de salud sexual o reproductiva, ginecológica y obstétrica de un profesional de la salud dentro de la red que se especialice en dicha atención. Sin embargo, el profesional de la salud probablemente deba cumplir con determinados procedimientos, como obtener una autorización previa para ciertos servicios o seguir un plan de tratamiento aprobado previamente. Para obtener una lista de los profesionales de la salud participantes que se especializan en salud sexual y reproductiva, obstetricia o ginecología, consulte el *Directorio de Proveedores Preferidos* de Health Net PPO en el sitio web de Health Net, www.healthnet.com. Puede solicitar una copia del *Directorio de Proveedores Preferidos* de Health Net PPO en línea o llamando al Centro de Comunicación con el Cliente de Health Net, al **1-800-522-0088**.

TRASTORNOS DE SALUD MENTAL Y POR ABUSO DE SUSTANCIAS

Si quiere obtener más información sobre cómo recibir atención y los requisitos de autorización previa de Health Net, consulte las secciones “Requisitos de autorización previa” y “Servicios de salud del comportamiento” de este *Formulario de Divulgación*.

CÓMO INSCRIBIRSE

Complete el formulario de inscripción que se encuentra en el paquete de inscripción y entrégueselo a su empleador. Si el formulario no está incluido, su empleador puede pedirle que utilice un formulario electrónico de inscripción o un sistema interactivo de respuesta de voz para inscribirse. Comuníquese con su empleador para obtener más información.

Algunos hospitales y otros proveedores no prestan uno o más de los siguientes servicios que pueden estar cubiertos conforme a la *Evidencia de Cobertura* del plan y que usted o algún familiar podrían necesitar:

- **Planificación familiar.**
- **Servicios anticonceptivos, incluida la anticoncepción de emergencia.**
- **Esterilización, incluida la ligadura de trompas en el momento del parto.**
- **Tratamientos para la infertilidad.**
- **Aborto.**

Antes de inscribirse, debe obtener información adicional. Llame a su futuro médico, grupo médico, asociación de práctica independiente o clínica, o llame al Centro de Comunicación con el Cliente de Health Net al número de teléfono que aparece en la contraportada para asegurarse de poder obtener los servicios de atención de salud que necesita.

Matriz de beneficios

La matriz a continuación enumera ejemplos de los servicios que se proporcionan conforme a este plan. Consulte el *SBC*, publicado junto con este *Formulario de Divulgación*, para saber los montos que pagará por los servicios y suministros cubiertos.

EL OBJETIVO DE ESTA MATRIZ ES QUE SE LA UTILICE COMO AYUDA PARA COMPARAR LOS BENEFICIOS DE COBERTURA, PERO ES SOLO UN RESUMEN. PARA OBTENER UNA DESCRIPCIÓN DETALLADA DE LOS BENEFICIOS Y LAS LIMITACIONES DE LA COBERTURA, SE DEBE CONSULTAR LA *EVIDENCIA DE COBERTURA*.

Beneficios principales	Lo que usted paga
Deducible.....	En el <i>SBC</i> , se indica si el plan tiene un deducible que debe alcanzarse antes de que empecemos a pagar los beneficios.
Máximos de por vida.....	Este plan no cuenta con un máximo de por vida.
Servicios profesionales.....	Consulte “Si acude al consultorio o clínica del proveedor” en el <i>SBC</i> .
Servicios para pacientes ambulatorios....	Consulte “Si le hacen una cirugía ambulatoria” en el <i>SBC</i> .
Servicios de hospitalización.....	Consulte “Si necesita hospitalización” en el <i>SBC</i> .
Cobertura de salud de emergencia	Consulte “Si necesita atención médica inmediata” en el <i>SBC</i> .
Servicios de ambulancia.....	Consulte “Si necesita atención médica inmediata” en el <i>SBC</i> .
Cobertura de medicamentos que requieren receta médica	Consulte “Si necesita un medicamento para tratar su enfermedad o condición médica” en el <i>SBC</i> .
Equipo médico duradero.....	Consulte “Si necesita servicios de recuperación o tiene otras necesidades especiales de salud” en el <i>SBC</i> .
Servicios de salud mental.....	Consulte “Si necesita servicios de salud mental, salud del comportamiento o de abuso de sustancias” en el <i>SBC</i> .
Servicios para el trastorno por abuso de sustancias	Consulte “Si necesita servicios de salud mental, salud del comportamiento o de abuso de sustancias” en el <i>SBC</i> .
Servicios de cuidado de la salud en el hogar.....	Consulte “Si necesita servicios de recuperación o tiene otras necesidades especiales de salud” en el <i>SBC</i> .
Otros servicios	Consulte “Si se realiza un examen” y “Si necesita servicios de recuperación o tiene otras necesidades especiales de salud” en el <i>SBC</i> .
Atención de la vista pediátrica	Los beneficios de la vista pediátricos son administrados por EyeMed Vision Care, LLC. Consulte la sección “Programa de Atención de la Vista Pediátrica” que aparece más adelante en este <i>Formulario de Divulgación</i> para obtener información sobre los beneficios, incluido el programa para lentes y accesorios.

Servicios dentales pediátricos Los beneficios dentales pediátricos son ofrecidos y administrados por Dental Benefit Providers of California, Inc. (DBP). DBP no está afiliado a Health Net. Consulte la sección “Programa de Atención Dental Pediátrica” que aparece más adelante en este *Formulario de Divulgación* para obtener información sobre los beneficios. Consulte la *EOC* si quiere más información.

Requisitos de autorización previa

Debe obtener una autorización previa antes de recibir determinados servicios cubiertos o tendrá que pagar una multa por falta de autorización, tal como se indica en el *SBC* y la *EOC*. Health Net o una persona designada autorizada llevan a cabo las autorizaciones previas.

Ocasionalmente, se puede revisar la lista de autorizaciones previas. Cualquier cambio de este tipo, incluidas las incorporaciones y supresiones de la lista, se comunicará a los proveedores preferidos y se publicará en el sitio web www.healthnet.com.

La autorización previa NO constituye una determinación de beneficios. Es posible que algunos de estos servicios o suministros no estén cubiertos por su plan. Aun cuando un servicio o suministro esté autorizado previamente, se aplicarán las reglas de elegibilidad y las limitaciones de beneficios. Sin embargo, Health Net no rescindirá ni modificará la autorización previa después de que un proveedor haya prestado servicios de atención de salud de buena fe y en virtud de la autorización previa, y pagará los beneficios para los servicios autorizados previamente conforme a la *Evidencia de Cobertura*.



Los servicios prestados en casos de emergencia están cubiertos en el nivel de beneficios dentro de la red y no requieren autorización previa.

SERVICIOS QUE REQUIEREN AUTORIZACIÓN PREVIA

Admisiones de pacientes internados

Cualquier tipo de centro de salud, incluidos, entre otros, los siguientes:

- Centro de rehabilitación para afecciones agudas.
- Centro de salud del comportamiento.
- Centro de cuidado de enfermos terminales.
- Hospital.
- Centro de enfermería especializada.
- Centro de atención de trastornos por abuso de sustancias.

Procedimientos, servicios o equipos ambulatorios.

- Técnicas ablativas para tratar el esófago de Barrett y los tumores malignos hepáticos primarios y metastásicos.
- Acupuntura (después de la consulta inicial).
- Ambulancia: servicios de ambulancia aérea o terrestre que no son de emergencia.
- Procedimientos bariátricos.
- Termoplastia bronquial.
- Endoscopia capsular.

- Procedimientos cardiovasculares.
- Estudios clínicos.
- Procedimientos de diagnóstico. Se incluyen los siguientes:
 1. Servicios avanzados de diagnóstico por imágenes.
 - Tomografía computarizada.
 - Angiografía por tomografía computarizada.
 - Angiografía por resonancia magnética.
 - Resonancia magnética.
 - Tomografía por emisión de positrones.
 2. Diagnóstico por imágenes cardíacas.
 - Angiografía coronaria por tomografía computarizada.
 - Ventriculografía nuclear.
 - Diagnóstico por imágenes de perfusión miocárdica.
 3. Estudios del sueño (pruebas del sueño realizadas en centros).
- Equipo médico duradero.
- Servicios de otorrinolaringología.
- Contrapulsación externa sincronizada.
- Servicios experimentales o de investigación y nuevas tecnologías.
- Servicios de confirmación de sexo.
- Pruebas genéticas (no se requiere autorización previa para las pruebas de biomarcadores de afiliados con cáncer avanzado o metastásico en estadio 3 o 4).
- Control intervencionista del dolor.
 - Denervación, inyección o bloqueo de la carilla articular.
 - Inyecciones epidurales en la columna vertebral.
 - Inyección en la articulación sacroilíaca.
 - Estimulador de la columna vertebral.
 - Bloqueo del nervio simpático.
- Servicios para trastornos de salud mental y por abuso de sustancias que no sean las visitas al consultorio, que incluyen:
 1. Análisis del comportamiento aplicado y otros tipos de tratamiento de la salud del comportamiento para el autismo y los trastornos generalizados del desarrollo.
 2. Terapia electroconvulsiva.
 3. Internación parcial, de medio día.
 4. Programa intensivo para pacientes ambulatorios.
 5. Evaluaciones neuropsicológicas.
 6. Programa de internación parcial u hospital de día.
 7. Evaluaciones psicológicas.
 8. Estimulación magnética transcraneal.

- Procedimientos musculoesqueléticos.
 - Cirugía de articulaciones.
 - Cirugía de la columna vertebral.
- Neuroestimulador.
- Evaluaciones neuropsicológicas.
- Procedimientos ortognáticos (incluido el tratamiento de la articulación temporomandibular).
- Aparatos ortóticos (hechos a medida).
- Productos farmacéuticos para pacientes ambulatorios:
 1. Autoinyectables.
 2. Todos los factores para la hemofilia deben tener autorización previa a través del beneficio para medicamentos que requieren receta médica para pacientes ambulatorios y se deben obtener a través del proveedor de especialidades farmacéuticas.
 3. Determinados medicamentos administrados por el médico, incluidos los medicamentos recientemente aprobados, ya sea que se administren en el consultorio del médico, en un centro de infusión independiente, mediante infusión en el hogar, en un centro quirúrgico ambulatorio, en un centro de diálisis para pacientes ambulatorios o en un hospital para pacientes ambulatorios. Consulte el sitio web de Health Net, www.healthnet.com, para obtener una lista de los medicamentos administrados por el médico que requieren autorización previa.
 4. La mayoría de los medicamentos especializados, incluidos los medicamentos autoinyectables y los factores para la hemofilia, deben tener autorización previa a través del beneficio para medicamentos que requieren receta médica para pacientes ambulatorios, y puede solicitarse que se despachen a través del proveedor de especialidades farmacéuticas. Consulte la *Lista de Medicamentos Esenciales* para conocer cuáles son los medicamentos que requieren autorización previa. Los medicamentos de urgencia o de emergencia, cuya administración debe comenzar de inmediato por razones médicas, se pueden obtener en una farmacia de venta minorista. Los medicamentos biosimilares se requieren en lugar de los medicamentos de marca, a menos que sean médicamente necesarios.
 5. Es posible que se deba obtener autorización previa para otros medicamentos que requieren receta médica, como se indica en la *Lista de Medicamentos Esenciales*. Consulte la *Lista de Medicamentos Esenciales* para conocer cuáles son los medicamentos que requieren autorización previa.
- Análisis de laboratorio patentados.
- Prótesis.
- Prueba toxicológica.
- Radioterapia.
- Servicios y suministros relacionados con cirugías cosméticas y reconstructivas, como los siguientes:
 1. Alteraciones o reestructuraciones de los huesos, como la osteoplastia.

2. Reducción y aumento de senos, excepto cuando se realizan después de una mastectomía (incluye la ginecomastia y macromastia).
 3. Los servicios dentales o de ortodoncia que sean una parte integral de la cirugía reconstructiva relacionada con procedimientos de paladar hendido. El paladar hendido incluye, además de la afección del mismo nombre, el labio leporino u otras anomalías craneofaciales asociadas con el paladar hendido.
 4. Dermatología, como exfoliación química, electrólisis, dermoabrasiones, descamaciones químicas, tratamiento láser, inyecciones para la piel o implantes.
 5. Extirpación, exceso de piel y tejido subcutáneo (incluye lipectomía y paniclectomía) de abdomen, muslos, caderas, piernas, glúteos, antebrazos, brazos, manos, panículo adiposo submentoniano y otras áreas.
 6. Procedimientos oculares o de cejas, como blefaroplastia, ptosis de cejas o cantoplastia.
 7. Procedimientos ginecológicos o de urología, como clitoroplastia, labioplastia, rejuvenecimiento vaginal, escrotoplastia, prótesis testicular y vulvectomía.
 8. Electrólisis, trasplante de cabello o depilación con láser.
 9. Estiramiento corporal, facial, de los brazos, del cuello o de los muslos, entre otros.
 10. Liposucción.
 11. Cirugía de nariz, como rinoplastia o septoplastia.
 12. Otoplastia.
 13. Implante peniano.
 14. Tratamiento de várices.
 15. Bermellectomía con mejora de la mucosa.
- Terapia con testosterona.
 - Terapia (incluye atención domiciliaria):
 - Terapia ocupacional.
 - Fisioterapia.
 - Terapia del habla.
 - Trasplantes y servicios relacionados; los trasplantes deben realizarse a través de la red designada especializada en trasplantes de Health Net.
 - Uvulopalatofaringoplastia y uvulopalatofaringoplastia con láser.
 - Vestibuloplastia.
 - Cuidado de heridas.

Excepciones: No se requiere autorización previa para el período de hospitalización en el caso de la cirugía reconstructiva como resultado de una mastectomía (incluida la mastectomía parcial). No se necesita autorización previa para las primeras 48 horas de servicios hospitalarios para pacientes internadas después de un parto vaginal ni para las primeras 96 horas después de una cesárea. Sin embargo, notifíquese a Health Net dentro de las 24 horas luego del nacimiento o tan pronto como sea razonablemente posible. La autorización previa debe obtenerse si el médico determina que es médicamente necesario que la paciente permanezca internada por un período más largo, tanto antes como después del nacimiento.

Límites de cobertura

LO QUE NO ESTÁ CUBIERTO (EXCLUSIONES Y LIMITACIONES)

- Servicios de ambulancia y de paramédicos que no impliquen el traslado del paciente o que no cumplan con los criterios de atención de emergencia, a menos que tales servicios sean médicamente necesarios y se haya obtenido una autorización previa.
- La terapia de biorretroalimentación se limita a tratamientos médicamente necesarios de determinados trastornos físicos (como la incontinencia y el dolor crónico) y trastornos de salud mental y por abuso de sustancias.
- La atención de salud mental como condición de libertad bajo palabra o de libertad condicional, o las pruebas para trastornos de salud mental y por abuso de sustancias ordenadas por un tribunal, excepto cuando esos servicios sean médicamente necesarios. **Excepción:** El plan cubrirá el costo de desarrollar una evaluación de conformidad con la sección 5977.1 del Código de Bienestar e Instituciones y de proporcionar todos los servicios de atención de salud a un afiliado cuando sea requerido o recomendado en virtud de un Acuerdo de Asistencia Comunitaria, Recuperación y Empoderamiento (por sus siglas en inglés, CARE) o con un plan CARE aprobado por un tribunal, independientemente de que el servicio lo brinde un proveedor dentro o fuera de la red. Los servicios se ofrecen al afiliado sin costo compartido ni autorización previa, excepto los medicamentos que requieren receta médica. Los medicamentos que requieren receta médica están sujetos al costo compartido que se indica en la sección “Programa de beneficios” en el *SBC* del plan y pueden requerir autorización previa.
- Servicios quiroprácticos, a menos que se indiquen como cubiertos en el *SBC* del plan.
- El calzado correctivo se limita a calzado médicamente necesario que esté hecho a medida para el afiliado y permanezca adherido a un aparato ortótico médicamente necesario que también sea un beneficio cubierto por este plan; o bien, que constituya un dispositivo podiátrico para prevenir o tratar complicaciones derivadas de la diabetes. No se cubren otros tipos de calzado correctivo, a menos que se indique específicamente en la *EOC* del plan.
- Servicios y suministros cosméticos.
- Cuidado asistencial o como residente.
- Servicios dentales para afiliados a partir de los 19 años. Sin embargo, están cubiertos los servicios dentales o de ortodoncia médicamente necesarios que sean una parte integral de la cirugía reconstructiva relacionada con procedimientos de paladar hendido. El paladar hendido incluye, además de la afección del mismo nombre, el labio leporino u otras anomalías craneofaciales asociadas con el paladar hendido.
- Suministros desechables para uso en el hogar, excepto ciertos suministros para ostomía o urología desechables.
- Procedimientos experimentales o de investigación, excepto según lo establecido en las secciones “Estudios clínicos” y “Si usted no está de acuerdo con algún punto de nuestro plan” de este *Formulario de Divulgación*.

- La cobertura para la preservación de la fertilidad no incluye lo siguiente: tecnologías de reproducción asistida de seguimiento para lograr un futuro embarazo, como inseminación artificial, fertilización *in vitro* o transferencia de embriones; diagnóstico genético previo a la implantación; donación de óvulos, espermatozoides o embriones; o portadoras gestacionales (madres sustitutas).
- Las pruebas genéticas no están cubiertas, excepto cuando Health Net las considera médicamente necesarias. El médico que las indica tiene que solicitar una autorización previa para la cobertura. Sin embargo, no se requiere autorización previa para las pruebas de biomarcadores de afiliados con cáncer avanzado o metastásico en estadio 3 o 4.
- Audífonos.
- Vacunas e inyecciones para viajes al extranjero o por motivos laborales.
- Servicios y suministros para tratar la infertilidad, a menos que se indiquen como cubiertos en el *SBC* del plan.
- Terapia matrimonial, salvo cuando se proporciona en relación con otros servicios prestados para trastornos de salud mental o por abuso de sustancias tratables.
- Instituciones no autorizadas. Este plan solo cubre servicios o suministros médicamente necesarios proporcionados por un hospital, un centro de cuidado de pacientes terminales, un centro de enfermería especializada aprobado por Medicare, un centro de tratamiento residencial con licencia u otro centro médico que funcione con la licencia correspondiente, tal como se especifica en la *EOC* del plan. Cualquier institución que no tenga licencia para prestar servicios y suministros médicos, independientemente de cómo se la denomine, no es una institución elegible.
- Ortopedia (ejercicios oculares).
- Aparatos ortopédicos (como aparatos ortopédicos, soportes y yesos) que no estén hechos a medida. Consulte el ítem sobre calzado correctivo que aparece anteriormente para conocer las limitaciones adicionales de los aparatos ortopédicos para los pies.
- Medicamentos que requieren receta médica para pacientes ambulatorios (excepto según se indica en la sección “Programa de Medicamentos que Requieren Receta Médica”).
- Artículos personales o para comodidad personal.
- Autotratamiento del médico.
- Médicos que traten a familiares directos.
- Habitación privada cuando sea hospitalizado, a menos que sea médicamente necesaria.
- Atención de enfermería privada.
- Cirugía refractiva del ojo, a menos que sea médicamente necesaria, recomendada por el médico tratante del afiliado y autorizada por Health Net.
- Cirugía para revertir procedimientos de esterilización.
- Cuidado de los pies de rutina para el tratamiento de callos y corte de uñas, a menos que sea médicamente necesario.
- Exámenes físicos de rutina (incluidos los exámenes psicológicos o las pruebas de detección de drogas) para seguros, licencias, empleos, escuelas, campamentos u otros propósitos que no sean preventivos.

- Servicios y suministros no autorizados por Health Net, de acuerdo con los procedimientos de Health Net.
- Los servicios por un embarazo de madre sustituta están cubiertos cuando la madre sustituta está afiliada a Health Net. Sin embargo, cuando se obtenga un pago por la sustitución, Health Net tendrá un derecho de retención sobre ese pago para recuperar sus gastos médicos.
- Servicios recibidos antes de la fecha de entrada en vigor o después de la terminación de la cobertura, excepto según lo específicamente estipulado en la sección “Extensión de beneficios” de la *EOC* del plan.
- Servicios relacionados con la educación y la capacitación, incluidos los servicios con propósitos laborales o profesionales, a excepción del tratamiento de salud del comportamiento para el trastorno generalizado del desarrollo o el autismo.
- Tratamiento en un hospital estatal, salvo que lo reciba por una emergencia o por atención requerida de urgencia.
- Estrés, salvo cuando el servicio se proporciona en relación con otros servicios prestados para trastornos de salud mental o por abuso de sustancias tratables.
- Tratamiento de trastornos de la articulación de la mandíbula o procedimientos quirúrgicos para reducir o realinear la mandíbula, a menos que sean médicamente necesarios.
- Tratamiento de la obesidad, reducción o control de peso, excepto el tratamiento de la obesidad mórbida. Algunos servicios pueden cubrirse como servicios de atención preventiva según se describe en la *EOC* del plan.

La lista anterior es parcial y se refiere a las principales exclusiones y limitaciones aplicables a la parte médica de su plan de Health Net. La *EOC*, que recibirá si se inscribe en este plan, contendrá la lista completa.

Beneficios y cobertura

ATENCIÓN MÉDICAMENTE NECESARIA

Todos los servicios que sean médicamente necesarios estarán cubiertos por su plan de Health Net (a menos que estén específicamente excluidos conforme al plan). Todos los servicios o suministros cubiertos se detallan en la *EOC* del plan; cualquier otro servicio o suministro no está cubierto.

EMERGENCIAS

Health Net cubre la atención de emergencia y la atención requerida de urgencia en todo el mundo. Si necesita atención de emergencia o atención requerida de urgencia, busque atención donde esté disponible de inmediato. Según las circunstancias, puede procurar la atención requerida de urgencia acudiendo a su médico (por problemas médicos), a su profesional de salud mental participante (por trastornos de salud mental y abuso de sustancias) o a un centro de atención de urgencia. En caso de emergencia, vaya al centro de emergencias más cercano, o bien, llame al **911**.

Se le recomienda que utilice de manera adecuada el sistema de respuesta de emergencia **911** en las áreas en las que dicho sistema está establecido y en funcionamiento cuando tenga una afección médica de emergencia (incluidos los trastornos de salud mental y por abuso de sustancias) que requiera una respuesta de emergencia. Se cubrirán todos los servicios de ambulancia aérea y terrestre, y los servicios de transporte en ambulancia proporcionados como resultado de una llamada al **911** si la solicitud se realiza debido a una afección médica de emergencia (incluidos los trastornos de salud mental y por abuso de sustancias). También puede llamar al 988, el sistema nacional de línea directa para casos de suicidio y crisis de salud mental.

La atención de emergencia está cubierta en el nivel de beneficios dentro de la red y no requiere autorización previa. La atención de seguimiento (incluida aquella para trastornos de salud mental y por abuso de sustancias) después de que la urgencia haya pasado y su problema se haya estabilizado estará cubierta en cualquiera de los niveles de beneficios (dentro o fuera de la red) para la que califique, sujeta a los requisitos de autorización previa correspondientes, y a las exclusiones y limitaciones del plan.



*La **atención de emergencia** incluye pruebas de detección, evaluaciones y exámenes realizados por un médico (u otro personal hasta el punto permitido por la ley aplicable y dentro del alcance de su licencia y privilegios) para determinar si existe una afección médica de emergencia o un parto activo y, si así fuera, cuál es la atención, el tratamiento y la cirugía, siempre y cuando se encuentre dentro del alcance de la licencia del profesional, necesarios para aliviar o eliminar la afección, dentro de las capacidades del centro. “Parto activo” es el trabajo de parto en un momento en el que podrían ocurrir cualquiera de las dos situaciones siguientes: (1) no hay tiempo suficiente para realizar un traslado seguro a otro hospital antes del parto o (2) un traslado representa una amenaza para la salud y la seguridad de la afiliada o de su niño por nacer. La atención de emergencia también incluirá pruebas de detección, evaluaciones y exámenes adicionales por parte de un médico (u otro personal hasta el punto permitido por la ley aplicable y dentro del alcance de su licencia y privilegios) para determinar si existe una afección médica psiquiátrica de emergencia, así como la atención y el tratamiento necesarios para aliviar o eliminar esa afección, ya sea dentro de las capacidades del centro o mediante el traslado del afiliado a una unidad psiquiátrica dentro de un hospital general de atención aguda o a un hospital psiquiátrico de atención aguda según sea médicamente necesario.*

Se cubrirán todos los servicios de ambulancia aérea y terrestre, y los servicios de transporte en ambulancia proporcionados como resultado de una llamada al 911 si la solicitud se realiza debido a una afección médica de emergencia (incluidos los trastornos de salud mental y por abuso de sustancias).

*Una **afección médica de emergencia** es una enfermedad que se manifiesta mediante síntomas agudos (incluido el dolor intenso) de tal gravedad que, ante la falta de atención médica inmediata, podría esperarse razonablemente que ocurriera cualquiera de las siguientes situaciones: (1) se pondría en grave peligro la salud del paciente, (2) se dañarían gravemente las funciones del cuerpo, o (3) se produciría una disfunción grave de los órganos o las partes del cuerpo.*

*Una **afección médica psiquiátrica de emergencia** es un trastorno de salud mental o por consumo de sustancias que se manifiesta mediante síntomas agudos de gravedad suficiente como para que el paciente (1) se convierta en un peligro inmediato para sí mismo o para los demás, o (2) tenga una incapacidad inmediata para procurarse o utilizar alimentos, alojamiento o ropa, debido al trastorno de salud mental o por consumo de sustancias.*

*La **atención requerida de urgencia** incluye cualquier servicio médico de otra manera cubierto, que una persona consideraría necesario para el tratamiento de una lesión, una enfermedad inesperada o una complicación de una afección existente, incluido el embarazo, para prevenir el deterioro grave de su salud, pero que no cumple con la definición de atención de emergencia mencionada en esta sección. Esto podría incluir servicios para casos en que una persona debería haber sabido que no existía una emergencia.*

AVISO DE COBERTURA EXIGIDA

Los beneficios de este plan le brindan la cobertura exigida por la Ley Federal de Protección de la Salud de la Madre y el Recién Nacido de 1996 y por la Ley de Salud de la Mujer y Derechos sobre el Cáncer de 1998.

Conforme a la Ley de Protección de la Salud de la Madre y el Recién Nacido de 1996, se establece un período mínimo de internación después del parto. En concreto, los planes de salud grupales y las entidades emisoras de seguros de salud por lo general no pueden, en virtud de la ley federal, restringir los beneficios del período de internación en relación con el nacimiento, tanto para la madre como para el niño recién nacido, a menos de 48 horas después de un parto vaginal o a menos de 96 horas después de una cesárea. Sin embargo, en la ley federal por lo general no se prohíbe que el proveedor a cargo de la atención de la madre o del recién nacido, después de consultar a la madre, pueda darles de alta a ella o al recién nacido antes de las 48 horas (o 96 horas, según corresponda). En cualquier caso, según la ley federal, los planes y sus emisores no podrán exigir que un proveedor obtenga autorización del plan o de la entidad emisora de seguros para indicar una internación que no supere las 48 horas (o 96 horas).

La Ley de Salud de la Mujer y Derechos sobre el Cáncer de 1998 se aplica a las mastectomías médicamente necesarias y en ella se exige cobertura de las prótesis y la cirugía reconstructiva en cualquiera de los senos a fin de restaurar y lograr la simetría.

ACCESO OPORTUNO A LA ATENCIÓN DE PROVEEDORES PREFERIDOS

El Departamento de Atención Médica Administrada de California (por sus siglas en inglés, DMHC) ha establecido reglamentaciones (Código de Regulaciones de California, título 28, sección 1300.67.2.2) que determinan requisitos para el acceso oportuno a los servicios de atención de salud que no son de emergencia. Los proveedores de la red de Health Net PPO se comprometen a proporcionar atención oportuna.

Comuníquese con Health Net al número que aparece en la contraportada los 7 días de la semana, las 24 horas del día, para acceder a los servicios de selección o clasificación según las prioridades de atención. Health Net brinda acceso a servicios de atención de salud cubiertos de manera oportuna. Si quiere obtener más información, consulte la EOC del plan o llame al Centro de Comunicación con el Cliente de Health Net, al número de teléfono que aparece en la contraportada.

Consulte la sección “Aviso de Servicios de Idiomas” para obtener información acerca de la disponibilidad de servicios de interpretación sin costo.

ESTUDIOS CLÍNICOS

Los costos de la atención de rutina para los pacientes con diagnóstico de cáncer o alguna otra enfermedad o afección de riesgo vital, quienes han sido aceptados en estudios clínicos de fase I, II, III o IV, están cubiertos cuando estos estudios son médicamente necesarios, recomendados por el médico tratante del afiliado y autorizados por Health Net. El médico debe determinar que la participación en el estudio tenga un beneficio potencialmente significativo para el afiliado y que el estudio tenga una intención terapéutica. Si quiere obtener más información, consulte la *EOC* del plan.

COBERTURA PARA RECIÉN NACIDOS

Los bebés nacidos después de la fecha de su inscripción están automáticamente cubiertos durante 31 días (a partir de la fecha de nacimiento). Para continuar con la cobertura, se debe inscribir al bebé a través de su empleador antes del día 60 posterior a su nacimiento. Si no se inscribe al bebé dentro de los 60 días (a partir de la fecha de nacimiento):

- La cobertura finalizará después de los 31 días (a partir de la fecha de nacimiento).
- Tendrá que pagar toda la atención médica brindada después del día 31 (a partir de la fecha de nacimiento).

DERECHOS DE INSCRIPCIÓN ESPECIAL CONFORME A LA LEY DE REAUTORIZACIÓN DEL PROGRAMA DE SEGURO DE SALUD PARA NIÑOS DE 2009

Conforme a la Ley de Reautorización del Programa de Seguro de Salud para Niños de 2009 (por sus siglas en inglés, CHIPRA), se crea un período de inscripción especial en el que las personas y sus dependientes son elegibles para solicitar la inscripción en este plan dentro de los 60 días posteriores al momento en que dejan de ser elegibles y pierden la cobertura de un plan Medi-Cal.

PROVEEDORES FUERA DEL ESTADO

Health Net PPO permite que usted acceda a proveedores participantes fuera de California. Si se encuentra fuera de California y necesita atención o tratamiento médicos, y se atiende con un proveedor de la red suplementaria, estos servicios estarán cubiertos en el nivel de beneficios dentro de la red. Si su residencia principal está fuera de California, todos los servicios dentro de la red se brindarán a través de la red suplementaria.

Usted estará sujeto a los mismos deducibles, copagos, coseguros, máximos y limitaciones que los que corresponderían si recibiera los servicios de un proveedor preferido en California. Existe la siguiente excepción: los gastos cubiertos se calcularán sobre la base del monto que sea menor entre (i) los cargos facturados reales o (ii) el cargo que la red de proveedores fuera del estado tiene permitido cobrar, según el contrato entre Health Net y la red. En un número reducido de estados, los estatutos locales pueden establecer una base distinta para el cálculo de sus gastos cubiertos.

La red suplementaria, según se indica en su tarjeta de identificación de Health Net, está compuesta de proveedores que participan en una red que acuerdan brindar servicios de atención de salud a los afiliados a Health Net.

EXTENSIÓN DE BENEFICIOS

Si usted o un familiar cubierto presentan una discapacidad total cuando su empleador finaliza el contrato grupal de servicios con Health Net, es posible que se cubra el tratamiento de la discapacidad hasta que ocurra una de las siguientes situaciones:

- Transcurra un máximo de 12 meses consecutivos desde la fecha de terminación.
- Se hayan agotado los beneficios disponibles.
- Termine la discapacidad.
- El afiliado se inscriba en otro plan que cubra la discapacidad.

Debe solicitar a Health Net una extensión de beneficios por discapacidad dentro de los 90 días posteriores a la finalización del contrato de su empleador con nosotros. A intervalos especificados, solicitaremos un comprobante médico que certifique la discapacidad total.

CONFIDENCIALIDAD Y DIVULGACIÓN DE LA INFORMACIÓN DE LOS AFILIADOS

Health Net sabe que la información personal de los expedientes médicos es privada. Por lo tanto, protegemos su información médica personal en todos los entornos (esto incluye información oral, escrita y electrónica). El único caso en que divulgaríamos su información confidencial sin su autorización es para pago, tratamiento y operaciones de atención de salud (incluidos, entre otros, los programas de administración de la utilización, mejoramiento de la calidad, control de enfermedades o administración de casos), o cuando lo permita o requiera la ley, como por una orden o citación de un tribunal. No divulgaremos los detalles confidenciales de sus reclamos a su empleador o su agente. A menudo, a Health Net se le exige cumplir con medidas y requisitos de información de datos adicionales. En esos casos, no divulgamos ninguna información que identifique a nuestros afiliados, para proteger su privacidad.

PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

Cuando se convierte en afiliado, Health Net utiliza y divulga la información médica protegida y la información financiera personal no pública* del afiliado para propósitos de tratamiento, pago, operaciones de atención de salud y cuando lo permita o requiera la ley. Health Net proporciona a los afiliados un *Aviso de Prácticas de Privacidad* en el que se describe cómo utiliza y divulga información médica protegida; los derechos de la persona de acceder y solicitar modificaciones, restricciones y un informe de la divulgación de información médica protegida; y los procedimientos para presentar quejas. Health Net le dará la oportunidad de aprobar o rechazar la divulgación de su información para propósitos que no sean de divulgación de rutina, como por ejemplo, publicidad. Health Net brinda acceso a los afiliados para que revisen u obtengan una copia de la información médica protegida del afiliado que, en Health Net, conservamos en un conjunto de registros determinados. Health Net

protege la información oral, escrita y electrónica en toda la organización, mediante el uso de garantías de seguridad razonables y apropiadas. Dichas garantías incluyen limitar el acceso a la información médica protegida de una persona solo a aquellas personas que necesiten conocer dicha información para realizar un pago, un tratamiento u operaciones de atención de salud, o bien, cuando lo permita o requiera la ley. Health Net divulga información médica protegida a los patrocinadores del plan para la administración de planes autofinanciados, pero no divulga dicha información a patrocinadores del plan o a empleadores para productos asegurados, a menos que el patrocinador del plan vaya a pagar o a cumplir con una operación de atención de salud para el plan. Puede encontrar el *Aviso de Prácticas de Privacidad* completo de Health Net en la EOC del plan, en www.healthnet.com, en “Prácticas de privacidad”, o puede llamar al Centro de Comunicación con el Cliente, al número de teléfono que se encuentra en la contraportada de este cuadernillo para obtener una copia.

* *La información financiera personal no pública incluye la información financiera que pueda identificarlo y que usted nos haya proporcionado para obtener la cobertura del plan de salud o que hayamos obtenido al brindarle los beneficios. Algunos ejemplos incluyen números de Seguro Social, saldos de cuentas e historial de pagos. No divulgamos ninguna información personal no pública sobre usted a ninguna persona, excepto según lo permita la ley.*

Administración de la utilización

La administración de la utilización es una parte importante de la administración de la atención de salud. A través de los procesos de autorización previa, revisión simultánea y retrospectiva, y administración de la atención, evaluamos los servicios proporcionados a nuestros afiliados para asegurarnos de que sean médicamente necesarios y apropiados para el lugar y el momento. Estos procesos ayudan a mantener los estándares de administración médica de alta calidad de Health Net.

AUTORIZACIÓN PREVIA

Algunos servicios propuestos pueden requerir una evaluación antes de su aprobación. Para evaluar que el procedimiento sea médicamente necesario y se haya planeado para el entorno apropiado (es decir, para pacientes internados, cirugía ambulatoria, etc.), se usan criterios basados en la evidencia.

REVISIÓN SIMULTÁNEA

Este proceso continúa con la revisión para autorizar el tratamiento de afecciones de pacientes internados y ciertas afecciones de pacientes ambulatorios en forma simultánea al seguimiento de la evolución de un afiliado, como, por ejemplo, durante la hospitalización de un paciente internado o mientras se reciben servicios de cuidado de la salud en el hogar como paciente ambulatorio.

PLANIFICACIÓN DEL ALTA

Este elemento del proceso de revisión simultánea garantiza que se planifique el alta de manera segura para el afiliado en concordancia con las órdenes de alta del médico y que se autoricen los servicios posteriores a la hospitalización, cuando sean necesarios.

REVISIÓN RETROSPECTIVA

Este proceso de administración médica evalúa la conveniencia de los servicios médicos caso por caso, luego de que se hayan prestado los servicios. Se realiza, por lo general, en casos en los que se requería autorización previa, pero no se obtuvo.

ADMINISTRACIÓN DE LA ATENCIÓN O DE CASOS

Los administradores de atención de enfermería brindan asistencia, educación y orientación a los afiliados (y a sus familias) para problemas importantes de salud crónicos (a largo plazo) o agudos. Los administradores de atención trabajan en estrecha colaboración con los afiliados, sus médicos y los recursos comunitarios.

Si quiere obtener más información sobre el proceso de administración de la utilización de Health Net, llame al Centro de Comunicación con el Cliente de Health Net, al número de teléfono que aparece en la contraportada.

Pago de honorarios y cargos

PAGO PREVIO DE LOS HONORARIOS

El empleador pagará a Health Net sus cargos de suscripción mensuales y los de todos los familiares inscritos. Consulte con su empleador qué parte debe pagar usted. Si alguna vez su parte aumenta, el empleador se lo informará con anticipación.

GASTOS CUBIERTOS

Los gastos cubiertos son aquellos que usted realiza por servicios y suministros cubiertos mientras está inscrito en este plan. Usted es responsable de pagar su parte del costo de los servicios (es decir, deducibles, copagos o coseguro). Su parte de los costos se basa en los gastos cubiertos.

Un gasto cubierto no siempre es el monto que un médico o un proveedor facturan por un servicio. El monto de los gastos cubiertos varía según si obtiene los servicios de un proveedor preferido o de un proveedor fuera de la red. En el caso de un proveedor preferido, el gasto cubierto es la tarifa contratada. En el caso de un proveedor fuera de la red, el gasto cubierto es el monto máximo permitido. Consulte “Monto máximo permitido para proveedores fuera de la red” más adelante en esta sección para obtener información adicional.

OTROS CARGOS

En el *SBC*, se explica su cobertura y el pago de los servicios. Tómese un momento para leerla en detalle.

Con Health Net PPO, usted debe pagar una parte de los costos de su atención. Los montos que usted paga se denominan “**deducible**”, “**copago**” y “**coseguro**”, y se describen en el *SBC*. El monto que usted paga puede variar desde un monto fijo hasta un porcentaje significativo de los costos. Todo depende del médico (y el hospital) que seleccione. En general:

- Si sus beneficios están sujetos a un deducible, usted debe pagar el deducible antes de que comencemos a pagar esos beneficios.

- Paga menos cuando recibe atención de médicos o en hospitales contratados por nuestra PPO, debido a que han acordado por anticipado brindar servicios por un honorario específico (una tarifa contratada). Usted solo pagará el deducible, copago o coseguro dentro de la red que corresponda. Los proveedores preferidos acordaron aceptar la tarifa contratada como pago total y es posible que no le facturen cargos que superen dicha tarifa.
- Si recibe atención de médicos o en hospitales fuera de la red, usted será responsable de pagar cualquier deducible, copago o coseguro fuera de la red que corresponda, **además** de cualquier cargo que exceda el MAA.

Excepciones: En las siguientes situaciones, se aplica el nivel de beneficios dentro de la red y usted no debe pagar ningún monto que supere el MAA:

- Si autorizamos que un proveedor fuera de la red brinde servicios médicamente necesarios porque no se encuentra disponible un proveedor preferido para brindar dichos servicios.
- Cuando un proveedor fuera de la red le brinda servicios que no son de emergencia en un centro de salud dentro de la red, y a usted no le informan antes de recibir los servicios que dicho proveedor no pertenece a la red.
- Cuando un proveedor fuera de la red le brinda servicios de emergencia.

Para obtener más información y conocer los requisitos, consulte la EOC.

- Para algunos servicios, es necesaria una autorización previa para obtener los beneficios completos. Para obtener detalles, consulte la sección “Requisitos de autorización previa” de este *Formulario de Divulgación*.
- Para protegerlo de gastos médicos inusualmente altos, existe un monto máximo (o **desembolso máximo**) que usted será responsable de pagar en un mismo año. Cuando el pago total que usted realizó por los deducibles, copagos y coseguros iguale al desembolso máximo indicado en el SBC del plan, pagaremos el 100% de los gastos cubiertos. (Existen excepciones. Para obtener detalles, consulte el SBC y la EOC).



Los pagos por cualquiera de los servicios no cubiertos por este plan no cuentan para el desembolso máximo por año calendario. Además, ciertos deducibles y copagos no cuentan para el desembolso máximo, tal como se muestra en el SBC. Si quiere obtener más información, consulte la EOC del plan.

MONTO MÁXIMO PERMITIDO PARA PROVEEDORES FUERA DE LA RED

Cuando recibe atención de un proveedor fuera de la red, su parte de los costos se basa en el MAA. Usted debe pagar los deducibles, los copagos o el coseguro correspondientes y cualquier monto facturado que supere el MAA. Debe pagar toda la atención que no está cubierta por este plan.

El MAA puede ser menor que el monto que factura el proveedor por servicios y suministros. Health Net calcula el MAA como el monto facturado por el proveedor fuera de la red o el monto determinado según lo descrito a continuación, lo que sea menor. El MAA no es el monto que Health Net paga por un servicio cubierto. El pago real se reducirá de acuerdo con los deducibles, los copagos, el coseguro y otros montos aplicables, según lo descrito en la EOC.

- **El monto máximo permitido para servicios y suministros cubiertos (excluyendo la atención de emergencia, los servicios dentales pediátricos y los productos farmacéuticos para pacientes ambulatorios)** recibidos de un proveedor fuera de la red es un porcentaje de lo que pagaría Medicare, conocido como “monto permitido de Medicare”.

Con fines exclusivamente ilustrativos, para un proveedor fuera de la red, Health Net paga el 70% y el afiliado paga un coseguro del 30%:

Cargo facturado del proveedor fuera de la red por visita extendida al consultorio	\$128.00
---	----------

Monto máximo permitido para visitas extendidas al consultorio (solo a modo de ejemplo, no significa que el monto máximo permitido sea siempre este mismo monto)	\$102.40
---	----------

Su coseguro es del 30% del MAA: 30% x \$102.40 (supone que el deducible ya se ha alcanzado)	\$30.72
--	---------

Usted también es responsable de pagar la diferencia entre el cargo facturado (\$128.00) y el monto máximo permitido (\$102.40)	\$25.60
---	---------

MONTO TOTAL DEL CARGO DE \$128.00 QUE USTED DEBE PAGAR	\$56.32
---	----------------

El monto máximo permitido para servicios en centros, incluidos, entre otros, hospitales, centros de enfermería especializada y cirugía ambulatoria, se determina aplicando el 150% del monto permitido de Medicare.

El monto máximo permitido para servicios médicos y todos los otros tipos de servicios y suministros es el cargo facturado o el 100% del monto permitido de Medicare, lo que sea menor.

En el caso de que no haya un monto permitido de Medicare para un servicio facturado o un código de suministro:

- El MAA para servicios profesionales y auxiliares será del 100% de la metodología de integración de Medicare de FAIR Health. Para los servicios o suministros no valuados por la metodología de integración, el monto será el menor de los siguientes: (1) el monto promedio negociado con los proveedores preferidos dentro de la región geográfica para los mismos servicios cubiertos o suministros provistos; (2) el percentil 50 de la base de datos de FAIR Health de servicios profesionales y auxiliares no incluidos en la metodología de integración de Medicare de FAIR Health; (3) el 100% del monto permitido de Medicare para los mismos servicios o suministros cubiertos según los códigos de facturación alternativa publicados por Medicare; o (4) el 50% de los cargos facturados de los proveedores fuera de la red para servicios cubiertos. Solo se sustituirá una base de datos o servicio de valoración similar si una determinada base de datos o servicio de valoración no se encuentra disponible debido a la suspensión por el proveedor o la terminación de un contrato.
- El MAA para servicios en centros será el menor de los siguientes: (1) el monto promedio negociado con los proveedores preferidos dentro de la región geográfica para los mismos servicios o suministros cubiertos brindados; (2) el 100% del monto derivado con el uso de un método desarrollado por Data iSight para servicios en centros (un servicio de datos que aplica el factor de margen de ganancias a los costos estimados de los servicios prestados), o un servicio de base de datos o servicio de valoración similar, el cual solo será sustituido si

una determinada base de datos o servicio de valoración no se encuentra disponible debido a la suspensión por parte del proveedor o la terminación de un contrato; (3) el 150% del monto permitido de Medicare para los mismos servicios o suministros cubiertos según los códigos de facturación alternativa publicados por Medicare; o (4) el 50% de los cargos facturados de los proveedores fuera de la red para servicios cubiertos.

- **El MAA para la atención de emergencia fuera de la red** será el mayor de los siguientes: (1) el promedio de los montos negociados con proveedores preferidos para los servicios de emergencia brindados, salvo cualquier copago o coseguro dentro de la red; (2) el monto calculado con el mismo método que Health Net usa en general para determinar los pagos de los proveedores fuera de la red, salvo cualquier deducible, copago o coseguro dentro de la red; o (3) el monto pagado conforme a Medicare Parte A o B, salvo cualquier copago o coseguro dentro de la red. La atención de emergencia prestada por un proveedor fuera de la red está sujeta al deducible, al copago o al coseguro correspondientes en el nivel de beneficios de proveedor preferido. Usted no debe pagar los montos que excedan el MAA para la atención de emergencia.
- **El MAA para servicios que no son de emergencia en un centro de salud dentro de la red**, en el que, o a causa del cual, usted recibe servicios cubiertos que no son de emergencia por parte de un proveedor fuera de la red; los servicios que no son de emergencia brindados por un proveedor fuera de la red se pagarán según la tarifa contratada promedio o el 125% de los montos de reembolso de Medicare según un sistema de pago por servicio para el mismo servicio u otros similares en la región geográfica general en la que se brindaron, lo que sea mayor, a menos que el profesional de salud no contratado y Health Net hayan acordado algo distinto.
- **El monto máximo permitido para productos farmacéuticos destinados a pacientes ambulatorios cubiertos** (por ejemplo, los medicamentos inyectables) despachados y administrados al paciente en entornos ambulatorios, incluidos, entre otros, el consultorio del médico, centros de hospitalización ambulatoria y servicios en el domicilio del paciente, será el costo facturado o el precio mayorista promedio del medicamento, lo que sea menor.
- **El monto máximo permitido para servicios dentales pediátricos** es calculado por Health Net según los recursos de datos disponibles de tarifas competitivas en esa área geográfica y no debe superar las tarifas que el proveedor dental cobraría a quien realiza el pago por los mismos servicios para cada servicio dental cubierto. FAIR Health proporciona los recursos de datos de tarifas competitivas, que se actualizan dos veces al año. Health Net les reembolsa a los proveedores dentales fuera de la red el 55% de las tarifas FAIR Health. Usted debe pagar el monto del cargo facturado por el proveedor fuera de la red que exceda el gasto dental permitido.

El MAA también puede estar sujeto a otras limitaciones sobre los gastos cubiertos. Consulte la *EOC* del plan para conocer las limitaciones de beneficios, los máximos, las políticas de pago y los requisitos de autorización previa específicos que limitan el monto que Health Net paga por determinados servicios y suministros cubiertos. En Health Net se siguen las pautas disponibles de Medicare y sus contratistas, otros organismos reguladores gubernamentales, y sociedades y organizaciones médicas reconocidas en todo el país como ayuda para determinar qué servicios y procedimientos son reembolsables.

Además, en algunas ocasiones, Health Net también celebra contratos con proveedores que tienen acuerdos de aranceles contratados con proveedores (“redes de terceros”). En caso de que Health Net celebre un contrato con una red de terceros que tiene un contrato con el proveedor fuera de la red, Health Net puede utilizar como monto máximo permitido las tarifas acordadas por la red de terceros. También podemos remitir un reclamo por servicios fuera de la red a un servicio de negociación de honorarios, a fin de negociar el monto máximo permitido para el servicio o suministro brindados directamente con el proveedor fuera de la red. En cualquiera de estas circunstancias, usted no será responsable de la diferencia entre los cargos facturados y el monto máximo permitido. Deberá pagar todo deducible, copago o coseguro correspondiente en el nivel de beneficios fuera de la red.

NOTA: Cuando los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (por sus siglas en inglés, CMS) modifiquen el monto permitido de Medicare, Health Net modificará el MAA de acuerdo con el programa vigente de los CMS sin previo aviso. El pago de los reclamos se determinará según el programa vigente en el momento en que se realizaron los cargos.

El pago de los reclamos tampoco superará el monto que cobra el proveedor fuera de la red por servicios o suministros. Si quiere verificar los gastos cubiertos para cualquier tratamiento o procedimiento que esté considerando, llame al Centro de Comunicación con el Cliente.

RESPONSABILIDAD DEL SUScriptor O DE LA PERSONA INSCRITA CON RESPECTO AL PAGO

Si recibe servicios y suministros cubiertos, usted debe pagar su parte de los costos como se describe en este documento. Si recibe servicios que no están cubiertos por este plan, usted debe pagar el costo total de dichos servicios.



*Excepto en casos de emergencia, si obtiene servicios cubiertos de un proveedor fuera de la red, usted deberá pagar su parte del costo al nivel de beneficios fuera de la red **más** el monto facturado por el proveedor que exceda el MAA.*

CLÁUSULAS DE REEMBOLSO

En ningún caso usted será responsable de los pagos que Health Net adeude por gastos cubiertos.

Si tiene gastos de desembolso por servicios cubiertos, llame al Centro de Comunicación con el Cliente de Health Net para solicitar instrucciones y un formulario de reclamo. Se le reembolsarán dichos gastos menos cualquier deducible, copago o coseguro requerido, o monto que exceda los gastos cubiertos.

Llame al Centro de Comunicación con el Cliente de Health Net, al número de teléfono que aparece en la contraportada, para obtener formularios de reclamo y para averiguar si debe enviar el formulario completo a Health Net. Health Net debe recibir los reclamos médicos y de salud mental dentro del plazo de un año a partir de la fecha del servicio para que sea posible el reembolso.

Cómo presentar un reclamo

Si necesita servicios médicos, de salud mental y para trastornos por abuso de sustancias, complete y envíe el formulario de reclamo dentro del plazo de un año a partir de la fecha del servicio, a la siguiente dirección:

Health Net Commercial Claims
P.O. Box 9040
Farmington, MO 63640-9040

Llame al Centro de Comunicación con el Cliente de Health Net, al número de teléfono que aparece en la contraportada de este cuadernillo, o visite nuestro sitio web, www.healthnet.com, para obtener el formulario de reclamo.

Por medicamentos que requieren receta médica para pacientes ambulatorios, complete y envíe un formulario de reclamo para medicamentos que requieren receta médica a la siguiente dirección:

Health Net
C/O Caremark
P.O. Box 52136
Phoenix, AZ 85072

Llame al Centro de Comunicación con el Cliente de Health Net, al número de teléfono que aparece en la contraportada de este cuadernillo, o visite nuestro sitio web, www.healthnet.com, para obtener el formulario de reclamo para medicamentos que requieren receta médica.



Los reclamos por gastos cubiertos presentados después de transcurrido un año a partir de la fecha del servicio no serán pagados, a menos que pueda demostrar que no fue posible, de manera razonable, presentar su reclamo dentro de ese límite de tiempo y que presentó el reclamo tan pronto como le fue posible.

DECLARACIÓN SOBRE REEMBOLSOS

Health Net les paga a los proveedores preferidos según un sistema de pago por servicio, conforme a una tarifa contratada. Usted puede solicitar más información sobre nuestros métodos de pago llamando al Centro de Comunicación con el Cliente, al número de teléfono que aparece en la contraportada.

Centros

Cuando necesite servicios de atención de salud, los recibirá en los centros en los que trabaje el médico que usted haya elegido. Los proveedores de Health Net PPO y los centros contratados aparecen en el *Directorio de Proveedores Preferidos* de Health Net PPO.

CONTINUIDAD DE LA ATENCIÓN

Transición de la atención para las nuevas personas inscritas

Puede solicitar atención continua de un proveedor que no tiene contrato con Health Net si, en el momento de su inscripción en Health Net, estaba recibiendo atención para las situaciones que se detallan a continuación, en “Continuidad de la atención después de la terminación del contrato del proveedor”.

Health Net puede proporcionar cobertura en el nivel de beneficios dentro de la red para completar los servicios de un proveedor fuera de la red, sujeta a los copagos, deducibles y coseguros aplicables y a cualquier exclusión y limitación de su plan. Usted debe solicitar la cobertura dentro de un plazo de 60 días a partir de la fecha de entrada en vigor de su grupo, a menos que pueda demostrar que no fue razonablemente posible realizar la solicitud dentro de dicho plazo y que realice la solicitud tan pronto como le sea posible. El proveedor fuera de la red debe estar dispuesto a aceptar los mismos términos contractuales aplicables a los proveedores actualmente contratados por Health Net, que no tienen honorarios fijos por paciente y ejercen en la misma región geográfica o en una similar. Si el proveedor no acepta dichos términos, Health Net no está obligado a proporcionar cobertura a través de ese proveedor en el nivel de beneficios dentro de la red.

Continuidad de la atención después de la terminación del contrato del proveedor

Si el contrato de Health Net con un proveedor preferido finaliza, Health Net hará todo lo posible para garantizar que la atención continúe. Puede solicitar atención continua de un proveedor fuera de la red en el nivel de beneficios dentro de la red si, en el momento de la terminación del contrato, usted recibía atención de dicho proveedor para las situaciones que se detallan a continuación. Para todos los demás proveedores y hospitales que terminen sus contratos con Health Net, se enviará un aviso por escrito a los afiliados con autorizaciones previas pendientes dentro de un plazo de cinco días a partir de la fecha de terminación del contrato.

Health Net puede brindar cobertura para completar los servicios de un proveedor cuyo contrato haya terminado en el nivel de beneficios dentro de la red, sujeta a los copagos, deducibles o coseguros aplicables y a cualquier otra exclusión y limitación de su plan, y si dicho proveedor está dispuesto a aceptar los mismos términos contractuales que se aplicaban a ese proveedor antes de la terminación de su contrato. Usted debe solicitar la atención continua dentro de un plazo de 30 días a partir de la fecha de terminación del contrato del proveedor, a menos que pueda demostrar que no fue razonablemente posible realizar la solicitud dentro de dicho plazo y que realice la solicitud tan pronto como le sea posible.

Las siguientes son situaciones elegibles para recibir continuidad de la atención:

- Una enfermedad aguda.
- Una enfermedad crónica grave, sin exceder los doce meses.
- Un embarazo (incluida la atención durante el embarazo y la atención posparto inmediata).

- La salud mental materna, sin exceder los 12 meses a partir del diagnóstico o a partir del final del embarazo, lo que ocurra más tarde.
- Un recién nacido (hasta los 36 meses de edad, sin exceder los doce meses).
- Una enfermedad terminal (todo el tiempo que dure).
- Una cirugía u otro procedimiento autorizado por Health Net (o por el plan de salud anterior del afiliado si se trata de una nueva persona inscrita) como parte de un tratamiento documentado.

Para solicitar la atención continua, debe completar un *Formulario de Solicitud para Continuar con la Atención*. Si quiere obtener más información sobre cómo solicitar atención continua o si necesita una copia del *Formulario de Solicitud para Continuar con la Atención* o una copia de la política sobre continuidad de la atención de Health Net, llame al Centro de Comunicación con el Cliente de Health Net, al número de teléfono que aparece en la contraportada.

Renovación, continuidad o finalización de la cobertura

CLÁUSULAS DE RENOVACIÓN

El contrato entre Health Net y su empleador suele renovarse anualmente. Si se modifica o finaliza su contrato, su empleador se lo notificará por escrito.

CONTINUIDAD INDIVIDUAL DE LOS BENEFICIOS



Analice sus opciones cuidadosamente antes de rechazar la cobertura.

Si termina el empleo con su empleador actual, usted y sus familiares cubiertos pueden calificar para continuar con la cobertura grupal conforme a lo siguiente:

- **COBRA (Ley Ómnibus de Reconciliación Presupuestaria Consolidada de 1985):** Para la mayoría de los grupos con 20 empleados o más, COBRA se aplica a los empleados y a los dependientes elegibles, aunque vivan fuera de California. Consulte con su grupo para determinar si usted y sus dependientes cubiertos son elegibles.
- **Continuidad de la cobertura Cal-COBRA para pequeños empleadores:** Las leyes estatales exigen a Health Net ofrecer continuidad de cobertura a los empleadores con menos de 20 empleados que eran elegibles para inscribirse en el plan de salud del empleador en el 50% de los días hábiles durante el año anterior. Usted podrá encontrar más información sobre la elegibilidad para esta cobertura en su *EOC*.

- **Continuidad de cobertura de Cal-COBRA:** Si ha agotado su cobertura de COBRA y reside en California, es posible que sea elegible para la continuidad de cobertura adicional conforme a la ley estatal Cal-COBRA. Esta cobertura puede estar disponible si usted ha agotado la cobertura de COBRA federal, tuvo menos de 36 meses de cobertura de COBRA y no tiene derecho a Medicare. Si es elegible, tiene la oportunidad de continuar con la cobertura grupal conforme a este plan a través de Cal-COBRA por un período de hasta 36 meses a partir de la fecha en que comenzó la cobertura de COBRA federal.
- **Cobertura USERRA:** Según la ley federal conocida como Ley de Derechos de Empleo y Reempleo de Servicios Uniformados (por sus siglas en inglés, USERRA), se requiere que los empleadores brinden a los empleados que se ausentan del empleo para servir en los servicios uniformados y a sus dependientes, que de otra manera perderían su cobertura de salud grupal, la oportunidad de elegir la continuidad de cobertura por un período de hasta 24 meses. Para determinar si es elegible, consúltelo con su grupo.

Además, si su empleador finaliza el contrato con Health Net, usted puede ser elegible para continuar con la cobertura por una enfermedad que produzca discapacidad (hasta por 12 meses). Consulte la sección “Extensión de beneficios” de este *Formulario de Divulgación* para obtener más información.

TERMINACIÓN DE LOS BENEFICIOS

La siguiente información describe situaciones en las que su cobertura con este plan podría darse por terminada. Si quiere una descripción más completa sobre la terminación de los beneficios, consulte la *EOC* del plan.

Terminación por falta de pago de los cargos de suscripción

Su cobertura según este plan finaliza cuando el contrato entre el empleador y Health Net se termina por falta de pago de los cargos de suscripción del empleador. Health Net brindará a su empleador un período de gracia de 30 días para presentar los cargos de suscripción adeudados. Si su empleador no paga los cargos de suscripción al finalizar el período de gracia de 30 días, el contrato entre Health Net y su empleador se rescindirá, y Health Net cancelará la cobertura al finalizar dicho período de gracia.

Terminación por pérdida de elegibilidad

Su cobertura según este plan termina en la fecha en que deja de ser elegible. Algunos motivos por los que podría dejar de ser elegible para el plan incluyen, entre otros, los siguientes:

- Termina el contrato entre el empleador cubierto por este plan y Health Net.
- Deja de vivir o trabajar dentro del área de servicio de Health Net.
- Ya no trabaja para el empleador cubierto conforme a este plan.

Terminación con causa

La cobertura según este plan de Health Net puede terminar por una causa justificada, con un aviso por escrito con 30 días de anticipación, si realiza cualquier acto o práctica que constituya fraude, o una declaración falsa intencional sobre un hecho sustancial, en relación con los términos de este contrato, como por ejemplo:

- Da información falsa sobre la elegibilidad relacionada con usted o un familiar.

- Presenta una receta médica o una indicación del médico inválidas.
- Usa de forma indebida la tarjeta de identificación de Health Net (o permite que otra persona la use).
- No nos notifica cambios de la situación familiar que puedan afectar su elegibilidad o sus beneficios.

Podemos denunciar fraude u otro acto ilegal a las autoridades correspondientes para que se presenten cargos.

Cómo apelar su terminación

Tiene derecho a presentar una queja si cree que su cobertura finalizó o no se renovó en forma indebida. Una queja también se denomina queja formal o apelación. Consulte la sección “Si usted no está de acuerdo con algún punto de nuestro plan” para obtener información sobre cómo apelar la decisión de Health Net de terminar su cobertura.

Si se da por terminada su cobertura por algún motivo que no sea la falta de pago de los cargos de suscripción, y su cobertura aún continúa en vigor cuando presenta su queja, Health Net continuará su cobertura hasta que se complete el proceso de revisión, sujeto a que Health Net reciba los cargos de suscripción aplicables. Usted debe continuar pagando todos los deducibles y los copagos correspondientes por todos los servicios y suministros recibidos durante la continuación de la cobertura en el proceso de revisión.

Si su cobertura ya ha finalizado cuando presenta su pedido de revisión, Health Net no tiene la obligación de continuar la cobertura. Sin embargo, usted puede solicitar una revisión de la decisión de Health Net de terminar su cobertura mediante el proceso de presentación de quejas descrito en la sección “Si usted no está de acuerdo con algún punto de nuestro plan”.



Si la persona involucrada en cualquiera de las actividades antes mencionadas es el empleado inscrito, la cobertura brindada por este plan también terminará para todos los familiares cubiertos.

Si usted no está de acuerdo con algún punto de nuestro plan

Las disposiciones a las que se hace referencia en esta sección, según se describe a continuación, corresponden a los servicios y suministros cubiertos conforme a este *Formulario de Divulgación*.

El Departamento de Atención Médica Administrada de California es la entidad responsable de regular los planes de servicios de atención de salud. Si tiene alguna queja formal contra su plan de salud, debe llamar primero al plan de salud al **(1-800-522-0088)** y seguir el proceso de presentación de quejas formales del plan antes de comunicarse con el departamento. Recurrir a este proceso no impide el ejercicio de ningún posible derecho ni recurso legal que pueda estar a su disposición. Si necesita ayuda con una queja formal relacionada con una emergencia, una queja formal que su plan de salud no haya resuelto satisfactoriamente o una queja formal que siga sin resolverse después de 30 días, puede

llamar al departamento para obtener ayuda. También puede ser elegible para una revisión médica independiente (por sus siglas en inglés, IMR). Si es elegible para una IMR, el proceso de IMR proporcionará una revisión imparcial de las decisiones médicas tomadas por un plan de salud en relación con la necesidad médica de un servicio o tratamiento propuestos, las decisiones de cobertura para los tratamientos que son de naturaleza experimental o de investigación y las disputas por pagos de servicios médicos de emergencia o de urgencia. El departamento también tiene un número de teléfono gratuito (**1-888-466-2219**) y una línea TDD (**1-877-688-9891**) para las personas con dificultades de audición y del habla. El sitio web del departamento, www.dmhca.gov, tiene formularios de quejas, formularios de solicitud de revisión médica independiente e instrucciones en línea.

PROCESO DE PRESENTACIÓN DE QUEJAS FORMALES Y APELACIONES DEL AFILIADO

Si usted no está satisfecho con la calidad de la atención que ha recibido o siente que se le ha negado un servicio o un reclamo que le corresponde, puede presentar una queja formal o apelación.

Cómo presentar una queja formal o una apelación

Puede llamar al Centro de Comunicación con el Cliente al número de teléfono que aparece en la contraportada o enviar un *Formulario de Quejas Formales del Afiliado* a través del sitio web de Health Net, www.healthnet.com.

También puede escribir a la siguiente dirección:

Health Net of California
P.O. Box 10348
Van Nuys, CA 91410-0348

Incluya toda la información de su tarjeta de identificación de Health Net, así como también los detalles de su inquietud o problema.

Health Net acusará recibo de su queja formal o apelación dentro de un plazo de cinco días calendario, revisará la información y le indicará su decisión por escrito, dentro de los 30 días a partir de la recepción de la queja formal. Para las afecciones en las que existe una amenaza inmediata y grave para su salud, incluido el dolor intenso o la posibilidad de perder la vida, una extremidad o una función corporal importante, Health Net deberá notificarle sobre el estado de su queja formal dentro de un plazo de tres días como máximo, después de la recepción de toda la información requerida. En el caso de las quejas formales urgentes, en Health Net le notificaremos de inmediato su derecho a comunicarse con el Departamento de Atención Médica Administrada. No se le exige que haya participado en el proceso de presentación de quejas formales de Health Net antes de presentar una solicitud al Departamento de Atención Médica Administrada para la revisión de una queja formal urgente.



Además, usted puede solicitar al Departamento de Atención Médica Administrada una revisión médica independiente de los servicios de atención de salud en disputa si cree que los servicios elegibles para la cobertura y el pago de acuerdo con el plan han sido indebidamente rechazados, modificados o retrasados por Health Net o por uno de sus proveedores contratados.

Asimismo, si Health Net rechaza su apelación de una denegación por no haber necesidad médica, o rechaza o retrasa la cobertura de un tratamiento solicitado que involucra medicamentos, dispositivos, procedimientos o terapias experimentales o de investigación, usted puede solicitar una revisión médica independiente de la decisión de Health Net al Departamento de Atención Médica Administrada, si cumple con los criterios de elegibilidad establecidos en la EOC del plan para hacerlo.

ARBITRAJE

Si no está satisfecho con los resultados del proceso de presentación de quejas formales y apelaciones, puede someter el problema a arbitraje vinculante. Health Net usa el arbitraje vinculante para resolver disputas, incluida la mala praxis médica. Cuando se inscribe en Health Net, usted acepta someter cualquier disputa a arbitraje, en vez de llevarla a juicio ante juez o jurado.

Información adicional sobre los beneficios del plan

Los siguientes son beneficios que se encuentran disponibles a través de su plan. Si quiere una descripción más completa de los copagos, y de las exclusiones y limitaciones de los servicios, consulte la EOC del plan.

Servicios de salud del comportamiento

Usted puede obtener servicios para trastornos de salud mental y por abuso de sustancias de cualquier proveedor de salud del comportamiento. Para obtener atención en el nivel de beneficios dentro de la red, comuníquese con el Centro de Comunicación con el Cliente de Health Net al número de teléfono que aparece en la contraportada. Health Net lo ayudará a encontrar un profesional de salud del comportamiento participante cercano para que programe una cita.

Algunos servicios y suministros para trastornos de salud mental y por abuso de sustancias requieran autorización previa de Health Net para estar cubiertos. Consulte la sección “Requisitos de autorización previa” de este *Formulario de Divulgación* para obtener más detalles.

Consulte la EOC del plan para obtener una descripción más completa de los servicios y suministros para trastornos de salud mental y por abuso de sustancias que tienen cobertura.

Usted tiene derecho a recibir servicios de trastornos de salud mental o por abuso de sustancias (por sus siglas en inglés, MH/SUD) oportunos y geográficamente accesibles cuando los necesite. Si Health Net no logra coordinar esos servicios para usted con un proveedor adecuado que pertenezca a la red del plan de salud, el plan de salud deberá cubrir y coordinar los servicios que usted necesita con un proveedor fuera de la red. En ese caso, usted no tendrá que pagar nada más que su costo compartido habitual dentro de la red.

Si no necesita los servicios con urgencia, su plan de salud debe ofrecerle una cita dentro de los 10 días hábiles posteriores a la fecha en que solicitó los servicios al plan de salud. Si necesita los servicios con urgencia, su plan de salud debe ofrecerle una cita dentro de las 48 horas posteriores a su solicitud (si el plan de salud no exige autorización previa para la cita) o dentro de las 96 horas (si el plan de salud sí exige autorización previa).

Si su plan de salud no se encarga de que usted reciba los servicios dentro de estos plazos y dentro de los estándares de acceso geográfico, usted puede encargarse de recibir los servicios de cualquier proveedor con licencia, aunque el proveedor no pertenezca a la red de su plan de salud. Para que su plan de salud los cubra, la primera cita con el proveedor debe ser dentro de los 90 días calendario posteriores a la fecha en que solicitó por primera vez al plan los servicios de MH/SUD.

Si tiene preguntas sobre cómo obtener servicios de MH/SUD o tiene dificultades para obtenerlos, puede: (1) llamar a su plan de salud al número de teléfono que figura en el dorso de su tarjeta de identificación del plan de salud; (2) llamar al Centro de Ayuda del Departamento de Atención Médica Administrada de California al 1-888-466-2219; o (3) comunicarse con el Departamento de Atención Médica Administrada de California a través de su sitio web, www.healthhelp.ca.gov, para solicitar ayuda para obtener servicios de MH/SUD.

TRANSICIÓN DE LA ATENCIÓN PARA LAS NUEVAS PERSONAS INSCRITAS

Si, en el momento de inscribirse en Health Net, usted está recibiendo atención continua por un trastorno de salud mental o por abuso de sustancias agudo, grave o crónico de un proveedor no afiliado a Health Net, podemos cubrir temporalmente los servicios brindados por dicho proveedor en el nivel de beneficios dentro de la red, sujetos a los deducibles, copagos o coseguros aplicables, y a cualquier otra exclusión y limitación de este plan.

Su profesional de salud mental fuera de la red debe estar dispuesto a aceptar los términos y condiciones contractuales estándares de Health Net para los proveedores de salud mental y estar ubicado dentro del área de servicio del plan.

Para solicitar la atención continua, debe completar un *Formulario de Solicitud para Continuar con la Atención*. Si quiere obtener más información sobre cómo solicitar atención continua o si necesita una copia del *Formulario de Solicitud para Continuar con la Atención* o una copia de nuestra política sobre continuidad de la atención, llame al Centro de Comunicación con el Cliente de Health Net, al número de teléfono que aparece en la contraportada.

TRASTORNOS DE SALUD MENTAL Y POR ABUSO DE SUSTANCIAS

“Trastornos de salud mental y por abuso de sustancias” se refiere a una enfermedad mental o a un trastorno por abuso de sustancias que estén incluidos en cualquiera de las categorías de diagnóstico enumeradas en el capítulo sobre trastornos mentales y del comportamiento de la edición más actual de la *Clasificación Internacional de Enfermedades* o que estén enumerados en la versión más actual del *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales*. Los cambios en la terminología, la organización o la clasificación de los trastornos de salud mental y por abuso de sustancias que se realicen en futuras versiones del *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales* de la Asociación Estadounidense de Psiquiatría y la *Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud* de la Organización Mundial de la Salud no afectarán la cobertura de las enfermedades conforme a esta definición, siempre y cuando los proveedores de atención de salud que ejercen en especialidades clínicas pertinentes consideren que la enfermedad se trata de un trastorno de salud mental o por abuso de sustancias.

CONTINUIDAD DE TRATAMIENTO

Si usted se encuentra en tratamiento por un trastorno de salud mental o por abuso de sustancias, llame al número de teléfono que aparece en su tarjeta de identificación de Health Net para obtener ayuda con la transferencia de su atención a un proveedor de la red a fin de que los servicios cubiertos se paguen al nivel de beneficios dentro de la red.

LO QUE ESTÁ CUBIERTO

Consulte el *SBC* para obtener la explicación de los servicios cubiertos y los copagos.

LO QUE NO ESTÁ CUBIERTO (EXCLUSIONES Y LIMITACIONES)

Los servicios o suministros para el tratamiento de los trastornos de salud mental y por abuso de sustancias están sujetos a las exclusiones y limitaciones generales del plan. Consulte la sección “Límites de cobertura” de este *Formulario de Divulgación* para obtener una lista de lo que no está cubierto conforme a este plan.

Este es solo un resumen. Consulte la *EOC* del plan para determinar con exactitud los términos y condiciones de su cobertura.

Programa de Medicamentos Que Requieren Receta Médica

Health Net tiene contrato con varias cadenas de farmacias importantes, farmacias que funcionan en supermercados y farmacias de vecindario privadas de California. Para obtener una lista completa y actualizada de las farmacias participantes, visite nuestro sitio web, www.healthnet.com, o llame al Centro de Comunicación con el Cliente de Health Net, al número de teléfono que aparece en la contraportada.

LISTA DE MEDICAMENTOS ESENCIALES DE HEALTH NET

Este plan utiliza la *Lista de Medicamentos Esenciales*. La *Lista de Medicamentos Esenciales* de Health Net (o *Formulario* o la *Lista*) es aquella lista aprobada de medicamentos cubiertos para enfermedades y afecciones. Fue desarrollada para identificar los medicamentos más seguros y eficaces para los afiliados a Health Net y, al mismo tiempo, tratar de mantener beneficios de farmacia asequibles.

Les sugerimos específicamente a todos los proveedores preferidos de Health Net que consulten esta *Lista de Medicamentos Esenciales* cuando elijan medicamentos para pacientes afiliados a Health Net. Cuando su médico le receta medicamentos que figuran en la *Lista de Medicamentos Esenciales*, usted tiene la garantía de que recibe un medicamento que requiere receta médica de gran calidad y también de alto valor.

La *Lista de Medicamentos Esenciales* se actualiza regularmente, según los datos del Comité de Farmacia y Terapéutica. Los miembros de este comité son médicos que trabajan activamente en distintas especialidades médicas y farmacéuticos clínicos. Los miembros que votan son convocados de los grupos médicos contratados de California en función de su experiencia, conocimiento y pericia. Además, el Comité de Farmacia y Terapéutica con frecuencia solicita aportes a otros expertos médicos. La *Lista de Medicamentos Esenciales* y las pautas de uso para medicamentos se actualizan a medida que se dispone de nueva información clínica y de nuevos medicamentos. Para poder mantener actualizada la *Lista de Medicamentos Esenciales*, el Comité de Farmacia y Terapéutica evalúa la eficacia clínica, la seguridad y el valor general del medicamento mediante lo siguiente:

- Médicos de atención primaria y especialistas contratados.
- Publicaciones médicas y científicas.
- Experiencia pertinente en su utilización.
- Recomendaciones de médicos.

Para obtener una copia actualizada de la *Lista de Medicamentos Esenciales* de Health Net, visite nuestro sitio web, www.healthnet.com, o llame al Centro de Comunicación con el Cliente de Health Net, al número de teléfono que aparece en la contraportada. Puede buscar en la *Lista de Medicamentos Esenciales* para determinar si un medicamento específico está cubierto o no.

¿QUÉ ES UNA AUTORIZACIÓN PREVIA?

Algunos medicamentos requieren autorización previa. Esto significa que su médico debe comunicarse previamente con Health Net para proporcionarle la razón médica por la cual receta dicho medicamento. Para obtener una lista de los medicamentos que requieren autorización previa, visite nuestro sitio web, www.healthnet.com, o llame al Centro de Comunicación con el Cliente de Health Net, al número de teléfono que aparece en la contraportada.

Cómo solicitar autorización previa

Las solicitudes de autorización previa pueden presentarse electrónicamente, por teléfono o por fax. Al recibir la solicitud de su médico para una autorización previa, Health Net evaluará la información presentada y tomará una determinación basada en los criterios clínicos establecidos para el medicamento en particular. Los criterios usados para la autorización previa se desarrollan y se basan en los aportes del Comité de Farmacia y Terapéutica, así como en los de médicos especialistas expertos. Su médico puede comunicarse con Health Net para obtener las pautas de uso para medicamentos específicos.

El procesamiento de las solicitudes de autorización urgentes que emiten los médicos, así como la notificación de la determinación de Health Net a los proveedores que emiten las recetas, se realizarán tan pronto como sea posible, sin exceder las 24 horas después de la recepción por parte de Health Net de la solicitud y de cualquier información adicional solicitada por Health Net que sea razonablemente necesaria para tomar la determinación. Una solicitud de autorización previa es urgente cuando un afiliado padece una enfermedad que puede poner en riesgo grave su vida, la salud o capacidad del afiliado de recuperar su funcionamiento máximo. Las solicitudes de rutina de los médicos se procesan de manera oportuna, sin exceder las 72 horas. De la misma manera, se notifica la determinación de Health Net a los proveedores que las indican. Tanto para las solicitudes urgentes como de rutina, Health Net también debe notificar al afiliado o a su representante sobre las decisiones tomadas. Si Health Net no responde dentro del límite de tiempo requerido, la solicitud de autorización previa se puede considerar aprobada.

Si Health Net rechaza la autorización, usted recibirá una comunicación por escrito que incluirá los motivos específicos del rechazo. Si usted no está de acuerdo con la decisión, puede apelarla.

Puede presentar la apelación por escrito, por teléfono o a través del correo electrónico. Nosotros debemos recibir la apelación dentro de un plazo de 365 días a partir de la fecha del aviso de rechazo. Si quiere conocer los detalles con respecto a su derecho a apelar, consulte la *EOC* del plan.

Para presentar una apelación:

- Llame al Centro de Comunicación con el Cliente de Health Net, al número de teléfono que aparece en la contraportada.
- Visite www.healthnet.com para obtener información sobre cómo enviar un mensaje de correo electrónico al Centro de Comunicación con el Cliente.
- Escriba a esta dirección:

Health Net Customer Contact Center
P.O. Box 10348
Van Nuys, CA 91410-0348

PROGRAMA DE COMPRA POR CORREO PARA MEDICAMENTOS QUE REQUIEREN RECETA MÉDICA

Si su receta es para un medicamento de mantenimiento (un medicamento que tomará por un período prolongado), usted puede surtir su receta a través de nuestro conveniente Programa de Compra por Correo para Medicamentos Que Requieren Receta Médica. Este programa le permite recibir un suministro de medicamentos de mantenimiento para un período de hasta 90 días calendario consecutivos a través de las farmacias de compra por correo de la red. Para obtener información detallada, llame al Centro de Comunicación con el Cliente de Health Net, al número de teléfono que aparece en la contraportada.



Los narcóticos del Programa II (que son medicamentos clasificados por la Agencia Federal Antinarcóticos como medicamentos que presentan un alto riesgo de abuso) no están cubiertos a través de la compra por correo.

LO QUE ESTÁ CUBIERTO

Consulte el SBC para obtener la explicación de los servicios cubiertos y los copagos.

Este plan cubre lo siguiente:

- Medicamentos del nivel 1: Los medicamentos indicados en el nivel 1 de la *Lista de Medicamentos Esenciales* que no están excluidos de la cobertura (incluida la mayoría de los medicamentos genéricos y medicamentos de marca preferidos de bajo costo).
- Medicamentos del nivel 2: Los medicamentos indicados en el nivel 2 de la *Lista de Medicamentos Esenciales* que no están excluidos de la cobertura (incluidos los medicamentos genéricos no preferidos, medicamentos de marca preferidos y cualquier otro medicamento recomendado por el Comité de Farmacia y Terapéutica, basándose en la seguridad, eficacia y costo).
- Medicamentos del nivel 3: Los medicamentos que figuran en la *Lista de Medicamentos Esenciales* como nivel 3 (incluidos los medicamentos de marca no preferidos o los medicamentos recomendados por el Comité de Farmacia y Terapéutica en función de la seguridad, eficacia y costo, o que generalmente tienen una alternativa terapéutica preferida y a menudo menos costosa en un nivel inferior).
- Medicamentos del nivel 4 (medicamentos especializados): Los medicamentos indicados en el nivel 4 (medicamentos especializados) de la *Lista de Medicamentos Esenciales* (incluidos los medicamentos que la Administración de Alimentos y Medicamentos del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos o el fabricante exigen que se distribuyan a través de una farmacia especializada; medicamentos que requieren que el afiliado tenga una capacitación especial o un control clínico para la autoadministración o medicamentos que le cuestan a Health Net más de seiscientos dólares (\$600) netos de reembolsos por un suministro de un mes).
- Medicamentos preventivos y anticonceptivos.

MÁS INFORMACIÓN SOBRE LOS MEDICAMENTOS QUE CUBRIMOS

- Los gastos cubiertos de medicamentos que requieren receta médica corresponden a la tarifa de farmacia contratada por Health Net o al costo del medicamento de la farmacia para los medicamentos que requieren receta médica cubiertos, lo que sea menor.
- Si se aplica un deducible por medicamentos que requieren receta médica (por afiliado, por año calendario), usted debe pagar este monto por los gastos cubiertos de los medicamentos que requieren receta médica antes de que Health Net comience a pagar. Los suministros para personas con diabetes, los medicamentos preventivos y los anticonceptivos no están sujetos al deducible. Después de alcanzar el deducible, se aplican los copagos.
- Las repeticiones de medicamentos que requieren receta médica, hasta un suministro para un período de 30 días calendario consecutivos por receta médica en una farmacia contratada por Health Net, están cubiertas mediante un copago. Se requiere un copago por cada receta médica. En algunos casos, un suministro de 30 días calendario consecutivos de medicamentos puede no ser un plan de tratamiento de medicamentos apropiado de acuerdo con la Administración de Alimentos y Medicamentos (por sus siglas en inglés, FDA) o a las pautas de uso de Health Net. En ese caso, la cantidad del medicamento que se despacha puede ser inferior al suministro necesario para un período de 30 días calendario consecutivos.
- Los copagos en porcentajes se basarán en la tarifa de farmacia contratada por Health Net.
- Los medicamentos de compra por correo están cubiertos hasta un suministro para un período de 90 días calendario consecutivos. Cuando el copago de una farmacia de venta minorista es un porcentaje, el copago de compra por correo es el mismo porcentaje del costo para Health Net que el copago de la farmacia de venta minorista.
- Los medicamentos que requieren receta médica para el tratamiento del asma están cubiertos. Los espaciadores de inhaladores y los medidores de flujo espiratorio máximo están cubiertos a través del beneficio de farmacia cuando son médicamente necesarios. Los nebulizadores (que incluyen las mascarillas y los tubos) están cubiertos bajo “Equipo médico duradero”, y los programas educativos para el control del asma están cubiertos bajo “Educación del paciente”, a través del beneficio médico.
- Los medicamentos preventivos, incluidos los medicamentos para dejar de fumar, son los medicamentos de venta libre recetados o los medicamentos que requieren receta médica, utilizados con fines de salud preventiva según las recomendaciones de grados A y B del Grupo Especial de Servicios Preventivos de los EE. UU. No se impondrán límites anuales a la cantidad de días de tratamiento para todos los medicamentos para dejar de fumar y de consumir tabaco aprobados por la Administración de Alimentos y Medicamentos (por sus siglas en inglés, FDA). Los anticonceptivos cubiertos son aquellos aprobados por la FDA, ya sean de venta libre o disponibles solo con receta médica. Los anticonceptivos vaginales, orales, transdérmicos y de emergencia, y los condones están cubiertos conforme a este beneficio en farmacia. Los anticonceptivos implantables e inyectables, así como los dispositivos intrauterinos (DIU), están cubiertos por el beneficio médico (cuando son administrados por un médico). Para obtener más información, consulte la EOC del plan.

- Los suministros para personas con diabetes (tiras reactivas para el control del nivel de glucosa en sangre, lancetas, agujas y jeringas) se presentan en paquetes de 50, 100 o 200 unidades. Los paquetes no se pueden “dividir” (es decir, abrir para despachar el producto en cantidades distintas a las envasadas). Cuando se despache una receta médica, usted recibirá el tamaño del paquete o la cantidad de paquetes necesarios para que se realice la cantidad de pruebas que su médico le haya indicado para un período de hasta 30 días.
- Los medicamentos especializados requieren autorización previa y, una vez aprobados, el proveedor de especialidades farmacéuticas dispondrá el despacho de los medicamentos. Consulte la EOC del plan para obtener información adicional.

LO QUE NO ESTÁ CUBIERTO (EXCLUSIONES Y LIMITACIONES)

Los servicios o suministros excluidos como servicios de farmacia pueden estar cubiertos conforme a la sección de beneficios médicos de su plan. Además de las exclusiones y limitaciones detalladas a continuación, los beneficios para medicamentos que requieren receta médica están sujetos a las exclusiones y limitaciones generales del plan. Para obtener más información, consulte la EOC del plan.

- El suero para alergias está cubierto como beneficio médico.
- La cobertura para dispositivos se limita a dispositivos anticonceptivos vaginales, medidores de flujo espiratorio máximo, espaciadores de inhaladores y suministros para personas con diabetes. Ningún otro dispositivo estará cubierto, aun cuando sea recetado por un médico participante.
- Los medicamentos recetados para el tratamiento de la obesidad estarán cubiertos cuando sean médicamente necesarios para el tratamiento de la obesidad mórbida o cuando el afiliado reúna los requisitos de autorización previa de Health Net. En tales casos, los medicamentos estarán sujetos a la autorización previa de Health Net.
- Los medicamentos administrados por un médico o por un miembro del personal del médico.
- Los medicamentos recetados para tratamientos dentales de rutina.
- Los medicamentos recetados para acortar la duración de un resfrío común.
- Los medicamentos (incluidos los medicamentos inyectables) recetados para la disfunción sexual cuando no sean médicamente necesarios, incluidos los medicamentos para lograr, mantener o mejorar la función o la satisfacción sexual.
- Los medicamentos experimentales (los que están rotulados con la siguiente leyenda: “Caution - Limited by Federal Law to investigational use only” (Precaución: Limitado, por las leyes federales, para uso en investigaciones solamente)). Si se le niega la cobertura de un medicamento porque es experimental o de investigación, tendrá derecho a una revisión médica independiente. Para obtener información adicional, consulte la sección “Si usted no está de acuerdo con algún punto de nuestro plan” de este *Formulario de Divulgación*.
- Las agujas o jeringas hipodérmicas, excepto las agujas, jeringas y marcas específicas de plumas y agujas para plumas para insulina.
- Los agentes inmunizantes, las inyecciones (salvo la insulina), los agentes para implantación quirúrgica, los sueros biológicos, la sangre, los derivados de la sangre o el plasma sanguíneo obtenidos mediante una receta médica.

- Las dosis individuales de medicamentos despachados en envases de plástico, dosis unitarias o paquetes sellados de aluminio, a menos que sean médicamente necesarios o se encuentren disponibles únicamente en esa forma.
- Es posible que se apliquen límites a la cantidad, dosis y duración del tratamiento con algunos medicamentos. Los medicamentos que se toman “según sea necesario” pueden tener un copago basado en una cantidad específica; el envase, el frasco, la ampolla o el tubo estándares; o cualquier otra unidad estándar. En ese caso, la cantidad del medicamento que se despacha puede ser inferior al suministro necesario para un período de 30 días calendario consecutivos. Si es médicamente necesario, su médico puede solicitar a Health Net una cantidad mayor.
- Los equipos y suministros médicos (incluida la insulina) que se encuentran disponibles sin receta médica están cubiertos cuando son recetados por un médico para el control y el tratamiento de la diabetes, para fines preventivos según las recomendaciones de grados A y B del Grupo Especial de Servicios Preventivos de los EE. UU., o para la anticoncepción, conforme a lo aprobado por la FDA. Cualquier otro medicamento, equipo médico o suministro que pueda comprarse sin receta médica no está cubierto, aun cuando el médico escriba una receta médica para dicho medicamento, equipo o suministro. Sin embargo, si una dosis más alta de un medicamento que requiere receta médica o de un medicamento de venta libre se encuentra disponible solo con receta médica, ese medicamento de dosis más alta estará cubierto.
- Excepto en situaciones de atención de emergencia o de urgencia, los medicamentos que requieren receta médica surtidos en una farmacia fuera de la red no están cubiertos, a menos que en el *SBC* del plan se incluya el beneficio de farmacias fuera de la red.
- Los medicamentos que requieren receta médica indicados por un médico sin licencia.
- Una vez que tenga los medicamentos, el reemplazo de medicamentos extraviados, robados o dañados no está cubierto.
- Las cantidades de suministros para recetas médicas que excedan las recomendaciones de uso indicadas por la FDA o por Health Net no están cubiertas, a menos que sean médicamente necesarias y que se obtenga una autorización previa de Health Net. Los medicamentos que no están aprobados por la FDA no están cubiertos, excepto según se describe en la *EOC* del plan.
- Los medicamentos recetados para una afección o un tratamiento no contemplados por este plan no están cubiertos. Sin embargo, el plan cubre medicamentos para enfermedades derivadas de complicaciones que no sean de rutina a partir de un servicio no cubierto.

Este es solo un resumen. Consulte la *EOC* del plan para determinar con exactitud los términos y condiciones de su cobertura.

Programa de Atención de Acupuntura

Health Net presta los servicios de acupuntura, que, por lo general, se brindan solo para el tratamiento de náuseas o como parte de un programa integral de control del dolor para tratar el dolor crónico. Health Net tiene contrato con American Specialty Health Plans of California, Inc. (ASH Plans), para ofrecer una cobertura de atención de acupuntura de calidad y accesible. Con este programa, puede obtener atención al seleccionar un acupunturista contratado del *Directorio de Acupunturistas Contratados por ASH Plans*.

ASH Plans programará los servicios cubiertos de acupuntura para usted. Puede visitar a cualquier acupunturista contratado sin una remisión de su proveedor, médico o médico de atención primaria participante.

Puede recibir servicios cubiertos de acupuntura de cualquier acupunturista contratado. No es necesario que designe a un acupunturista contratado antes de realizar la visita para recibir servicios cubiertos de acupuntura. Debe recibir servicios cubiertos de acupuntura de un acupunturista contratado, salvo en los siguientes casos:

- Si los servicios cubiertos de acupuntura no están disponibles y usted no puede acceder a ellos en su condado de residencia, puede obtener servicios cubiertos de acupuntura de un acupunturista no contratado que esté disponible y al que pueda acceder en un condado vecino solo con remisión de ASH Plans.

Es posible que todos los servicios de acupuntura cubiertos estén sujetos a la verificación de necesidad médica de ASH Plans, excepto los enumerados a continuación:

- El examen de un nuevo paciente llevado a cabo por un acupunturista contratado y la prestación o el comienzo, durante dicho examen, de servicios de acupuntura cubiertos que sean médicamente necesarios, siempre que concuerden con los estándares reconocidos del ejercicio profesional.

LO QUE NO ESTÁ CUBIERTO (EXCLUSIONES Y LIMITACIONES)

Los servicios o suministros excluidos del Programa de Atención de Acupuntura pueden estar cubiertos conforme a la sección de beneficios médicos de su plan. Para obtener más información, consulte la EOC del plan.

- Los servicios y las ayudas auxiliares no están cubiertos.
- Los servicios de acupunturistas que ejercen fuera de California no están cubiertos.
- Diagnóstico por imágenes, resonancias magnéticas, tomografías o termografías de diagnóstico.
- Rayos X, pruebas de laboratorio y segundas opiniones sobre rayos X.
- Hipnoterapia, formación conductual, terapia del sueño, programas de control del peso, programas educativos, artículos o servicios de autoayuda o entrenamiento de ejercicios físicos.
- Servicios de fisioterapia clasificados como experimentales o de investigación.
- Servicios de acupuntura experimentales o de investigación. Solo están cubiertos los servicios de acupuntura que no sean de investigación, que se hayan probado y que cumplan con los estándares reconocidos del ejercicio profesional dentro de la comunidad de proveedores de acupuntura. ASH Plans determinará qué es lo que se considera experimental o de investigación.
- Cargos por internación hospitalaria y servicios relacionados.
- Cargos por anestesia.
- Tratamiento o servicios no autorizados por ASH Plans o no prestados por un acupunturista contratado cuando se requiere autorización; tratamiento no proporcionado por un acupunturista contratado (excepto por remisión a un acupunturista no contratado aprobado por ASH Plans).

- Solo los servicios que se encuentran dentro del alcance de la licencia de un acupunturista con licencia en California están cubiertos.

Este es solo un resumen. Consulte la EOC del plan para determinar con exactitud los términos y condiciones de su cobertura.

Programa de Atención de la Vista Pediátrica

Health Net proporciona los beneficios para servicios de la vista pediátricos. Health Net tiene contrato con EyeMed Vision Care, LLC para administrar estos beneficios.

Los servicios de la vista pediátricos tienen cobertura hasta el último día del mes en el cual la persona cumple diecinueve años.

LO QUE ESTÁ CUBIERTO

Los servicios y suministros de la vista pediátricos, como se muestra a continuación, deben ser proporcionados por un proveedor de atención de la vista participante para que estén cubiertos. Para encontrar un distribuidor de lentes y accesorios participante, llame al Programa Health Net Vision, al **1-866-392-6058**, o visite nuestro sitio web, www.healthnet.com.

Programa para lentes y accesorios

Servicios profesionales	Lo que usted paga
Examen de la vista de rutina con dilatación, según sea médicamente necesario	\$0
Examen para lentes de contacto	
Ajuste y seguimiento de lentes de contacto estándares	\$0*
Ajuste y seguimiento de lentes de contacto de primera calidad	\$0*

Limitación:

* De acuerdo con los estándares de práctica profesionalmente reconocidos, este plan cubre un examen de la vista completo cada año calendario.

Materiales (incluidos marcos y lentes)	Lo que usted paga
Marcos seleccionados por el proveedor (uno cada 12 meses)	\$0
Lentes de anteojos de plástico estándar (un par cada 12 meses)	\$0
<ul style="list-style-type: none"> • Monofocales, bifocales, trifocales, lenticulares. • Vidrio o plástico. 	
Lentes y tratamientos opcionales, como los siguientes:	\$0
<ul style="list-style-type: none"> • Tratamiento UV. • Matiz (de moda, en degradé y en color gris espejo). • Plástico estándar, protección contra las raspaduras. • Policarbonato estándar. • Fotocromático/plástico Transitions. 	

- Protección antirreflejos estándar y de primera calidad.
- Polarizados.
- Lentes progresivos estándares y de primera calidad.
- Lentes de alto índice.
- Lentes sin línea divisoria.
- Lentes de visión intermedia.

Lentes de contacto seleccionados por el proveedor (en vez de lentes de anteojos) \$0

- Lentes de contacto estándar (rígidos), 1 lente de contacto por ojo cada 12 meses.
- Lentes de contacto mensuales (suministro para seis meses).
- Lentes de contacto bisemanales (suministro para seis meses).
- Lentes de contacto diarios (suministro para tres meses).
- Lentes de contacto médicamente necesarios*.

* Los lentes de contacto pueden ser médicamente necesarios para el tratamiento de afecciones como las siguientes: queratocono, miopía patológica, afaquia, anisometropía, aniseiconia, aniridia, enfermedades de la córnea, trastornos postraumáticos y astigmatismo irregular.

Lentes de contacto médicamente necesarios

La cobertura de lentes de contacto médicamente necesarios está sujeta a la necesidad médica. Cuando estén cubiertos, los lentes de contacto se proporcionarán al mismo intervalo de cobertura que los lentes de anteojos, conforme a este beneficio para atención de la vista. Se proporcionan en lugar de marcos y lentes de anteojos. Los lentes de contacto se definen como médicamente necesarios si a la persona se le diagnostica una de las siguientes afecciones:

Ametropía alta que excede -10 D o +10 D en potencia de meridianos.

Anisometropía de 3 D en potencia de meridianos.

Queratocono cuando la vista del afiliado no puede corregirse a 20/25 en cualquiera de los dos ojos con anteojos estándar.

Mejoría de la vista para afiliados cuya vista se puede corregir dos líneas de mejoría del cuadro de agudeza visual cuando se compara con los lentes de anteojos estándar mejor corregidos.

LO QUE NO ESTÁ CUBIERTO (EXCLUSIONES Y LIMITACIONES)

Los servicios o suministros excluidos del Programa de Atención de la Vista pueden estar cubiertos conforme a la sección de beneficios médicos de su plan. Para obtener más información, consulte la EOC del plan.

Además de las limitaciones descritas anteriormente, el plan no cubre lo siguiente:

- Los servicios y suministros brindados por un proveedor que no es un proveedor de atención de la vista participante no están cubiertos.

- Los cargos por servicios y materiales que Health Net determina que no son médicamente necesarios están excluidos. Se cubre un examen de la vista de rutina con dilatación por cada año calendario y no está sujeto a necesidad médica.
- Los lentes sin aumento (que no requieren receta médica) están excluidos.
- La cobertura de lentes de contacto con receta médica está sujeta a la necesidad médica. Cuando estén cubiertos, los lentes de contacto se proporcionarán al mismo intervalo de cobertura que los lentes de anteojos, conforme a este beneficio para atención de la vista. Se proporcionan en lugar de marcos y lentes de anteojos.
- Los cargos médicos y hospitalarios de cualquier tipo, los servicios de la vista brindados en un hospital y el tratamiento médico o quirúrgico de los ojos no están cubiertos.
- Un segundo par de anteojos en lugar de los bifocales está excluido del beneficio básico. Sin embargo, los proveedores de atención de la vista participantes de Health Net ofrecen descuentos de hasta el 40% sobre los aranceles normales para las compras secundarias una vez que se haya agotado el beneficio inicial.

RESPONSABILIDAD DEL PAGO

Si visita a un proveedor de atención no afiliado a Health Net, usted será responsable del pago del examen de la vista, los anteojos o los lentes de contacto.

Es posible que también deba pagar cargos adicionales al utilizar un proveedor afiliado si elige lentes, marcos o lentes de contacto cuyo costo sea superior al gasto cubierto. Health Net buscará obtener el reembolso por los servicios de la vista y de lentes y accesorios que estén cubiertos conforme a la indemnización por accidentes y enfermedades laborales o que sean requeridos por las leyes de enfermedades laborales.

Este es solo un resumen. Consulte la EOC del plan para determinar con exactitud los términos y condiciones de su cobertura.

Programa de Atención Dental Pediátrica

LO QUE ESTÁ CUBIERTO

Los servicios dentales pediátricos tienen cobertura hasta el último día del mes en que la persona cumple diecinueve (19) años. Los beneficios están disponibles para servicios dentales médicamente necesarios. Puede atenderse con proveedores dentro o fuera de la red.

Gastos dentales permitidos

Los gastos dentales permitidos para servicios dentales cubiertos se determinan según se indica a continuación.

Beneficios dentro de la red: Los gastos dentales permitidos se basan en la tarifa contratada acordada entre nosotros y el proveedor de la red. Usted no debe pagar los montos que excedan la tarifa contratada.

Beneficios fuera de la red: Los gastos dentales elegibles se basan en los montos máximos permitidos de Health Net, que pueden ser mayores que los montos que facturan los proveedores fuera de la red. Usted debe pagar los montos que excedan el monto máximo permitido. Consulte la sección “Monto máximo permitido para proveedores fuera de la red” para obtener información adicional.

Resumen de beneficios

Los montos que figuran a continuación son los montos que usted debe pagar por los beneficios, y no están sujetos a ningún deducible. El porcentaje se basa en los gastos dentales permitidos. Consulte la *EOC* para obtener una lista completa de los servicios dentales pediátricos cubiertos, y las exclusiones y limitaciones de los beneficios.

Si no hay proveedores dentales de la red disponibles dentro de los estándares de acceso en un código postal determinado, el afiliado puede solicitar ver a un proveedor dental fuera de la red al nivel del costo compartido de la red llamando a Servicios al Cliente al (866) 249-2382. Si determinamos que un proveedor dental dentro de la red no cumple con los estándares de acceso para su código postal, el plan aprobará verbalmente la solicitud durante la llamada a Servicios al Cliente, y el afiliado solo será responsable del costo compartido para servicios dentales dentro de la red.

Descripción del beneficio	Beneficios dentro de la red	Beneficios fuera de la red
Beneficios en diagnóstico	\$0	10%
Beneficios preventivos	\$0	10%
Beneficios en restauración	20%	30%
Servicios de mantenimiento periodontal	20%	30%
Endodoncia	50%	50%
Periodoncia (que no sea mantenimiento periodontal)	50%	50%
Prótesis maxilofacial	50%	50%
Servicios de implantes	50%	50%
Prostodoncia (extraíble)	50%	50%
Prostodoncia fija	50%	50%
Cirugía oral y maxilofacial	50%	50%
Servicios de ortodoncia médicamente necesarios	50%	50%
Servicios complementarios	50%	50%

Limitaciones de los beneficios:

El límite establecido se refiere a cualquier combinación de beneficios dentro y fuera de la red, a menos que se especifique lo contrario. Los límites de beneficios se calculan por año calendario, a menos que se especifique lo contrario.

Evaluaciones bucales periódicas

Evaluaciones bucales periódicas limitadas a 1 cada 6 meses.

Profilaxis

Servicios de profilaxis (limpiezas) limitados a 1 cada 6 meses.

Tratamiento con fluoruro

El tratamiento con fluoruro está cubierto 1 vez cada 6 meses.

Radiografía panorámica intrabucal

Intrabucal: Serie completa de radiografías limitada a 1 cada 24 meses. Intrabucal:

Las radiografías oclusales se limitan a 2 cada 6 meses.

Rayos X de aleta de mordida

Rayos X de aleta de mordida limitados a 4 radiografías cada 6 meses.

Placas panorámicas

Radiografías panorámicas limitadas a 1 cada 36 meses.

Sellador dental

Los tratamientos con sellador dental, por diente, se limitan a los primeros, segundos y terceros molares permanentes que ocupan la segunda posición molar.

Reemplazo de una restauración

El reemplazo de una restauración está cubierto solo cuando esté defectuosa, según lo evidencie la condición de la restauración, por ejemplo, si hay caries o fracturas recurrentes, y si el reemplazo es médicamente necesario.

Coronas

Coronas prefabricadas: Cubiertas para dientes primarios una vez cada 12 meses. Coronas prefabricadas: Cubiertas para dientes permanentes una vez cada 36 meses.

El reemplazo de coronas prefabricadas necesarias en dientes primarios está cubierto dentro de los primeros 12 meses y en dientes permanentes, dentro de los primeros 36 meses.

Gingivectomía o gingivoplastia y cirugía ósea

La gingivectomía o gingivoplastia y la cirugía ósea están limitadas a una por cuadrante cada 36 meses.

Periodoncia (que no sea mantenimiento)

La eliminación del sarro y el alisamiento radicular periodontales, y el raspado subgingival se limitan a una vez por cuadrante cada 24 meses.

Mantenimiento periodontal

El mantenimiento periodontal está cubierto solamente una vez por trimestre calendario en el período de 24 meses posterior a la última eliminación del sarro y alisamiento radicular.

Servicios de ortodoncia médicamente necesarios:

La atención de ortodoncia está cubierta cuando es médicamente necesaria para prevenir enfermedades y promover la buena salud bucal, restaurar la función y la estructura bucales, y tratar afecciones de emergencia.

Servicios complementarios:

- Tratamiento paliativo (de emergencia) de dolores dentales, limitado a uno por día, por afiliado.
- Visita al hogar o al centro de atención prolongada, una por afiliado por fecha de servicio.
- Visita al hospital o al centro quirúrgico ambulatorio, una por día, por proveedor y por afiliado.
- Los beneficios de teleodontología se limitan a dos sesiones cada 12 meses.

EXCLUSIONES DENTALES PEDIÁTRICAS

- Cualquier procedimiento que, en la opinión del dentista a cargo, (a) tiene un pronóstico desalentador de éxito y duración en función del estado del diente o de los dientes, o bien de las estructuras circundantes, o (b) no satisface los estándares generalmente aceptados de los servicios dentales.
- El tratamiento para trastornos de la articulación temporomandibular.
- Los servicios dentales optativos y cosméticos.
- La cirugía oral que requiera el arreglo de fracturas o dislocaciones, la cirugía ortognática y la extracción con propósitos exclusivamente de ortodoncia (no se aplica a dientes fracturados o dislocados, perdidos por golpes).
- El tratamiento de tumores malignos, quistes, neoplasmas o malformaciones congénitas.
- Los medicamentos que requieren receta médica.
- Los cargos hospitalarios de cualquier tipo.
- La pérdida o el robo de dentaduras postizas parciales o completas.
- Cualquier procedimiento de implante.

- Cualquier procedimiento experimental. Si un tratamiento experimental se le ha negado, es posible apelar mediante un proceso de revisión médica independiente, y ese servicio estará cubierto si así lo exigiera dicho proceso. Consulte la parte “Revisión médica independiente de terapias experimentales o de investigación” de la sección “Disposiciones generales” incluida en la *Evidencia de Cobertura* de su plan de salud con Health Net para obtener más información.
- La anestesia general o sedación intravenosa/consciente, excepto lo especificado en la sección de esta *EOC* sobre beneficios médicos. Consulte “Servicios dentales” en la sección “Exclusiones y limitaciones”.
- Los servicios que no pueden realizarse debido a limitaciones físicas o del comportamiento del paciente.
- Los honorarios que correspondan por citas canceladas o a las que no asistió (sin un aviso con 24 horas de anticipación) son responsabilidad del afiliado. Sin embargo, es posible que el copago por las citas a las que no asistió no corresponda en estos casos: (1) el afiliado canceló la cita, al menos, con 24 horas de anticipación, o (2) el afiliado no asistió a la cita debido a una emergencia o a circunstancias fuera de su control.
- Cualquier procedimiento realizado con el propósito de corregir un contorno, un contacto o una oclusión.
- Cualquier procedimiento no descrito específicamente como un servicio cubierto.
- Los servicios que fueron prestados sin costo para el afiliado por parte del Gobierno estatal o un organismo de este, un municipio, un condado u otras subdivisiones.
- El costo de metales preciosos utilizados en cualquier forma de beneficio dental.
- Servicios de un odontopediatra/dentista pediátrico, excepto cuando al afiliado no puede tratarlo su proveedor del panel, el tratamiento de un odontopediatra/dentista pediátrico es médicamente necesario o el proveedor de su plan es un odontopediatra/dentista pediátrico. Los servicios dentales pediátricos que se reciben en la sala de emergencias para afecciones que no se consideran emergencias si el suscriptor debería haber sabido, de manera razonable, que no se trataba de una situación de emergencia.

Este es solo un resumen. Consulte la *Evidencia de Cobertura* para determinar con exactitud los términos y condiciones de su cobertura.

Aviso de No Discriminación

Health Net cumple la legislación estatal y federal aplicable en materia de derechos civiles y no discrimina, excluye a las personas ni las trata de forma diferente por motivos de origen racial, color, nacionalidad, edad, discapacidad mental, discapacidad física, sexo (incluidos el embarazo, la orientación sexual y la identidad de género), religión, ascendencia, identificación con un grupo étnico, afección médica, información genética, estado civil o género.

Health Net brinda lo siguiente:

- Herramientas y servicios gratuitos a personas con discapacidad para ayudarles a comunicarse eficazmente con nosotros, por ejemplo:
 - Intérpretes calificados de lengua de señas.
 - Información escrita en otros formatos (letra grande, audio, formatos electrónicos accesibles y otros formatos).
- Servicios lingüísticos gratuitos a personas cuya lengua materna no es el inglés, por ejemplo:
 - Intérpretes calificados.
 - Información escrita en otros idiomas.

Si necesita estos servicios, llame al Centro de Comunicación con el Cliente de Health Net a los siguientes números de teléfono:

Afiliados de planes individuales y familiares dentro del Mercado de Seguros de Salud o Covered California: 1-888-926-4988 (TTY: 711).

Afiliados de planes individuales y familiares fuera del Mercado de Seguros de Salud: 1-800-839-2172 (TTY: 711).

Solicitantes de planes individuales y familiares: 1-877-609-8711 (TTY: 711).

Planes grupales a través de Health Net: 1-800-522-0088 (TTY: 711).

Si se lo solicita, este documento puede ponerse a su disposición en braille, letra grande, audiocasete o formato electrónico. Para obtener una copia en uno de estos formatos alternativos, llame a alguno de los números de teléfonos que aparecen más arriba o escriba a:

Health Net

Post Office Box 9103, Van Nuys, California 91409-9103

Si cree que Health Net no le ha proporcionado estos servicios o le ha discriminado de alguna manera por motivos de origen racial, color, nacionalidad, edad o sexo (incluidos el embarazo, la orientación sexual y la identidad de género), discapacidad mental, discapacidad física, religión, ascendencia, identificación con un grupo étnico, afección médica, información genética, estado civil o género, puede presentar una queja formal a nuestro coordinador conforme a la sección 1557.

También puede presentar una queja formal en persona, por correo postal, fax o correo electrónico. Si necesita ayuda para presentar una queja formal, nuestro **coordinador conforme a la sección 1557** está a su disposición para ayudarle.

- Por teléfono: Llame al 855-577-8234 (TTY: 711).
- Por fax: 1-866-388-1769.
- Por escrito: Envíe una carta a Health Net 1557 Coordinator, PO Box 31384, Tampa, FL 33631.
- Por internet: Envíe un correo electrónico a SM_Section1557Coord@centene.com. Este aviso está disponible en el sitio web de Health Net, https://www.healthnet.com/en_us/disclaimers/legal/non-discrimination-notice.html.

Si tiene un problema de salud urgente y ya presentó una queja ante Health Net, pero no está conforme con la decisión que se tomó, o si pasaron más de 30 días desde que presentó la queja ante Health Net, puede presentar un *Formulario de Revisión Médica Independiente* o un *Formulario de Quejas* ante el Departamento de Atención Médica Administrada (por sus siglas en inglés, DMHC). Puede presentar un formulario de quejas llamando a la mesa de ayuda del DMHC, al 1-888-466-2219 (TDD: 1-877-688-9891), o ingresando en www.dmhc.ca.gov/FileaComplaint.

También puede presentar una queja sobre derechos civiles a la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU. Puede hacerlo de manera electrónica, a través del portal que esa oficina tiene para este tipo de quejas, <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, por correo o por teléfono:

U.S. Department of Health and Human Services 200 Independence Avenue, SW

Room 509F, HHH Building Washington, D.C. 20201

1-800-368-1019, 1-800-537-7697 (TDD)

Los formularios de quejas están disponibles en <https://www.hhs.gov/ocr/complaints/index.html>.

FLY065732EP00 (05/25)

Aviso de Servicios de Idiomas

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, call the Customer Contact Center at the number on your ID card or call Individual & Family Plan (IFP) Off Exchange: 1-800-839-2172 (TTY: 711). For California marketplace, call IFP On Exchange 1-888-926-4988 (TTY: 711) or Small Business 1-888-926-5133 (TTY: 711). For Group Plans through Health Net, call 1-800-522-0088 (TTY: 711).

Arabic

خدمات لغوية مجانية. يمكننا أن نوفر لك مترجم فوري. ويمكننا أن نقرأ لك الوثائق بلغتك. للحصول على المساعدة اللازمة، يرجى التواصل مع مركز خدمة العملاء عبر الرقم المبين على بطاقتك أو الاتصال بالرقم الفرعي لخطة الأفراد والعائلة: 1-800-839-2172 (TTY: 711). للتواصل في كاليفورنيا، يرجى الاتصال بالرقم الفرعي لخطة الأفراد والعائلة عبر الرقم: 1-888-926-4988 (TTY: 711) أو المشروعات الصغيرة 1-888-926-5133 (TTY: 711). لخطط المجموعة عبر Health Net، يرجى الاتصال بالرقم 1-800-522-0088 (TTY: 711).

Armenian

Անվճար լեզվական ծառայություններ: Դուք կարող եք բանավոր թարգմանիչ ստանալ: Փաստաթղթերը կարող են կարդալ ձեր լեզվով: Օգնության համար զանգահարեք Հաճախորդների սպասարկման կենտրոն ձեր ID քարտի վրա նշված հեռախոսահամարով կամ զանգահարեք Individual & Family Plan (IFP) Off Exchange՝ 1-800-839-2172 հեռախոսահամարով (TTY՝ 711): Կալիֆոռնիայի համար զանգահարեք IFP On Exchange՝ 1-888-926-4988 հեռախոսահամարով (TTY՝ 711) կամ Փոքր բիզնեսի համար՝ 1-888-926-5133 հեռախոսահամարով (TTY՝ 711): Health Net-ի Խմբային ծրագրերի համար զանգահարեք 1-800-522-0088 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，請撥打您會員卡上的電話號碼與客戶聯絡中心聯絡或者撥打健康保險交易市場外的 Individual & Family Plan (IFP) 專線：1-800-839-2172（聽障專線：711）。如為加州保險交易市場，請撥打健康保險交易市場的 IFP 專線 1-888-926-4988（聽障專線：711），小型企業則請撥打 1-888-926-5133（聽障專線：711）。如為透過 Health Net 取得的團保計畫，請撥打 1-800-522-0088（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, अपने आईडी कार्ड में दिए गए नंबर पर ग्राहक सेवा केंद्र को कॉल करें या व्यक्तिगत और फैमिली प्लान (आईएफपी) ऑफ एक्सचेंज: 1-800-839-2172 (TTY: 711) पर कॉल करें। कैलिफोर्निया बाजारों के लिए, आईएफपी ऑन एक्सचेंज 1-888-926-4988 (TTY: 711) या स्मॉल बिजनेस 1-888-926-5133 (TTY: 711) पर कॉल करें। हेल्थ नेट के माध्यम से ग्रुप प्लान के लिए 1-800-522-0088 (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, hu xovtooj rau Neeg Qhua Lub Chaw Tiv Toj ntawm tus npawb nyob ntawm koj daim npav ID lossis hu rau Tus Neeg thiab Tsev Neeg Qhov Kev Npaj (IFP) Ntawm Kev Sib Hloov Pauv: 1-800-839-2172 (TTY: 711). Rau California qhov chaw kiab khw, hu rau IFP Ntawm Qhov Sib Hloov Pauv 1-888-926-4988 (TTY: 711) lossis Lag Luam Me 1-888-926-5133 (TTY: 711). Rau Cov Pab Pawg Chaw Npaj Kho Mob hla Health Net, hu rau 1-800-522-0088 (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。ヘルプが必要な場合は、IDカードに記載されている番号で顧客連絡センターまでお問い合わせいただくか、Individual & Family Plan (IFP) (個人・家族向けプラン) Off Exchange: 1-800-839-2172 (TTY: 711) までお電話ください。カリフォルニア州のマーケットプレイスについては、IFP On Exchange 1-888-926-4988 (TTY: 711) または Small Business 1-888-926-5133 (TTY: 711) までお電話ください。Health Netによるグループプランについては、1-800-522-0088 (TTY: 711) までお電話ください。

Khmer

សេវាភាសាដោយឥតគិតថ្លៃ។ លោកអ្នកអាចទទួលបានអ្នកបកប្រែផ្ទាល់មាត់។ លោកអ្នកអាចស្តាប់គេអានឯកសារឱ្យលោកអ្នកជាភាសារបស់លោកអ្នក។ សម្រាប់ជំនួយ សូមហៅទូរស័ព្ទទៅកាន់មជ្ឈមណ្ឌលទំនាក់ទំនងអតិថិជនតាមលេខដែលមាននៅលើប័ណ្ណសម្គាល់ខ្លួនរបស់លោកអ្នក ឬហៅទូរស័ព្ទទៅកាន់កម្មវិធី Off Exchange របស់គម្រោងជាលក្ខណៈបុគ្គល និងក្រុមគ្រួសារ (IFP) តាមរយៈលេខ៖ 1-800-839-2172 (TTY: 711)។ សម្រាប់ទីផ្សាររដ្ឋ California សូមហៅទូរស័ព្ទទៅកាន់កម្មវិធី On Exchange របស់គម្រោង IFP តាមរយៈលេខ 1-888-926-4988 (TTY: 711) ឬក្រុមហ៊ុនអាជីវកម្មខ្នាតតូចតាមរយៈលេខ 1-888-926-5133 (TTY: 711)។ សម្រាប់គម្រោងជាក្រុមតាមរយៈ Health Net សូមហៅទូរស័ព្ទទៅកាន់លេខ 1-800-522-0088 (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 고객센터 센터에 연락하시거나 개인 및 가족 플랜(IFP)의 경우 Off Exchange: 1-800-839-2172(TTY: 711)번으로 전화해 주십시오. 캘리포니아 주 마켓플레이스의 경우 IFP On Exchange 1-888-926-4988(TTY: 711), 소규모 비즈니스의 경우 1-888-926-5133(TTY: 711)번으로 전화해 주십시오. Health Net을 통한 그룹 플랜의 경우 1-800-522-0088(TTY: 711)번으로 전화해 주십시오.

Navajo

Doo bą́ą́h ilínígóó saad bee háká ada'iiyeed. Ata' halne'ígíí da ła' ná hádídóót'íí. Naaltsoos da t'áá shí shizaad k'éhjí shichí' yídooltah nínízingo t'áá ná ákódoolníí. Ákót'éego shíká a'doowoł nínízingo Customer Contact Center hoolyéhi'í' hodíílnih ninaaltsoos nanitingo bee néého'dolzinígíí hodoonihjí' bikáá' éí doodago koji' hólne' Individual & Family Plan (IFP) Off Exchange: 1-800-839-2172 (TTY: 711). California marketplace báhígíí koji' hólne' IFP On Exchange 1-888- 926-4988 (TTY: 711) éí doodago Small Business báhígíí koji' hólne' 1-888-926-5133 (TTY: 711). Group Plans through Health Net báhígíí éí koji' hólne' 1-800-522-0088 (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، با مرکز تماس مشتریان به شماره روی کارت شناسایی یا طرح فردی و خانوادگی (IFP Off Exchange) به شماره: 1-800-839-2172 (TTY: 711) تماس بگیرید. برای بازار کالیفرنیا، با IFP On Exchange شماره 1-888-926-4988 (TTY: 711) یا کسب و کار کوچک (TTY: 711) 1-888-926-5133 (TTY: 711) تماس بگیرید. برای طرح های گروهی از طریق Health Net، با 1-800-522-0088 (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, ਆਪਣੇ ਆਈਡੀ ਕਾਰਡ ਤੇ ਦਿੱਤੇ ਨੰਬਰ ਤੇ ਗਾਹਕ ਸੰਪਰਕ ਕੇਂਦਰ ਨੂੰ ਕਾਲ ਕਰੋ ਜਾਂ ਵਿਅਕਤੀਗਤ ਅਤੇ ਪਰਿਵਾਰਕ ਯੋਜਨਾ (IFP) ਐਂਡ ਐਕਸਚੇਂਜ 'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ: 1-800-839-2172 (TTY: 711)। ਕੈਲੀਫੋਰਨੀਆ ਮਾਰਕਿਟਪਲੇਸ ਲਈ, IFP ਐਂਡ ਐਕਸਚੇਂਜ ਨੂੰ 1-888-926-4988 (TTY: 711) ਜਾਂ ਸਮੇਲ ਬਿਜਨੇਸ ਨੂੰ 1-888-926-5133 (TTY: 711) 'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ। ਹੈਲਥ ਨੈੱਟ ਰਾਹੀਂ ਸਾਮੂਹਿਕ ਪਲੇਨਾਂ ਲਈ, 1-800-522-0088 (TTY: 711) 'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ।

Russian

Бесплатная помощь переводчиков. Вы можете получить помощь переводчика. Вам могут прочесть документы на Вашем родном языке. Если Вам нужна помощь, звоните по телефону Центра помощи клиентам, указанному на вашей карте участника плана. Вы также можете позвонить в отдел помощи участникам не представленным на федеральном рынке планов для частных лиц и семей (IFP) Off Exchange 1-800-839-2172 (TTY: 711). Участники планов от California marketplace: звоните в отдел помощи участникам представленным на федеральном рынке планов IFP (On Exchange) по телефону 1-888-926-4988 (TTY: 711) или в отдел планов для малого бизнеса (Small Business) по телефону 1-888-926-5133 (TTY: 711). Участники коллективных планов, предоставляемых через Health Net: звоните по телефону 1-800-522-0088 (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, comuníquese con el Centro de Comunicación con el Cliente al número que figura en su tarjeta de identificación o llame al plan individual y familiar que no pertenece al Mercado de Seguros de Salud al 1-800-839-2172 (TTY: 711). Para planes del mercado de seguros de salud de California, llame al plan individual y familiar que pertenece al Mercado de Seguros de Salud al 1-888-926-4988 (TTY: 711); para los planes de pequeñas empresas, llame al 1-888-926-5133 (TTY: 711). Para planes grupales a través de Health Net, llame al 1-800-522-0088 (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, tumawag sa Customer Contact Center sa numerong nasa ID card ninyo o tumawag sa Off Exchange ng Planong Pang-indibidwal at Pampamilya (Individual & Family Plan, IFP): 1-800-839-2172 (TTY: 711). Para sa California marketplace, tumawag sa IFP On Exchange 1-888-926-4988 (TTY: 711) o Maliliit na Negosyo 1-888-926-5133 (TTY: 711). Para sa mga Planong Pang-grupo sa pamamagitan ng Health Net, tumawag sa 1-800-522-0088 (TTY: 711).

Thai

ไม่มีค่าบริการด้านภาษา คุณสามารถใช้ล่ามได้ คุณสามารถให้อ่านเอกสารให้ฟังเป็นภาษาของคุณได้ หากต้องการความช่วยเหลือ โทรหาศูนย์ลูกค้าสัมพันธ์ได้ที่หมายเลขบัตรประจำตัวของคุณ หรือโทรหาฝ่ายแผนบุคคลและครอบครัวของเอกชน (Individual & Family Plan (IFP) Off Exchange) ที่ 1-800-839-2172 (โหมดย TTY: 711) สำหรับเขตแคลิฟอร์เนีย โทรหาฝ่ายแผนบุคคลและครอบครัวของรัฐ (IFP On Exchange) ได้ที่ 1-888-926-4988 (โหมดย TTY: 711) หรือ ฝ่ายธุรกิจขนาดเล็ก (Small Business) ที่ 1-888-926-5133 (โหมดย TTY: 711) สำหรับแผนแบบกลุ่มผ่านทาง Health Net โทร 1-800-522-0088 (โหมดย 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, vui lòng gọi Trung Tâm Liên Lạc Khách Hàng theo số điện thoại ghi trên thẻ ID của quý vị hoặc gọi Chương Trình Bảo Hiểm Cá Nhân & Gia Đình (IFP) Phi Tập Trung: 1-800-839-2172 (TTY: 711). Đối với thị trường California, vui lòng gọi IFP Tập Trung 1-888-926-4988 (TTY: 711) hoặc Doanh Nghiệp Nhỏ 1-888-926-5133 (TTY: 711). Đối với các Chương Trình Bảo Hiểm Nhóm qua Health Net, vui lòng gọi 1-800-522-0088 (TTY: 711).

CA Commercial On and Off-Exchange Member Notice of Language Assistance

FLY017549EH00 (12/17)

Comuníquese con nosotros

1-800-522-0088 (inglés), TTY: 711

1-800-331-1777 (español)

1-877-891-9053 (chino mandarín)

1-877-891-9050 (chino cantonés)

1-877-339-8596 (coreano)

1-877-891-9051 (tagalo)

1-877-339-8621 (vietnamita)

Health Net

Post Office Box 9103

Van Nuys, California 91409-9103

Healthnet.com

Los planes HMO, EOA, POS, PPO y Salud con Health Net HMO son ofrecidos por Health Net of California, Inc. Health Net of California, Inc. es una subsidiaria de Health Net, LLC y de Centene Corporation. Health Net es una marca de servicio registrada de Health Net, LLC. Todos los derechos reservados.