

Formulario de Reembolso para Afiliados y Cuestionario de Reclamos Extranjeros



Importante: Complete un formulario por separado para cada afiliado que solicita un reembolso de servicios cubiertos y para cada médico o centro.

Para evitar demoras en el procesamiento, incluya la siguiente información junto con el formulario:

- Copia de las facturas detalladas de todos los servicios recibidos. Deben incluir nombre, dirección, número de teléfono, n.º de identificación fiscal del médico o del centro, fecha del servicio y todos los códigos de diagnóstico y de procedimiento.
- Comprobantes de pago para las solicitudes de reembolsos superiores a \$200¹.
- Consulte las instrucciones en la **Sección 4** sobre el Cuestionario de Reclamos Extranjeros para servicios recibidos fuera de los EE. UU.

Envíe por correo postal todos los documentos a esta dirección: Health Net, LLC
Commercial Claims
PO Box 9040, Farmington, MO 63640-9040

Sección 1: Información del afiliado: *Complete un formulario por separado para cada persona que recibió servicios.*

Apellido:	Nombre:	Inicial del segundo nombre:	
N.º de identificación del afiliado:	Fecha de nacimiento (día/mes/año):	/	/
N.º de teléfono:	Dirección de correo electrónico:		
Dirección:			
Ciudad:	Estado:	Código postal:	

Sección 2: Otro seguro: *Completar si corresponde.*

¿Tiene el afiliado cobertura con otro seguro médico en este momento? Sí (*Complete la información a continuación.*) No

Nombre de la otra compañía de seguros:	N.º de póliza:
N.º de identificación del suscriptor o afiliado:	¿Tiene este afiliado cobertura de Medicare? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

Sección 3: Servicios recibidos: *Si recibió los servicios fuera de los EE. UU., pase a la Sección 4.*

Nombre del médico o del centro:	N.º de teléfono del médico o del centro:	
Dirección del médico o del centro:		
Naturaleza o descripción médica de la enfermedad o lesión:	Fecha del servicio:	Monto de reembolso solicitado:

Autorización para divulgar información médica²

Por el presente autorizo a cualquier médico, profesional de atención de salud, hospital, clínica u otro centro de atención de salud (tal como se mencionó arriba) a proporcionar toda información relacionada con el tratamiento médico a Health Net, sus agentes, las personas que designe o sus representantes para revisar, investigar o evaluar solicitudes o reclamos. Además, autorizo a Health Net, sus agentes, las personas que designe o sus representantes a divulgar a un hospital o plan de servicios de atención de salud, aseguradora o autoaseguradora toda información médica que se obtenga si dicha divulgación es necesaria para permitir el procesamiento de un reclamo. Si mi cobertura se rige por un Contrato de Beneficios para Grupos que ofrece mi empleador, una asociación, un fideicomiso, un sindicato o una entidad similar, se autoriza además la divulgación a estos en la medida en que sea necesario para la revisión de la utilización o para auditorías financieras. Esta autorización entrará en vigor de inmediato y permanecerá vigente en tanto se solicite a Health Net que procese reclamos conforme a mi cobertura. Una fotocopia de esta autorización tendrá la misma vigencia y validez que el original. Por el presente certifico que las declaraciones anteriores son correctas.

Nombre de la persona que completa el formulario (en letra de imprenta):	Firma:
Fecha:	Relación: descripción de la autoridad para actuar en nombre del afiliado, si corresponde:

¹ Un comprobante de pago incluye una copia del recibo de cargo a la tarjeta de crédito o el estado de cuenta en línea; cheques pagados; un estado de cuenta bancaria; comprobantes de retiro de efectivo o un estado de cuenta de un crucero.

Nota: Las facturas no se aceptan como comprobante de pago.

² Usted puede revocar una autorización por escrito en cualquier momento, a menos que ya hayamos tomado medidas respecto de la información divulgada o que, si la ley lo permite, la utilizemos para disputar un reclamo o la cobertura según el plan, según se menciona en el *Aviso de Prácticas de Privacidad*.

Sección 4: Cuestionario de reclamos extranjeros

Si usted recibió servicios de atención de salud mientras viajaba fuera de los Estados Unidos o en un crucero por mares extranjeros o locales, debe completar esta sección. Asegúrese de contestar cada pregunta para que su reclamo se procese de forma rápida. Proporcione todos los registros médicos entregados por el proveedor, p. ej., resumen del expediente clínico, hoja de admisión, documentación del alta hospitalaria y otros documentos que haya recibido, si es posible en inglés.

¿En qué fechas estuvo viajando fuera del país?

¿Qué tipo de emergencia dio lugar al tratamiento médico?

¿Cuánto tiempo estuvo enfermo antes de recibir atención médica?

¿Fue admitido en el hospital?

Sí No

Si recibió atención como paciente ambulatorio, ¿cuántas veces consultó con el médico?

Nombre del hospital, la clínica o el consultorio del médico donde recibió tratamiento:

Fecha(s) de admisión o del servicio:

Dirección:

País:

N.º de teléfono:

Nombre del médico tratante:

N.º de teléfono:

Naturaleza o descripción médica de la enfermedad o lesión:

Fecha del servicio:

Monto de reembolso solicitado:

¿Le realizaron pruebas de diagnóstico?

Sí No

Si la respuesta es "Sí", ¿de qué tipo?

¿Se realizó algún procedimiento quirúrgico?

Sí No

Si la respuesta es "Sí", ¿de qué tipo?

¿Se notificó a su médico de atención primaria en los EE. UU.?

Sí No

Si la respuesta es "Sí", ¿cuándo?

Nota: Únicamente los beneficios cubiertos o los que se consideren médicamente necesarios serán tenidos en cuenta para reembolsos.

Para su protección, las leyes de California exigen que el siguiente enunciado conste en este formulario.

Toda persona que, a sabiendas, presente información falsa o fraudulenta para obtener o modificar la cobertura de seguro o para presentar un reclamo a fin de recibir el pago de una pérdida es culpable de un delito y puede estar sujeta a multas y reclusión en una prisión del estado.

Health Net of California, Inc. y Health Net Life Insurance Company son subsidiarias de Health Net, LLC y Centene Corporation. Health Net es una marca de servicio registrada de Health Net, LLC. Todos los derechos reservados.

FRM973700SC01w (1/23)

Aviso de No Discriminación

Además de cumplir con los requisitos de no discriminación del estado de California (tal como se describe en los documentos de cobertura de beneficios), Health Net of California, Inc. y Health Net Life Insurance Company (Health Net) cumplen con las leyes federales vigentes sobre derechos civiles y no discriminan, excluyen ni tratan a las personas de forma diferente por motivos de raza, color, nacionalidad, ascendencia, religión, estado civil, género, identidad de género, atención relacionada con la afirmación de género, orientación sexual, edad, discapacidad o sexo.

HEALTH NET:

- Brinda herramientas y servicios gratuitos a personas con discapacidades para comunicarse eficazmente con nosotros, como intérpretes calificados de lengua de señas e información por escrito en otros formatos (letra grande, formatos electrónicos accesibles y otros).
- Ofrece servicios de idioma gratuitos a personas cuyo idioma principal no es el inglés, como intérpretes calificados e información escrita en otros idiomas.

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

Si es afiliado de un plan individual y familiar que pertenece al Mercado de Seguros de Salud o a Covered California, llame al 1-888-926-4988 (TTY: 711).

Si es afiliado de un plan individual y familiar que no pertenece al Mercado de Seguros de Salud, llame al 1-800-839-2172 (TTY: 711).

Si es solicitante de un plan individual y familiar, llame al 1-877-609-8711 (TTY: 711).

Para planes grupales a través de Health Net, llame al 1-800-522-0088 (TTY: 711).

Si cree que Health Net no le ha brindado estos servicios o que le ha discriminado de alguna otra manera por uno de los motivos enumerados anteriormente, puede presentar una queja formal. Llame al Centro de Comunicación con el Cliente de Health Net al número que aparece más arriba para informar que necesita ayuda para presentar esta queja formal. El Centro de Comunicación con el Cliente de Health Net está disponible para ayudarle a presentar una queja formal. También puede presentarla por correo, fax o correo electrónico:

Health Net of California, Inc./Health Net Life Insurance Company Appeals & Grievances
PO Box 10348, Van Nuys, CA 91410-0348

Fax: 1-877-831-6019

Correo electrónico: Member.Discrimination.Complaints@healthnet.com (afiliados) o
Non-Member.Discrimination.Complaints@healthnet.com (solicitantes)

En el caso de los planes de HMO, HSP, PPO, EOA y POS que se ofrecen a través de Health Net of California, Inc.: Si tiene un problema de salud urgente y ya presentó una queja ante Health Net of California, Inc., 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 of California, Inc., 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). Para presentar el formulario de quejas, llame a la mesa de ayuda del DMHC al 1-888-466-2219 (TDD: 1-877-688-9891) o visite www.dmhc.ca.gov/FileaComplaint.

En el caso de los planes de EPO y PPO asegurados por Health Net Life Insurance Company: Puede presentar una queja llamando al Departamento de Seguros de California al 1-800-927-4357 o visitando <https://www.insurance.ca.gov/01-consumers/101-help/index.cfm>.

Si cree que le discriminaron por motivos de origen racial, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo, también puede presentar una queja sobre los 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 dicha 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, DC 20201, 1-800-368-1019 (TDD: 1-800-537-7697).

Los formularios de quejas están disponibles en <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.

English

No Cost Language Services. You can get an interpreter. You can get documents read to you and some sent to you in your language. For help, 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: (TTY: 711) 1-800-839-2172. للتواصل في كاليفورنيا، يرجى الاتصال بالرقم الفرعي لخطة الأفراد والعائلة عبر الرقم: (TTY: 711) 1-888-926-4988 أو المشروعات الصغيرة (TTY: 711) 1-888-926-5133. لخطط المجموعة عبر Health Net، يرجى الاتصال بالرقم (TTY: 711) 1-800-522-0088.

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 ntauv 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)។ សម្រាប់ទិដ្ឋភាពរដ្ឋ 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 bą́ąh ílínígóó saad bee háká ada'iiyeed. Ata' halne'ígíí da ła' ná hádídot'ííł. Naaltsoos da t'áá shí shizaad k'ehjí shichí' yídooltaah nínizingo t'áá ná ákódoonííł. Ákót'éego shíká a'doowoł nínizingo Customer Contact Center hoolyéhíjí' hodíílnih ninaaltsoos nanitingo bee néého'dolzinígíí hodoonihjí' bikáá' éí doodago kojí' hólne' Individual & Family Plan (IFP) Off Exchange: 1-800-839-2172 (TTY: 711). California marketplace báhígíí kojí' hólne' IFP On Exchange 1-888- 926-4988 (TTY: 711) éí doodago Small Business báhígíí kojí' hólne' 1-888-926-5133 (TTY: 711). Group Plans through Health Net báhígíí éí kojí' 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. 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 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.

Punjabi (Punjabi)

ਬਿਨਾਂ ਕਿਸੇ ਲਾਗਤ ਵਾਲੀਆਂ ਭਾਸ਼ਾ ਸੇਵਾਵਾਂ। ਤੁਸੀਂ ਇੱਕ ਦੁਭਾਸ਼ੀਏ ਦੀ ਸੇਵਾ ਹਾਸਲ ਕਰ ਸਕਦੇ ਹੋ। ਤੁਹਾਨੂੰ ਦਸਤਾਵੇਜ਼ ਤੁਹਾਡੀ ਭਾਸ਼ਾ ਵਿੱਚ ਪੜ੍ਹ ਕੇ ਸੁਣਾਏ ਜਾ ਸਕਦੇ ਹਨ। ਮਦਦ ਲਈ, ਆਪਣੇ ਆਈਡੀ ਕਾਰਡ ਤੇ ਦਿੱਤੇ ਨੰਬਰ ਤੇ ਗਾਹਕ ਸੰਪਰਕ ਕੇਂਦਰ ਨੂੰ ਕਾਲ ਕਰੋ ਜਾਂ ਵਿਅਕਤੀਗਤ ਅਤੇ ਪਰਿਵਾਰਕ ਯੋਜਨਾ (IFP) ਔਫ਼ ਐਕਸਚੇਂਜ 'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ: 1-800-839-2172 (TTY: 711)। ਕੈਲੀਫੋਰਨੀਆ ਮਾਰਕਿਟਪਲੇਸ ਲਈ, IFP ਔਨ ਐਕਸਚੇਂਜ ਨੂੰ 1-888-926-4988 (TTY: 711) ਜਾਂ ਸਮੱਲ ਬਿਜਨੇਸ ਨੂੰ 1-888-926-5133 (TTY: 711) 'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ। ਹੈਲਥ ਨੈੱਟ ਰਾਹੀਂ ਸਾਮੂਹਿਕ ਪਲੈਨਾਂ 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 представленных 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 представленных 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 โทรหาศูนย์ลูกค้าสัมพันธ์ได้ที่หมายเลขบนบัตรประจำตัวของคุณ หรือโทรหาฝ่ายแผนบุคคลและครอบครัวของเอกชน (Individual & Family Plan (IFP) Off Exchange) ที่ 1-800-839-2172 (โทรหมด TTY: 711) สำหรับเขตแคลิฟอร์เนีย โทรหาฝ่ายแผนบุคคลและครอบครัวของรัฐ (IFP On Exchange) ได้ที่ 1-888-926-4988 (โทรหมด TTY: 711) หรือ ฝ่ายธุรกิจขนาดเล็ก (Small Business) ที่ 1-888-926-5133 (โทรหมด TTY: 711) สำหรับแผนแบบกลุ่มผ่านทาง Health Net โทร 1-800-522-0088 (โทรหมด 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).