



# Formulario de Reclamo para Medicamentos Que Requieren Receta Médica

Se debe usar este formulario de reclamo para solicitar reembolsos de medicamentos cubiertos que se suministren en farmacias. La presentación del formulario no garantiza el reembolso. Consulte los documentos del plan para obtener más información sobre la cobertura. Si tiene preguntas al respecto o necesita formularios adicionales, comuníquese con Health Net al número de teléfono en su tarjeta de identificación de afiliado. También puede visitar **www.healthnet.com** (si es afiliado de un plan grupal) o **www.myhealthnetca.com** (si es afiliado de un plan individual y familiar).

## Instrucciones

- |  |  |   |  |
|--|--|---|--|
| <p>1. Complete la sección que aparece a continuación con los datos del suscriptor/afiliado. Encontrará el número de identificación de suscriptor y los números de grupo en su tarjeta de identificación de Health Net o en la solicitud que le sirve como tarjeta de identificación temporal.</p> <p>2. Pida a su farmacéutico que complete la sección en el reverso y presente un recibo de farmacia detallado por artículo con la misma información.</p> <p>3. Debe completar un formulario de reclamo para cada miembro de la familia por separado. También deberá presentar formularios por separado para cada farmacia.</p> | <p>4. Se debe llenar todo el formulario o será devuelto para que se complete. Tenga en cuenta que procesar los formularios de reclamo puede llevar cuatro semanas.</p> <p>5. Envíe el formulario completo a:</p> <table border="0"> <tr> <td style="vertical-align: top;"> <p><b>Afiliados de plan grupal:</b><br/>Health Net of California<br/>Health Net Life Insurance Company<br/>C/O Caremark<br/>P.O. Box 52136<br/>Phoenix, AZ 85072-2136</p> </td> <td style="vertical-align: top;"> <p><b>Afiliados de plan individual y familiar:</b><br/>Health Net of California<br/>Health Net Life Insurance Company<br/>5 River Park Place East, Ste. 210<br/>Fresno, CA 93720</p> </td> </tr> </table> | <p><b>Afiliados de plan grupal:</b><br/>Health Net of California<br/>Health Net Life Insurance Company<br/>C/O Caremark<br/>P.O. Box 52136<br/>Phoenix, AZ 85072-2136</p> | <p><b>Afiliados de plan individual y familiar:</b><br/>Health Net of California<br/>Health Net Life Insurance Company<br/>5 River Park Place East, Ste. 210<br/>Fresno, CA 93720</p> |
| <p><b>Afiliados de plan grupal:</b><br/>Health Net of California<br/>Health Net Life Insurance Company<br/>C/O Caremark<br/>P.O. Box 52136<br/>Phoenix, AZ 85072-2136</p>  | <p><b>Afiliados de plan individual y familiar:</b><br/>Health Net of California<br/>Health Net Life Insurance Company<br/>5 River Park Place East, Ste. 210<br/>Fresno, CA 93720</p>   |   |  |

## Suscriptor/afiliado

N.º de identificación del suscriptor/afiliado:		N.º de grupo:		N.º de teléfono de contacto:	
Apellido del suscriptor/afiliado:			Nombre:		Inicial del segundo nombre:
Dirección:		Ciudad:		Estado:	Código postal:
Nombre del paciente:		Recetas médicas para (diagnóstico):		Fecha de nacimiento:	

¿La medicación es para una lesión laboral?  Sí  No

¿La medicación tiene cobertura a través de algún otro plan de seguro grupal?  Sí  No

Si la respuesta es "Sí", brinde el nombre de la compañía de seguros y del otro empleador: \_\_\_\_\_

Health Net PPO, Flex Net y Medicare Supplement están asegurados en su totalidad por Health Net Life Insurance Company.

Health Net HMO es ofrecido por Health Net of California, Inc.

Certifico que la información que aparece más arriba es correcta y que la persona antes mencionada es elegible para los beneficios. Recibí los medicamentos descritos y autorizo la divulgación de toda la información aquí incluida a Health Net o su agente.

Reconozco que ningún beneficio pagadero del presente formulario se puede asignar a un tercero y que ninguna asignación o intento de asignación de estos medicamentos que requieren receta médica tendrá validez. Además, afirmo que no se han asignado los beneficios de este formulario.

Toda persona que, a sabiendas, presente un reclamo falso o fraudulento para recibir el pago de una pérdida es culpable de un delito y puede estar sujeta a multas y reclusión en una prisión del estado.

X \_\_\_\_\_  
Firma (persona asegurada) \_\_\_\_\_  
Fecha

**Pida al farmacéutico que complete la parte que falta. No podemos procesar el formulario sin esta información.**

N.º de receta: 1.	Fecha en que se surtió:	Marque una: <input type="checkbox"/> Nueva <input type="checkbox"/> Renovación <input type="checkbox"/> Fórmula magistral	Cantidad:	Indicaciones de la receta:	Días de suministro:	Precio de la receta con impuestos:
Nombre de la medicación y dosis:				N.º de la DEA del médico:	N.º en el NDC (requerido):	
N.º de receta: 2.	Fecha en que se surtió:	Marque una: <input type="checkbox"/> Nueva <input type="checkbox"/> Renovación <input type="checkbox"/> Fórmula magistral	Cantidad:	Indicaciones de la receta:	Días de suministro:	Precio de la receta con impuestos:
Nombre de la medicación y dosis:				N.º de la DEA del médico:	N.º en el NDC (requerido):	
N.º de receta: 3.	Fecha en que se surtió:	Marque una: <input type="checkbox"/> Nueva <input type="checkbox"/> Renovación <input type="checkbox"/> Fórmula magistral	Cantidad:	Indicaciones de la receta:	Días de suministro:	Precio de la receta con impuestos:
Nombre de la medicación y dosis:				N.º de la DEA del médico:	N.º en el NDC (requerido):	

**Si es una fórmula magistral, complete la información a continuación:**

Coloque la etiqueta de la farmacia aquí.

Nombre de la farmacia: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_

N.º de 7 dígitos de la NABP (requerido): \_\_\_\_\_  
(Pida este número en su farmacia).

¿Su farmacia participa en la red de Health Net?  Sí  No

Firma del farmacéutico X \_\_\_\_\_

**Nota:** Los beneficios se pagan directamente a la persona cubierta. La asignación de estos beneficios a terceros no tiene validez.

**Información sobre la receta médica de fórmula magistral:**

- Incluya n.º de receta, nombre del medicamento, dosis y fecha en que se surtió.
- Incluya todos los números que aparecen en el Código Nacional de Medicamentos (por sus siglas en inglés, NDC) para los medicamentos despachados.
- Indique las cantidades en unidades de medida, como cuántos comprimidos, gramos o mililitros por medicamento líquido, en crema, en pomada e inyectable.

**Recetas médicas de fórmula magistral**

N.º de receta	N.º en el NDC	Nombre del medicamento	Cantidad	Costo	Fecha en que se surtió

Además de cumplir los requisitos de no discriminación del estado de California (como se describe en los documentos de cobertura de beneficios), Health Net Life Insurance Company y Health Net of California, Inc. (Health Net) cumplen 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, 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 del lenguaje de señas e información por escrito en otros formatos (letra grande, formatos electrónicos accesibles y otros).
- 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:

**Plan individual y familiar que pertenece al Mercado de Seguros de Salud o Covered California:**

1-888-926-4988 (TTY: 711)

**Plan individual y familiar que no pertenece al Mercado de Seguros de Salud:** 1-800-839-2172 (TTY: 711)

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

Si cree que Health Net no brinda estos servicios o que discrimina de alguna otra manera, puede presentar una queja formal. Llame al número que aparece más arriba para hacerlo. El Centro de Comunicación con el Cliente de Health Net está a su disposición para ayudarlo con la presentación. También puede presentar una queja formal por correo, fax o en línea a: Health Net of California, Inc./Health Net Life Insurance Company Appeals & Grievances, P.O. Box 10348, Van Nuys, CA 91410-0348. Por fax al 1-877-831-6019. En línea, visite [healthnet.com](http://healthnet.com) (plan grupal) o [myhealthnetca.com](http://myhealthnetca.com) (plan individual y familiar).

Si no está conforme con la decisión de Health Net o si pasaron más de 30 días desde que presentó la queja, puede presentar un formulario de quejas ante el Departamento de Atención Médica Administrada. Este se encuentra disponible en [www.dmhc.ca.gov/FileaComplaint](http://www.dmhc.ca.gov/FileaComplaint). Además, si considera que se discrimina por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo, 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>. También puede presentarla por correo o por teléfono a: 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 لخطه الأفراد والعائلة: (TTY: 711) 1-800-839-2172. للتواصل في كاليفورنيا، يرجى الاتصال بالرقم الفرعي لخطه 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 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**

សេវាកាសាដោយឥតគិតថ្លៃ។ លោកអ្នកអាចទទួលបានអ្នកបកប្រែផ្ទាល់មាត់។ លោកអ្នកអាចស្តាប់គេអានឯកសារឱ្យលោកអ្នកជាភាសារបស់លោកអ្នក។ សម្រាប់ជំនួយ សូមហៅទូរស័ព្ទទៅកាន់មជ្ឈមណ្ឌលទំនាក់ទំនងអភិវឌ្ឍន៍ចំនួនតាមលេខដែលមាននៅលើប័ណ្ណសម្គាល់ខ្លួនរបស់លោកអ្នក 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 bąąh ílínígóó saad bee háká ada'iiyeed. Ata' halne'ígíí da ła' ná hádíóót'íjį. Naaltsoos da t'áá shí shizaad k'ehjí shichí' yídooltah nínízingo t'áá ná ákódoolníí. Ákót'éego shíká a'doowoł nínízingo Customer Contact Center hoolyéhíjį' hodiílnih ninaaltsoos nanitingo bee néého'dolzinígíí hodoonihjí' bikáá' éi doodago kojį' hólne' Individual & Family Plan (IFP) Off Exchange: 1-800-839-2172 (TTY: 711). California marketplace báhígíí kojį' hólne' IFP On Exchange 1-888- 926-4988 (TTY: 711) éi doodago Small Business báhígíí kojį' hólne' 1-888-926-5133 (TTY: 711). Group Plans through Health Net báhígíí éi kojį' 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 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 ਦੁਬਾਸੀਏ 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 прочитать 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 чатных 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 (โหมด TTY: 711) สำหรับเขตแคลิฟอร์เนีย โทรหาฝ่ายแผนบุคคลและครอบครัวของรัฐ (IFP On Exchange) ได้ที่ 1-888-926-4988 (โหมด TTY: 711) หรือ ฝ่ายธุรกิจขนาดเล็ก (Small Business) ที่ 1-888-926-5133 (โหมด TTY: 711) สำหรับแผนแบบกลุ่มผ่านทาง Health Net โทร 1-800-522-0088 (โหมด 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. Đề 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).