

개인 및 가족 EPO 보험 플랜

Covered California를 통해 이용혜택을 받으시려면
www.CoveredCA.com을 방문하셔서 오늘 신청하십시오!



Health Net®

보장 설명 및 제외 및 제한사항

북부 및 중부 캘리포니아에서 Covered California를 통해 이용 가능한 플랜¹

Health Net Life Insurance Company 개인 및 가족 건강 보험 플랜 주요 의료 비용 보장.

귀하의 보험 증서를 주의 깊게 읽어보십시오

본 보장의 개요는 귀하의 Health Net EPO 보험(보험 증서)의 중요한 특징에 대한 간략한 설명을 제공합니다. 이것은 보험 계약서가 아니며 실제 보험 증서의 조항들이 우선합니다. 보험 증서 자체는 귀하 및 Health Net Life Insurance Company(Health Net Life) 양측 모두의 권리 및 의무에 대해 자세히 설명합니다. 따라서 귀하께서 귀하의 보험 증서를 주의 깊게 읽어보는 것은 매우 중요합니다!

¹Health Net Life Insurance Company EPO 플랜은 PureCare One 서비스 제공자 네트워크를 이용합니다. Contra Costa, Marin, Merced, Napa, San Francisco, San Joaquin, San Mateo, Santa Cruz, Solano, Sonoma, Stanislaus 및 Tulare 카운티에서 제공됩니다.

플랜 개요 – Health Net Platinum 90 EPO

혜택 설명	보장된 가입자(들)의 책임 ^{1,2,3}
무제한 평생 최대 한도.	
플랜 최대 한도 달력 연도 공제액	없음
최대 본인 부담금 ⁴ (이 플랜에서 보장하지 않는 서비스 및 용품에 대한 비용 지불은 본 달력 연도 최대 본인 부담금에 합산되지 않음.)	독신 \$4,000 / 가족 \$8,000
전문 분야 서비스 진료소 방문 코페이먼트	\$20
전문의 방문	\$40
기타 의료인 진료소 방문 (의료적으로 필요한 침술 포함)	\$20
예방 치료 서비스 ⁵	\$0
X-레이 및 진단 영상	\$40
실험실 검사	\$20
영상 (CT/PET 스캔, MRI)	10%
재활 및 훈련 서비스	\$20
외래환자 서비스 외래환자 수술 (시설 요금 및 의사/외과의사 요금 포함)	10%
병원 서비스 병원 입원 서비스 (출산 포함)	10%
전문 요양 치료	10%
응급 치료 서비스 응급실 서비스 (입원하는 경우 코페이먼트 면제)	시설 \$150 / 의사 10%
긴급 치료	\$40
구급차 서비스 (지상 및 항공)	\$150
정신/행동 건강 / 약물 중독 서비스 정신/행동 건강 / 약물 중독 (입원)	10%
정신/행동 건강 / 약물 중독 (외래)	진료소 방문: \$20 진료소 방문 외 기타: \$0
가정 건강 관리 서비스 (달력 연도당 100회 방문)	10%
기타 서비스 의료 기기 내구재	10%
호스피스 서비스	\$0
자가 주사제 (인슐린 제외)	처방전당 10% / 최대 \$250
처방약 보장 처방약 (참여 약국을 통해 받은 최대 30일 분량) ⁶	
1군 (대부분의 일반약 및 저가의 선호 상품명약)	\$5
2군 (비-선호 일반약 및 선호 상품명약)	\$15
3군 (비-선호 상품명약)	\$25
4군 (특별 약품)	처방전당 10% / 최대 \$250
소아 치과 ^{7,8} 진단 및 예방 서비스	\$0
소아 안과 ^{7,9} 정기 안과 검사	\$0
안경 (제한사항 적용)	연도당 1벌

이것은 혜택 요약본입니다. 모든 서비스, 제한사항 또는 예외사항을 포함하지 않습니다. 보장 조건에 대한 사항을 알아보시려면 보험 증서를 참조하십시오.

¹보험 개혁법(Affordable Care Act)에 따라 소득에 상관 없이 Exchange에 의해 자격이 결정되는 미국 원주민 및 알래스카 원주민은 필수 건강 혜택(Essential Health Benefits)인 항목 및 서비스에 대해 본 보험에 따른 비용 부담 의무가 없습니다. 단, 해당 항목 및 서비스가 원주민 건강 서비스(Indian Health Service, IHS), 원주민 부족(Indian Tribe), 부족 조직(Tribal Organization) 또는 도시 원주민 조직(Urban Indian Organization)의 서비스 제공자로부터 제공되었거나 연방법에 정의된 대로 계약된 건강 서비스에 의거한 진료의뢰를 통해 제공된 경우에 해당됩니다. 비용 부담이란 공동보험 및 공제액을 비롯해 코페이먼트를 의미합니다.

²특정 서비스는 Health Net으로부터 사전 인증이 필요합니다. 사전 인증을 받지 않으면 추가적인 \$250가 적용됩니다. 자세한 사항을 알아보시려면 보험 증서를 참조하십시오.

³네트워크 외부 환급 방법을 알아보시려면 보험 증서를 참조하십시오.

⁴네트워크 내 서비스에 대해 지불된 코페이먼트 또는 공동보험은 네트워크 외 서비스 제공자에 대한 최대 본인 부담금에 적용되지 않으며 네트워크 외 서비스에 대해 지불된 공동보험은 선호 서비스 제공자에 대한 최대 본인 부담금에 적용되지 않습니다.

⁵미국 예방의학 특별 위원회(United States Preventive Services Task Force, USPSTF)의 A 및 B 등급 권고, 질병예방통제센터(Centers for Disease Control and Prevention, CDC)가 채택한 예방접종 관행 자문 위원회(Advisory Committee on Immunization Practices, ACIP)의 권고, 건강 자원 및 서비스 관리국(Health Resources and Services Administration, HRSA)이 지원하는 여성 예방 의료 및 검진에 대한 종합 지침 및 유아, 어린이 및 청소년에 대한 HRSA가 지원하는 종합 가이드라인에 기초한 보장 서비스, 일반적으로 권고하는 예방 서비스에 대해 더 많은 정보가 필요하신 경우 www.healthcare.gov를 방문하십시오. 예방적 관리에 따른 비용 부담이 이러한 서비스에 적용될 수 있습니다.

⁶Essential Rx 약품 목록은 이 플랜에서 보장하는 처방약 목록입니다. 일부 약품은 Health Net의 사전 승인이 필요합니다. Essential Rx 약품 목록 사본을 받으시려면 Health Net 웹사이트를 방문하십시오. 처방약에 대한 전체 정보를 알아보시려면 보험 증서를 참조하십시오. 플랜은 대부분의 여성 처방 피임약을 \$0의 비용 부담으로 보장합니다. 일부 약품에 대한 보장은 일반약 및 상품명약 약품군 시스템을 따르지 않을 수도 있습니다. 보장, 비용 부담 및 약품군 정보를 알아보시려면 보험 증서, Health Net Essential Rx 약품 목록을 참조하십시오. 보험 증서는 법적 구속력이 있는 문서입니다. 이 책자의 정보가 보험 증서의 정보와 다를 경우 보험 증서가 우선합니다. 우편 주문을 통해 조제하는 처방약은(최대 90일 분량까지) 두 배 수준의 코페이먼트가 필요합니다. 특정 약품에 관한 자세한 정보를 알아보시려면 www.healthnet.com을 방문하십시오.

⁷소아 치과 및 안과는 모든 플랜에 포함되어 있습니다.

⁸소아 치과 혜택은 Health Net Life Insurance Company에서 승인되며 Dental Benefit Administrative Services(DBP측)라는 회사명으로 Dental Benefit Providers, Inc.에서 운영합니다. DBP측은 Health Net의 계열사가 아닙니다. 추가적인 소아 치과 혜택은 보장됩니다. 자세한 사항에 대해서는 보험 증서를 참조하십시오.

⁹소아 안과 서비스 혜택은 Health Net Life Insurance Company에서 승인합니다. Health Net은 소아 안과 서비스 혜택 운영을 위해 안과 서비스 제공자인 EyeMed Vision Care, LLC와 계약을 맺고 있습니다.

플랜 개요 – Health Net Gold 80 EPO

혜택 설명	보장된 가입자(들)의 책임 ^{1,2,3}
무제한 평생 최대 한도.	
플랜 최대 달력 연도 공제액	없음
최대 본인 부담금 ⁴ (이 플랜에서 보장하지 않는 서비스 및 용품에 대한 비용 지불은 본 달력 연도 최대 본인 부담금에 합산되지 않음.)	독신 \$6,200 / 가족 \$12,400
전문 서비스 진료소 방문 코페이먼트	\$35
전문의 방문	\$55
기타 의료인 진료소 방문 (의료적으로 필요한 침술 포함)	\$35
예방 치료 서비스 ⁵	\$0
X-레이 및 진단 영상	\$50
실험실 검사	\$35
영상 (CT/PET 스캔, MRI)	20%
재활 및 훈련 서비스	\$35
외래환자 서비스 외래환자 수술 (시설 요금 및 의사/외과의사 요금 포함)	20%
병원 서비스 병원 입원 서비스 (출산 포함)	20%
전문 요양 치료	20%
응급 서비스 응급실 서비스 (입원 시 코페이먼트 면제)	시설 \$250 / 의사 20%
긴급 치료	\$60
구급차 서비스 (지상 및 항공)	\$250
정신/행동 건강 / 약물 중독 서비스 정신/행동 건강 / 약물 중독 (입원)	20%
정신/행동 건강 / 약물 중독 (외래)	진료소 방문: \$35 진료소 방문 외 기타: \$0
가정 건강 관리 서비스 (달력 연도당 100회 방문)	20%
기타 서비스 의료 기기 내구재	20%
호스피스 서비스	\$0
자가 주사제 (인슐린 제외)	처방전당 20% / 최대 \$250
처방약 보장 처방약 (참여 약국을 통해 받은 최대 30일 분량) ⁶	
1군 (대부분의 일반약 및 저가의 선호 상품명약)	\$15
2군 (비-선호 일반약 및 선호 상품명약)	\$50
3군 (비-선호 상품명약)	\$70
4군 (특별 약품)	처방전당 20% / 최대 \$250
소아 치과 ^{7,8} 진단 및 예방 서비스	\$0
소아 안과 ^{7,9} 정기 안과 검사	\$0
안경 (제한사항 적용)	연도당 1벌

이것은 혜택 요약본입니다. 모든 서비스, 제한사항 또는 예외사항을 포함하지 않습니다. 보장 조건에 대한 사항을 알아보시려면 보험 증서를 참조하십시오.

¹보험 개혁법(Affordable Care Act)에 따라 소득에 상관 없이 Exchange에 의해 자격이 결정되는 미국 원주민 및 알래스카 원주민은 필수 건강 혜택(Essential Health Benefits)인 항목 및 서비스에 대해 본 보험에 따른 비용 부담 의무가 없습니다. 단, 해당 항목 및 서비스가 원주민 건강 서비스(Indian Health Service, IHS), 원주민 부족(Indian Tribe), 부족 조직(Tribal Organization) 또는 도시 원주민 조직(Urban Indian Organization)의 서비스 제공자로부터 제공되었거나 연방법에 정의된 대로 계약된 건강 서비스에 의거한 진료의뢰를 통해 제공된 경우에 해당됩니다. 비용 부담이란 공동보험 및 공제액을 비롯해 코페이먼트를 의미합니다.

²특정 서비스는 Health Net으로부터 사전 인증이 필요합니다. 사전 인증을 받지 않으면 추가적인 \$250가 적용됩니다. 자세한 사항을 알아보시려면 보험 증서를 참조하십시오.

³네트워크 외부 환급 방법을 알아보시려면 보험 증서를 참조하십시오.

⁴네트워크 내 서비스에 대해 지불된 코페이먼트 또는 공동보험은 네트워크 외 서비스 제공자에 대한 최대 본인 부담금에 적용되지 않으며 네트워크 외 서비스에 대해 지불된 공동보험은 선호 서비스 제공자에 대한 최대 본인 부담금에 적용되지 않습니다.

⁵미국 예방의학 특별 위원회(United States Preventive Services Task Force, USPSTF)의 A 및 B 등급 권고, 질병예방통제센터(Centers for Disease Control and Prevention, CDC)가 채택한 예방접종 관행 자문 위원회(Advisory Committee on Immunization Practices, ACIP)의 권고, 건강 자원 및 서비스 관리국(Health Resources and Services Administration, HRSA)이 지원하는 여성 예방 의료 및 검진에 대한 종합 지침 및 유아, 어린이 및 청소년에 대한 HRSA가 지원하는 종합 가이드라인에 기초한 보장 서비스. 일반적으로 권고하는 예방 서비스에 대해 더 많은 정보가 필요하신 경우 www.healthcare.gov를 방문하십시오. 예방적 관리에 따른 비용 부담이 이러한 서비스에 적용될 수 있습니다.

⁶Essential Rx 약품 목록은 이 플랜에서 보장하는 처방약 목록입니다. 일부 약품은 Health Net의 사전 승인이 필요합니다. Essential Rx 약품 목록 사본을 받으시려면 Health Net 웹사이트를 방문하십시오. 처방약에 대한 전체 정보를 알아보시려면 보험 증서를 참조하십시오. 플랜은 대부분의 여성 처방 피임약을 \$0의 비용 부담으로 보장합니다. 일부 약품에 대한 보장은 일반약 및 상품명약 약품군 시스템을 따르지 않을 수도 있습니다. 보장, 비용 부담 및 약품군 정보를 알아보시려면 보험 증서, Health Net Essential Rx 약품 목록을 참조하십시오. 보험 증서는 법적 구속력이 있는 문서입니다. 이 책자의 정보가 보험 증서의 정보와 다를 경우 보험 증서가 우선합니다. 우편 주문을 통해 조제하는 처방약은(최대 90일 분량까지) 두 배 수준의 코페이먼트가 필요합니다. 특정 약품에 관한 자세한 정보를 알아보시려면 www.healthnet.com을 방문하십시오.

⁷소아 치과 및 안과는 모든 플랜에 포함되어 있습니다.

⁸소아 치과 혜택은 Health Net Life Insurance Company에서 승인되며 Dental Benefit Administrative Services(DBP측)라는 회사명으로 Dental Benefit Providers, Inc.에서 운영합니다. DBP측은 Health Net의 계열사가 아닙니다. 추가적인 소아 치과 혜택은 보장됩니다. 자세한 사항에 대해서는 보험 증서를 참조하십시오.

⁹소아 안과 서비스 혜택은 Health Net Life Insurance Company에서 승인합니다. Health Net은 소아 안과 서비스 혜택 운영을 위해 안과 서비스 제공자인 EyeMed Vision Care, LLC와 계약을 맺고 있습니다.

플랜 개요 – Health Net Silver 70 EPO

혜택 설명	보장된 가입자(들)의 책임 ^{1,2,3}
무제한 평생 최대 한도. 혜택에는 별도의 기제가 없는 한 공제액이 적용됩니다.	
플랜 최대 한도 달력 연도 공제액	독신 \$2,250 / 가족 \$4,500
최대 본인 부담금 ⁴ (달력 연도 공제액 포함. 이 플랜에서 보장하지 않는 서비스 및 용품에 대한 비용 지불은 본 달력 연도 최대 본인 부담금에 합산되지 않음.)	독신 \$6,250 / 가족 \$12,500
전문 분야 서비스 진료소 방문 코페이먼트	\$45 (공제액 면제)
전문의 방문	\$70 (공제액 면제)
기타 의료인 진료소 방문 (의료적으로 필요한 침술 포함)	\$45 (공제액 면제)
예방 치료 서비스 ⁵	\$0 (공제액 면제)
X-레이 및 진단 영상	\$65 (공제액 면제)
실험실 검사	\$35 (공제액 면제)
영상 (CT/PET 스캔, MRI)	\$250 (공제액 면제)
재활 및 훈련 서비스	\$45 (공제액 면제)
외래환자 서비스 외래환자 수술 (시설 요금 및 의사/외과의사 요금 포함)	20% (공제액 면제)
병원 서비스 병원 입원 서비스 (출산 포함)	20%
전문 요양 치료	20%
응급 치료 서비스 응급실 서비스 (입원하는 경우 코페이먼트 면제)	시설 \$250 / 의사 \$50
긴급 치료	\$90 (공제액 면제)
구급차 서비스 (지상 및 항공)	\$250
정신/행동 건강 / 약물 중독 서비스 정신/행동 건강 / 약물 중독 (입원)	20%
정신/행동 건강 / 약물 중독 진료소 방문 (외래)	진료소 방문: \$45 (공제액 면제) 진료소 방문 외 기타: \$0 (공제액 면제)
가정 건강 관리 서비스 (달력 연도당 100회 방문)	\$45 (공제액 면제)
기타 서비스 내구성 의료 장비	20% (공제액 면제)
호스피스 서비스	0% (공제액 면제)
자가 주사제 (인슐린 제외)	처방전당 20% / 최대 \$250 (Rx 공제액 이후)
처방약 보장 상품명약 달력 연간 공제액 처방약 (참여 약국을 통해 받은 최대 30일 분량) ⁶ 1군 (대부분의 일반약 및 저가의 선호 상품명약)	독신 \$250 / 가족 \$500 \$15 (Rx 공제액 면제)
2군 (비-선호 일반약 및 선호 상품명약)	\$50
3군 (비-선호 상품명약)	\$75
4군 (특별 약품)	처방전당 20% / 최대 \$250 (Rx 공제액 이후)
소아 치과 ^{7,8} 진단 및 예방 서비스	\$0 (공제액 면제)
소아 안과 ^{7,9} 정기 안과 검사	\$0 (공제액 면제)
안경 (제한사항 적용)	연도당 1벌

이것은 혜택 요약본입니다. 모든 서비스, 제한사항 또는 예외사항을 포함하지 않습니다. 보장 조건에 대한 사항을 알아보시려면 보험 증서를 참조하십시오.

¹보험 개혁법(Affordable Care Act)에 따라 소득에 상관 없이 Exchange에 의해 자격이 결정되는 미국 원주민 및 알래스카 원주민은 필수 건강 혜택(Essential Health Benefits)인 항목 및 서비스에 대해 본 보험에 따른 비용 부담 의무가 없습니다. 단, 해당 항목 및 서비스가 원주민 건강 서비스(Indian Health Service, IHS), 원주민 부족(Indian Tribe), 부족 조직(Tribal Organization) 또는 도시 원주민 조직(Urban Indian Organization)의 서비스 제공자로부터 제공되었거나 연방법에 정의된 대로 계약된 건강 서비스에 의거한 진료의뢰를 통해 제공된 경우에 해당됩니다. 비용 부담이란 공동보험 및 공제액을 비롯해 코페이먼트를 의미합니다.

²특정 서비스는 Health Net으로부터 사전 인증이 필요합니다. 사전 인증을 받지 않으면 추가적인 \$250가 적용됩니다. 자세한 사항을 알아보시려면 보험 증서를 참조하십시오.

³네트워크 외부 환급 방법을 알아보시려면 보험 증서를 참조하십시오.

⁴네트워크 내 서비스에 대해 지불된 코페이먼트 또는 공동보험은 네트워크 외 서비스 제공자에 대한 최대 본인 부담금에 적용되지 않으며 네트워크 외 서비스에 대해 지불된 공동보험은 선호 서비스 제공자에 대한 최대 본인 부담금에 적용되지 않습니다.

⁵미국 예방의학 특별 위원회(United States Preventive Services Task Force, USPSTF)의 A 및 B 등급 권고, 질병예방통제센터(Centers for Disease Control and Prevention, CDC)가 채택한 예방접종 관행 자문 위원회(Advisory Committee on Immunization Practices, ACIP)의 권고, 건강 자원 및 서비스 관리국(Health Resources and Services Administration, HRSA)이 지원하는 여성 예방 의료 및 검진에 대한 종합 지침 및 유아, 어린이 및 청소년에 대한 HRSA가 지원하는 종합 가이드라인에 기초한 보장 서비스. 일반적으로 권고하는 예방 서비스에 대해 더 많은 정보가 필요하신 경우 www.healthcare.gov를 방문하십시오. 예방적 관리에 따른 비용 부담이 이러한 서비스에 적용될 수 있습니다.

⁶Essential Rx 약품 목록은 이 플랜에서 보장하는 처방약 목록입니다. 일부 약품은 Health Net의 사전 승인이 필요합니다. Essential Rx 약품 목록 사본을 받으시려면 Health Net 웹사이트를 방문하십시오. 처방약에 대한 전체 정보를 알아보시려면 보험 증서를 참조하십시오. 플랜은 대부분의 여성 처방 피임약을 \$0의 비용 부담으로 보장합니다. 일부 약품에 대한 보장은 일반약 및 상품명약 약품군 시스템을 따르지 않을 수도 있습니다. 보장, 비용 부담 및 약품군 정보를 알아보시려면 보험 증서, Health Net Essential Rx 약품 목록을 참조하십시오. 보험 증서는 법적 구속력이 있는 문서입니다. 이 책자의 정보가 보험 증서의 정보와 다를 경우 보험 증서가 우선합니다. 우편 주문을 통해 조제하는 처방약은(최대 90일 분량까지) 두 배 수준의 코페이먼트가 필요합니다. 특정 약품에 관한 자세한 정보를 알아보시려면 www.healthnet.com을 방문하십시오.

⁷소아 치과 및 안과는 모든 플랜에 포함되어 있습니다.

⁸소아 치과 혜택은 Health Net Life Insurance Company에서 승인되며 Dental Benefit Administrative Services(DBP측)라는 회사명으로 Dental Benefit Providers, Inc.에서 운영합니다. DBP측은 Health Net의 계열사가 아닙니다. 추가적인 소아 치과 혜택은 보장됩니다. 자세한 사항에 대해서는 보험 증서를 참조하십시오.

⁹소아 안과 서비스 혜택은 Health Net Life Insurance Company에서 승인합니다. Health Net은 소아 안과 서비스 혜택 운영을 위해 안과 서비스 제공자인 EyeMed Vision Care, LLC와 계약을 맺고 있습니다.

플랜 개요 – Health Net Bronze 60 EPO

혜택 설명	보장된 가입자(들)의 책임 ^{1,2,3}
무제한 평생 최대 한도. 혜택에는 별도의 기제가 없는 한 공제액이 적용됩니다.	
플랜 최대 한도 달력 연도 공제액	독신 \$6,000 / 가족 \$12,000
최대 본인 부담금 ⁴ (달력 연도 공제액 포함. 이 플랜에서 보장하지 않는 서비스 및 용품에 대한 비용 지불은 본 달력 연도 최대 본인 부담금에 합산되지 않음.)	독신 \$6,500 / 가족 \$13,000
전문 서비스 진료소 방문 코페이먼트	1-3회 방문: \$70 (공제액 면제) / 4회 이상 방문: \$70 (공제액 적용)
전문의 방문	1-3회 방문: \$90 (공제액 면제) / 4회 이상 방문: \$90 (공제액 적용)
기타 의료인 진료소 방문 (의료적으로 필요한 침술 포함)	1-3회 방문: \$70 (공제액 면제) / 방문 4회 이상: \$70 (공제액 적용)
예방 치료 서비스 ⁵	\$0 (공제액 면제)
X-레이 및 진단 영상	100%
실험실 검사	\$40 (공제액 면제)
영상 (CT/PET 스캔, MRI)	100%
재활 및 훈련 서비스	\$70 (공제액 면제)
외래환자 서비스 외래환자 수술 (시설 요금 및 의사/외과의사 요금 포함)	100%
병원 서비스 병원 입원 서비스 (출산 포함)	100%
전문 요양 치료	100%
응급 치료 서비스 응급실 서비스 (입원하는 경우 코페이먼트 면제)	100%
긴급 치료	1-3회 방문: \$120 (공제액 면제) / 4회 이상 방문: \$120 (공제액 적용)
구급차 서비스 (지상 및 항공)	100%
정신/행동 건강 / 약물 중독 서비스 정신/행동 건강 / 약물 중독 (입원)	100%
정신/행동 건강 / 약물 중독 (외래)	진료소 방문: \$70 (공제액 면제) 진료소 방문 외 기타: \$0 (공제액 면제)
가정 건강 관리 서비스 (달력 연도당 100회 방문)	100%
기타 서비스 내구성 의료 장비	100%
호스피스 서비스	\$0 (공제액 면제)
자가 주사제 (인슐린 제외)	처방전당 100% / 최대 \$500 (Rx 공제액 이후)
처방약 보장 상품명약 달력 연간 공제액 처방약 (참여 약국을 통해 받은 최대 30일 분량) ⁶ 1군 (대부분의 일반약 및 저가의 선호 상품명약) 2군 (비-선호 일반약 및 선호 상품명약) 3군 (비-선호 상품명약) 4군 (특별 약품)	독신 \$500 / 가족 \$1,000 처방전당 100% / 최대 \$500 (Rx 공제액 이후) 처방전당 100% / 최대 \$500 (Rx 공제액 이후) 처방전당 100% / 최대 \$500 (Rx 공제액 이후) 처방전당 100% / 최대 \$500 (Rx 공제액 이후)
소아 치과 ^{7,8} 진단 및 예방 서비스	\$0 (공제액 면제)
소아 안과 ^{7,9} 정기 안과 검사	\$0 (공제액 면제)
안경 (제한사항 적용)	연도당 1벌

이것은 혜택 요약본입니다. 모든 서비스, 제한사항 또는 예외사항을 포함하지 않습니다. 보장 조건에 대한 사항을 알아보시려면 보험 증서를 참조하십시오.

¹보험 개혁법(Affordable Care Act)에 따라 소득에 상관 없이 Exchange에 의해 자격이 결정되는 미국 원주민 및 알래스카 원주민은 필수 건강 혜택(Essential Health Benefits)인 항목 및 서비스에 대해 본 보험에 따른 비용 부담 의무가 없습니다. 단, 해당 항목 및 서비스가 원주민 건강 서비스(Indian Health Service, IHS), 원주민 부족(Indian Tribe), 부족 조직(Tribal Organization) 또는 도시 원주민 조직(Urban Indian Organization)의 서비스 제공자로부터 제공되었거나 연방법에 정의된 대로 계약된 건강 서비스에 의거한 진료의뢰를 통해 제공된 경우에 해당됩니다. 비용 부담이란 공동보험 및 공제액을 비롯해 코페이먼트를 의미합니다.

²특정 서비스는 Health Net으로부터 사전 인증이 필요합니다. 사전 인증을 받지 않으면 추가적인 \$250가 적용됩니다. 자세한 사항을 알아보시려면 보험 증서를 참조하십시오.

³네트워크 외부 환급 방법을 알아보시려면 보험 증서를 참조하십시오.

⁴네트워크 내 서비스에 대해 지불된 코페이먼트 또는 공동보험은 네트워크 외 서비스 제공자에 대한 최대 본인 부담금에 적용되지 않으며 네트워크 외 서비스에 대해 지불된 공동보험은 선호 서비스 제공자에 대한 최대 본인 부담금에 적용되지 않습니다.

⁵미국 예방의학 특별 위원회(United States Preventive Services Task Force, USPSTF)의 A 및 B 등급 권고, 질병예방통제센터(Centers for Disease Control and Prevention, CDC)가 채택한 예방접종 관행 자문 위원회(Advisory Committee on Immunization Practices, ACIP)의 권고, 건강 자원 및 서비스 관리국(Health Resources and Services Administration, HRSA)이 지원하는 여성 예방 의료 및 검진에 대한 종합 지침 및 유아, 어린이 및 청소년에 대한 HRSA가 지원하는 종합 가이드라인에 기초한 보장 서비스. 일반적으로 권고하는 예방 서비스에 대해 더 많은 정보가 필요하신 경우 www.healthcare.gov를 방문하십시오. 예방적 관리에 따른 비용 부담이 이러한 서비스에 적용될 수 있습니다.

⁶Essential Rx 약품 목록은 이 플랜에서 보장하는 처방약 목록입니다. 일부 약품은 Health Net의 사전 승인이 필요합니다. Essential Rx 약품 목록 사본을 받으시려면 Health Net 웹사이트를 방문하십시오. 처방약에 대한 전체 정보를 알아보시려면 보험 증서를 참조하십시오. 플랜은 대부분의 여성 처방 피임약을 \$0의 비용 부담으로 보장합니다. 일부 약품에 대한 보장은 일반약 및 상품명약 약품군 시스템을 따르지 않을 수도 있습니다. 보장, 비용 부담 및 약품군 정보를 알아보시려면 보험 증서, Health Net Essential Rx 약품 목록을 참조하십시오. 보험 증서는 법적 구속력이 있는 문서입니다. 이 책자의 정보가 보험 증서의 정보와 다를 경우 보험 증서가 우선합니다. 우편 주문을 통해 조제하는 처방약은(최대 90일 분량까지) 두 배 수준의 코페이먼트가 필요합니다. 특정 약품에 관한 자세한 정보를 알아보시려면 www.healthnet.com을 방문하십시오.

⁷소아 치과 및 안과는 모든 플랜에 포함되어 있습니다.

⁸소아 치과 혜택은 Health Net Life Insurance Company에서 승인되며 Dental Benefit Administrative Services(DBP측)라는 회사명으로 Dental Benefit Providers, Inc.에서 운영합니다. DBP측은 Health Net의 계열사가 아닙니다. 추가적인 소아 치과 혜택은 보장됩니다. 자세한 사항에 대해서는 보험 증서를 참조하십시오.

⁹소아 안과 서비스 혜택은 Health Net Life Insurance Company에서 승인합니다. Health Net은 소아 안과 서비스 혜택 운영을 위해 안과 서비스 제공자인 EyeMed Vision Care, LLC와 계약을 맺고 있습니다.

플랜 개요 – Health Net Minimum Coverage EPO

혜택 설명	보장된 가입자(들)의 책임 ^{1,2,3}
무제한 평생 최대 한도. 혜택에는 별도의 기재가 없는 한 공제액이 적용됩니다.	
플랜 최대 한도 달력 연도 공제액	독신 \$6,850 / 가족 \$13,700
최대 본인 부담금 ⁴ (달력 연도 공제액 포함. 이 플랜에서 보장하지 않는 서비스 및 용품에 대한 비용 지불은 본 달력 연도 최대 본인 부담금에 합산되지 않음.)	독신 \$6,850 / 가족 \$13,700
전문 분야 서비스 진료소 방문 코페이먼트	1-3회 방문: 0% (공제액 면제) / 4회 이상 방문: 0% (공제액 적용)
전문의 방문	0%
기타 의료인 진료소 방문 (의료적으로 필요한 침술 포함)	1-3회 방문: 0% (공제액 면제) / 4회 이상 방문: 0% (공제액 적용)
예방 치료 서비스 ⁵	\$0 (공제액 면제)
X-레이 및 진단 영상	0%
실험실 검사	0%
영상 (CT/PET 스캔, MRI)	0%
재활 및 훈련 서비스	0%
외래환자 서비스 외래환자 수술 (시설 요금 및 의사/외과의사 요금 포함)	0%
병원 서비스 병원 입원 서비스 (출산 포함)	0%
전문 요양 치료	0%
응급 치료 서비스 응급실 서비스 (입원하는 경우 코페이먼트 면제)	0%
긴급 치료	1-3회 방문: 0% (공제액 면제) / 4회 이상 방문: 0% (공제액 적용)
구급차 서비스 (지상 및 항공)	0%
정신/행동 건강 / 약물 중독 서비스 정신/행동 건강 / 약물 중독 (입원)	0%
정신/행동 건강 / 약물 중독 (외래)	1-3회 진료소 방문: 0% (공제액 면제) / 4회 이상 진료소 방문 : 0% (공제액 적용) 1-3회 진료소 방문 외 기타: 0% (공제액 면제) / 4회 이상 진료소 방문 외 기타: 0% (공제액 적용)
가정 건강 관리 서비스 (달력 연도당 100회 방문)	0%
기타 서비스 의료 기기 내구재	0%
호스피스 서비스	0%
자가 주사제 (인슐린 제외)	0%
처방약 보장 상품명약 달력 연간 공제액 처방약 (참여 약국을 통해 받은 최대 30일 분량) ⁶ 1군 (대부분의 일반약 및 저가의 선호 상품명약)	의료 공제액에 통합 0%
2군 (비-선호 일반약 및 선호 상품명약)	0%
3군 (비-선호 상품명약)	0%
4군 (특별 약품)	0%
소아 치과 ^{7,8} 진단 및 예방 서비스	0% (공제액 면제)
소아 안과 ^{7,9} 정기 안과 검사	\$0 (공제액 면제)
안경 (제한사항 적용)	연도당 1벌

이것은 혜택 요약본입니다. 모든 서비스, 제한사항 또는 예외사항을 포함하지 않습니다. 보장 조건에 대한 사항을 알아보시려면 보험 증서를 참조하십시오.

최소 보장 플랜은 30세 미만의 개인이 이용하실 수 있습니다. 귀하가 30세 이상이고 최소 필수 보장을 유지해야 하는 연방 요구 조건이 면제되는 경우 본 플랜에 가입할 자격이 있을 수도 있습니다. 일단 가입한 후 귀하는 Marketplace로부터의 경제적 어려움에 따른 면제를 재신청하고 본 플랜을 유지하기 위해 귀하의 면제 인증 번호를 포함한 Marketplace 통지를 매년 1월 1일까지 Health Net으로 다시 제출해야 합니다.

¹보험 개혁법(Affordable Care Act)에 따라 소득에 상관 없이 Exchange에 의해 자격이 결정되는 미국 원주민 및 알래스카 원주민은 필수 건강 혜택(Essential Health Benefits)인 항목 및 서비스에 대해 본 보험에 따른 비용 부담 의무가 없습니다. 단, 해당 항목 및 서비스가 원주민 건강 서비스(Indian Health Service, IHS), 원주민 부족(Indian Tribe), 부족 조직(Tribal Organization) 또는 도시 원주민 조직(Urban Indian Organization)의 서비스 제공자로부터 제공되었거나 연방법에 정의된 대로 계약된 건강 서비스에 의거한 진료의뢰를 통해 제공된 경우에 해당됩니다. 비용 부담이란 공동보험 및 공제액을 비롯해 코페이먼트를 의미합니다.

²특정 서비스는 Health Net으로부터 사전 인증이 필요합니다. 사전 인증을 받지 않으면 추가적인 \$250가 적용됩니다. 자세한 사항을 알아보시려면 보험 증서를 참조하십시오.

³네트워크 외 환급 방법을 알아보시려면 보험 증서를 참조하십시오.

⁴네트워크 내 서비스에 대해 지불된 코페이먼트 또는 공동보험은 네트워크 외 서비스 제공자에 대한 최대 본인 부담금에 적용되지 않으며 네트워크 외 서비스에 대해 지불된 공동보험은 선호 서비스 제공자에 대한 최대 본인 부담금에 적용되지 않습니다.

⁵미국 예방의학 특별 위원회(United States Preventive Services Task Force, USPSTF)의 A 및 B 등급 권고, 질병예방통제센터(Centers for Disease Control and Prevention, CDC)가 채택한 예방접종 관행 자문 위원회(Advisory Committee on Immunization Practices, ACIP)의 권고, 건강 자원 및 서비스 관리국(Health Resources and Services Administration, HRSA)이 지원하는 여성 예방 의료 및 검진에 대한 종합 지침 및 유아, 어린이 및 청소년에 대한 HRSA가 지원하는 종합 가이드라인에 기초한 보장 서비스. 일반적으로 권고하는 예방 서비스에 대해 더 많은 정보가 필요하신 경우 www.healthcare.gov를 방문하십시오. 예방적 관리에 따른 비용 부담이 이러한 서비스에 적용될 수 있습니다.

⁶Essential Rx 약품 목록은 이 플랜에서 보장하는 처방약 목록입니다. 일부 약품은 Health Net의 사전 승인이 필요합니다. Essential Rx 약품 목록 사본을 받으시려면 Health Net 웹사이트를 방문하십시오. 처방약에 대한 전체 정보를 알아보시려면 보험 증서를 참조하십시오. 플랜은 대부분의 여성 처방 피임약을 \$0의 비용 부담으로 보장합니다. 일부 약품에 대한 보장은 일반약 및 상품명약 약품군 시스템을 따르지 않을 수도 있습니다. 보장, 비용 부담 및 약품군 정보를 알아보시려면 보험 증서, Health Net Essential Rx 약품 목록을 참조하십시오. 보험 증서는 법적 구속력이 있는 문서입니다. 이 책자의 정보가 보험 증서의 정보와 다를 경우 보험 증서가 우선합니다. 우편 주문을 통해 조제하는 처방약은(최대 90일 분량까지) 두 배 수준의 코페이먼트가 필요합니다. 특정 약품에 관한 자세한 정보를 알아보시려면 www.healthnet.com을 방문하십시오.

⁷소아 치과 및 안과는 모든 플랜에 포함되어 있습니다.

⁸소아 치과 혜택은 Health Net Life Insurance Company에서 승인되며 Dental Benefit Administrative Services(DBP측)라는 회사명으로 Dental Benefit Providers, Inc.에서 운영합니다. DBP측은 Health Net의 계열사가 아닙니다. 추가적인 소아 치과 혜택은 보장됩니다. 자세한 사항에 대해서는 보험 증서를 참조하십시오.

⁹소아 안과 서비스 혜택은 Health Net Life Insurance Company에서 승인합니다. Health Net은 소아 안과 서비스 혜택 운영을 위해 안과 서비스 제공자인 EyeMed Vision Care, LLC와 계약을 맺고 있습니다.

플랜 개요 – Health Net Silver 94 EPO

혜택 설명	보장된 가입자(들)의 책임 ^{1,2,3}
무제한 평생 최대 한도. 혜택에는 별도의 기재가 없는 한 공제액이 적용됩니다.	
플랜 최대 한도 달력 연도 공제액	독신 \$75 / 가족 \$150
최대 본인 부담금 ⁴ (달력 연도 공제액 포함. 이 플랜에서 보장하지 않는 서비스 및 용품에 대한 비용 지불은 본 달력 연도 최대 본인 부담금에 합산되지 않음.)	독신 \$2,250 / 가족 \$4,500
전문 분야 서비스 진료소 방문 코페이먼트	\$5 (공제액 면제)
전문의 방문	\$8 (공제액 면제)
기타 의료인 진료소 방문 (의료적으로 필요한 침술 포함)	\$5 (공제액 면제)
예방 치료 서비스 ⁵	\$0 (공제액 면제)
X-레이 및 진단 영상	\$8 (공제액 면제)
실험실 검사	\$8 (공제액 면제)
영상 (CT/PET 스캔, MRI)	\$50 (공제액 면제)
재활 및 훈련 서비스	\$5 (공제액 면제)
외래환자 서비스 외래환자 수술 (시설 요금 및 의사/외과의사 요금 포함)	10% (공제액 면제)
병원 서비스 병원 입원 서비스 (출산 포함)	10%
전문 요양 치료	10%
응급 치료 서비스 응급실 서비스 (입원하는 경우 코페이먼트 면제)	시설 \$30 / 의사 \$25
긴급 치료	\$6 (공제액 면제)
구급차 서비스 (지상 및 항공)	\$30
정신/행동 건강 / 약물 중독 서비스 정신/행동 건강 / 약물 중독 (입원)	10%
정신/행동 건강 / 약물 중독 (외래)	진료소 방문: \$5 (공제액 면제) 진료소 방문 외 기타: \$0 (공제액 면제)
가정 건강 관리 서비스 (달력 연도당 100회 방문)	\$3 (공제액 면제)
기타 서비스 의료 기기 내구재	10% (공제액 면제)
호스피스 서비스	\$0 (공제액 면제)
자가 주사제 (인슐린 제외)	처방전당 10%/최대 \$150 (공제액 면제)
처방약 보장 처방약 (참여 약국을 통해 받은 최대 30일 분량) ⁶ 1군 (대부분의 일반약 및 저가의 선호 상품명약)	\$3 (공제액 면제)
2군 (비-선호 일반약 및 선호 상품명약)	\$10 (공제액 면제)
3군 (비-선호 상품명약)	\$15 (공제액 면제)
4군 (특별 약품)	처방전당 10%/최대 \$150 (공제액 면제)
소아 치과 ^{7,8} 진단 및 예방 서비스	\$0 (공제액 면제)
소아 안과 ^{7,9} 정기 안과 검사	\$0 (공제액 면제)
안경 (제한사항 적용)	연도당 1벌

이것은 혜택 요약본입니다. 모든 서비스, 제한사항 또는 예외사항을 포함하지 않습니다. 보장 조건에 대한 사항을 알아보시려면 보험 증서를 참조하십시오.

¹보험 개혁법(Affordable Care Act)에 따라 소득에 상관 없이 Exchange에 의해 자격이 결정되는 미국 원주민 및 알래스카 원주민은 필수 건강 혜택(Essential Health Benefits)인 항목 및 서비스에 대해 본 보험에 따른 비용 부담 의무가 없습니다. 단, 해당 항목 및 서비스가 원주민 건강 서비스(Indian Health Service, IHS), 원주민 부족(Indian Tribe), 부족 조직(Tribal Organization) 또는 도시 원주민 조직(Urban Indian Organization)의 서비스 제공자로부터 제공되었거나 연방법에 정의된 대로 계약된 건강 서비스에 의거한 진료의뢰를 통해 제공된 경우에 해당됩니다. 비용 부담이란 공동보험 및 공제액을 비롯해 코페이먼트를 의미합니다.

²특정 서비스는 Health Net으로부터 사전 인증이 필요합니다. 사전 인증을 받지 않으면 추가적인 \$250가 적용됩니다. 자세한 사항을 알아보시려면 보험 증서를 참조하십시오.

³네트워크 외부 환급 방법을 알아보시려면 보험 증서를 참조하십시오.

⁴네트워크 내 서비스에 대해 지불된 코페이먼트 또는 공동보험은 네트워크 외 서비스 제공자에 대한 최대 본인 부담금에 적용되지 않으며 네트워크 외 서비스에 대해 지불된 공동보험은 선호 서비스 제공자에 대한 최대 본인 부담금에 적용되지 않습니다.

⁵미국 예방의학 특별 위원회(United States Preventive Services Task Force, USPSTF)의 A 및 B 등급 권고, 질병예방통제센터(Centers for Disease Control and Prevention, CDC)가 채택한 예방접종 관행 자문 위원회(Advisory Committee on Immunization Practices, ACIP)의 권고, 건강 자원 및 서비스 관리국(Health Resources and Services Administration, HRSA)이 지원하는 여성 예방 의료 및 검진에 대한 종합 지침 및 유아, 어린이 및 청소년에 대한 HRSA가 지원하는 종합 가이드라인에 기초한 보장 서비스. 일반적으로 권고하는 예방 서비스에 대해 더 많은 정보가 필요하신 경우 www.healthcare.gov를 방문하십시오. 예방적 관리에 따른 비용 부담이 이러한 서비스에 적용될 수 있습니다.

⁶Essential Rx 약품 목록은 이 플랜에서 보장하는 처방약 목록입니다. 일부 약품은 Health Net의 사전 승인이 필요합니다. Essential Rx 약품 목록 사본을 받으시려면 Health Net 웹사이트를 방문하십시오. 처방약에 대한 전체 정보를 알아보시려면 보험 증서를 참조하십시오. 플랜은 대부분의 여성 처방 피임약을 \$0의 비용 부담으로 보장합니다. 일부 약품에 대한 보장은 일반약 및 상품명약 약품군 시스템을 따르지 않을 수도 있습니다. 보장, 비용 부담 및 약품군 정보를 알아보시려면 보험 증서, Health Net Essential Rx 약품 목록을 참조하십시오. 보험 증서는 법적 구속력이 있는 문서입니다. 이 책자의 정보가 보험 증서의 정보와 다를 경우 보험 증서가 우선합니다. 우편 주문을 통해 조제하는 처방약은(최대 90일 분량까지) 두 배 수준의 코페이먼트가 필요합니다. 특정 약품에 관한 자세한 정보를 알아보시려면 www.healthnet.com을 방문하십시오.

⁷소아 치과 및 안과는 모든 플랜에 포함되어 있습니다.

⁸소아 치과 혜택은 Health Net Life Insurance Company에서 승인되며 Dental Benefit Administrative Services(DBP측)라는 회사명으로 Dental Benefit Providers, Inc.에서 운영합니다. DBP측은 Health Net의 계열사가 아닙니다. 추가적인 소아 치과 혜택은 보장됩니다. 자세한 사항에 대해서는 보험 증서를 참조하십시오.

⁹소아 안과 서비스 혜택은 Health Net Life Insurance Company에서 승인합니다. Health Net은 소아 안과 서비스 혜택 운영을 위해 안과 서비스 제공자인 EyeMed Vision Care, LLC와 계약을 맺고 있습니다.

플랜 개요 – Health Net Silver 87 EPO

혜택 설명	보장된 가입자(들)의 책임 ^{1,2,3}
무제한 평생 최대 한도. 혜택에는 별도의 기제가 없는 한 공제액이 적용됩니다.	
플랜 최대 한도 달력 연도 공제액	독신 \$550 / 가족 \$1,100
최대 본인 부담금 ⁴ (달력 연도 공제액 포함. 이 플랜에서 보장하지 않는 서비스 및 용품에 대한 비용 지불은 본 달력 연도 최대 본인 부담금에 합산되지 않음.)	독신 \$2,250 / 가족 \$4,500
전문 분야 서비스 진료소 방문 코페이먼트	\$15 (공제액 면제)
전문의 방문	\$25 (공제액 면제)
기타 의료인 진료소 방문 (의료적으로 필요한 침술 포함)	\$15 (공제액 면제)
예방 치료 서비스 ⁵	\$0 (공제액 면제)
X-레이 및 진단 영상	\$25 (공제액 면제)
실험실 검사	\$15 (공제액 면제)
영상 (CT/PET 스캔, MRI)	\$100 (공제액 면제)
재활 및 훈련 서비스	\$15 (공제액 면제)
외래환자 서비스 외래환자 수술 (시설 요금 및 의사/외과의사 요금 포함)	15% (공제액 면제)
병원 서비스 병원 입원 서비스 (출산 포함)	15%
전문 요양 치료	15%
응급 치료 서비스 응급실 서비스 (입원하는 경우 코페이먼트 면제)	시설 \$75 / 의사 \$40
긴급 치료	\$30 (공제액 면제)
구급차 서비스 (지상 및 항공)	\$75
정신/행동 건강 / 약물 중독 서비스 정신/행동 건강 / 약물 중독 (입원)	15%
정신/행동 건강 / 약물 중독 (외래)	진료소 방문: \$15 (공제액 면제) 진료소 방문 외 기타: \$0 (공제액 면제)
가정 건강 관리 서비스 (달력 연도당 100회 방문)	\$15 (공제액 면제)
기타 서비스 내구성 의료 장비	15% (공제액 면제)
호스피스 서비스	\$0 (공제액 면제)
자가 주사제 (인슐린 제외)	처방전당 15% / 최대 \$150 (Rx 공제액 이후)
처방약 보장 처방약 달력 연간 공제액 처방약 (참여 약국을 통해 받은 최대 30일 분량) ⁶ 1군 (대부분의 일반약 및 저가의 선호 상품명약)	독신 \$50 / 가족 \$100 \$5 (Rx 공제액 면제)
2군 (비-선호 일반약 및 선호 상품명약)	\$20
3군 (비-선호 상품명약)	\$35
4군 (특별 약품)	처방전당 15% / 최대 \$150 (Rx 공제액 이후)
소아 치과 ^{7,8} 진단 및 예방 서비스	\$0 (공제액 면제)
소아 안과 ^{7,9} 정기 안과 검사	\$0 (공제액 면제)
안경 (제한사항 적용)	연도당 1벌

이것은 혜택 요약본입니다. 모든 서비스, 제한사항 또는 예외사항을 포함하지 않습니다. 보장 조건에 대한 사항을 알아보시려면 보험 증서를 참조하십시오.

¹보험 개혁법(Affordable Care Act)에 따라 소득에 상관 없이 Exchange에 의해 자격이 결정되는 미국 원주민 및 알래스카 원주민은 필수 건강 혜택(Essential Health Benefits)인 항목 및 서비스에 대해 본 보험에 따른 비용 부담 의무가 없습니다. 단, 해당 항목 및 서비스가 원주민 건강 서비스(Indian Health Service, IHS), 원주민 부족(Indian Tribe), 부족 조직(Tribal Organization) 또는 도시 원주민 조직(Urban Indian Organization)의 서비스 제공자로부터 제공되었거나 연방법에 정의된 대로 계약된 건강 서비스에 의거한 진료의뢰를 통해 제공된 경우에 해당됩니다. 비용 부담이란 공동보험 및 공제액을 비롯해 코페이먼트를 의미합니다.

²특정 서비스는 Health Net으로부터 사전 인증이 필요합니다. 사전 인증을 받지 않으면 추가적인 \$250가 적용됩니다. 자세한 사항을 알아보시려면 보험 증서를 참조하십시오.

³네트워크 외부 환급 방법을 알아보시려면 보험 증서를 참조하십시오.

⁴네트워크 내 서비스에 대해 지불된 코페이먼트 또는 공동보험은 네트워크 외 서비스 제공자에 대한 최대 본인 부담금에 적용되지 않으며 네트워크 외 서비스에 대해 지불된 공동보험은 선호 서비스 제공자에 대한 최대 본인 부담금에 적용되지 않습니다.

⁵미국 예방의학 특별 위원회(United States Preventive Services Task Force, USPSTF)의 A 및 B 등급 권고, 질병예방통제센터(Centers for Disease Control and Prevention, CDC)가 채택한 예방접종 관행 자문 위원회(Advisory Committee on Immunization Practices, ACIP)의 권고, 건강 자원 및 서비스 관리국(Health Resources and Services Administration, HRSA)이 지원하는 여성 예방 의료 및 검진에 대한 종합 지침 및 유아, 어린이 및 청소년에 대한 HRSA가 지원하는 종합 가이드라인에 기초한 보장 서비스. 일반적으로 권고하는 예방 서비스에 대해 더 많은 정보가 필요하신 경우 www.healthcare.gov를 방문하십시오. 예방적 관리에 따른 비용 부담이 이러한 서비스에 적용될 수 있습니다.

⁶Essential Rx 약품 목록은 이 플랜에서 보장하는 처방약 목록입니다. 일부 약품은 Health Net의 사전 승인이 필요합니다. Essential Rx 약품 목록 사본을 받으시려면 Health Net 웹사이트를 방문하십시오. 처방약에 대한 전체 정보를 알아보시려면 보험 증서를 참조하십시오. 플랜은 대부분의 여성 처방 피임약을 \$0의 비용 부담으로 보장합니다. 일부 약품에 대한 보장은 일반약 및 상품명약 약품군 시스템을 따르지 않을 수도 있습니다. 보장, 비용 부담 및 약품군 정보를 알아보시려면 보험 증서, Health Net Essential Rx 약품 목록을 참조하십시오. 보험 증서는 법적 구속력이 있는 문서입니다. 이 책자의 정보가 보험 증서의 정보와 다를 경우 보험 증서가 우선합니다. 우편 주문을 통해 조제하는 처방약은(최대 90일 분량까지) 두 배 수준의 코페이먼트가 필요합니다. 특정 약품에 관한 자세한 정보를 알아보시려면 www.healthnet.com을 방문하십시오.

⁷소아 치과 및 안과는 모든 플랜에 포함되어 있습니다.

⁸소아 치과 혜택은 Health Net Life Insurance Company에서 승인되며 Dental Benefit Administrative Services(DBP측)라는 회사명으로 Dental Benefit Providers, Inc.에서 운영합니다. DBP측은 Health Net의 계열사가 아닙니다. 추가적인 소아 치과 혜택은 보장됩니다. 자세한 사항에 대해서는 보험 증서를 참조하십시오.

⁹소아 안과 서비스 혜택은 Health Net Life Insurance Company에서 승인합니다. Health Net은 소아 안과 서비스 혜택 운영을 위해 안과 서비스 제공자인 EyeMed Vision Care, LLC와 계약을 맺고 있습니다.

플랜 개요 – Health Net Silver 73 EPO

혜택 설명	보장된 가입자(들)의 책임 ^{1,2,3}
무제한 평생 최대 한도. 혜택에는 별도의 기제가 없는 한 공제액이 적용됩니다.	
플랜 최대 한도 달력 연도 공제액	독신 \$1,900 / 가족 \$3,800
최대 본인 부담금 ⁴ (달력 연도 공제액 포함. 이 플랜에서 보장하지 않는 서비스 및 용품에 대한 비용 지불은 본 달력 연도 최대 본인 부담금에 합산되지 않음.)	독신 \$5,450 / 가족 \$10,900
전문 분야 서비스 진료소 방문 코페이먼트	\$40 (공제액 면제)
전문의 방문	\$55 (공제액 면제)
기타 의료인 진료소 방문 (의료적으로 필요한 침술 포함)	\$40 (공제액 면제)
예방 치료 서비스 ⁵	\$0 (공제액 면제)
X-레이 및 진단 영상	\$50 (공제액 면제)
실험실 검사	\$35 (공제액 면제)
영상 (CT/PET 스캔, MRI)	\$250 (공제액 면제)
재활 및 훈련 서비스	\$40 (공제액 면제)
외래환자 서비스 외래환자 수술 (시설 요금 및 의사/외과의사 요금 포함)	20% (공제액 면제)
병원 서비스 병원 입원 서비스 (출산 포함)	20%
전문 요양 치료	20%
응급 치료 서비스 응급실 서비스 (입원하는 경우 코페이먼트 면제)	시설 \$250 / 의사 \$50
긴급 치료	\$80 (공제액 면제)
구급차 서비스 (지상 및 항공)	\$250
정신/행동 건강 / 약물 중독 서비스 정신/행동 건강 / 약물 중독 (입원)	20%
정신/행동 건강 / 약물 중독 (외래)	진료소 방문: \$40 (공제액 면제) 진료소 방문 외 기타: \$0 (공제액 면제)
가정 건강 관리 서비스 (달력 연도당 100회 방문)	\$40 (공제액 면제)
기타 서비스 의료 기기 내구재	20% (공제액 면제)
호스피스 서비스	\$0 (공제액 면제)
자가 주사제 (인슐린 제외)	처방전당 20% / 최대 \$250 (Rx 공제액 이후)
처방약 보장 처방약 달력 연간 공제액 처방약 (참여 약국을 통해 받은 최대 30일 분량) ⁶ 1군 (대부분의 일반약 및 저가의 선호 상품명약)	독신 \$250 / 가족 \$500 \$15 (공제액 면제)
2군 (비-선호 일반약 및 선호 상품명약)	\$45
3군 (비-선호 상품명약)	\$70
4군 (특별 약품)	처방전당 20% / 최대 \$250 (Rx 공제액 이후)
소아 치과 ^{7,8} 진단 및 예방 서비스	\$0 (공제액 면제)
소아 안과 ^{7,9} 정기 안과 검사	\$0 (공제액 면제)
안경 (제한사항 적용)	연도당 1벌

이것은 혜택 요약본입니다. 모든 서비스, 제한사항 또는 예외사항을 포함하지 않습니다. 보장 조건에 대한 사항을 알아보시려면 보험 증서를 참조하십시오.

¹보험 개혁법(Affordable Care Act)에 따라 소득에 상관 없이 Exchange에 의해 자격이 결정되는 미국 원주민 및 알래스카 원주민은 필수 건강 혜택(Essential Health Benefits)인 항목 및 서비스에 대해 본 보험에 따른 비용 부담 의무가 없습니다. 단, 해당 항목 및 서비스가 원주민 건강 서비스(Indian Health Service, IHS), 원주민 부족(Indian Tribe), 부족 조직(Tribal Organization) 또는 도시 원주민 조직(Urban Indian Organization)의 서비스 제공자로부터 제공되었거나 연방법에 정의된 대로 계약된 건강 서비스에 의거한 진료의뢰를 통해 제공된 경우에 해당됩니다. 비용 부담이란 공동보험 및 공제액을 비롯해 코페이먼트를 의미합니다.

²특정 서비스는 Health Net으로부터 사전 인증이 필요합니다. 사전 인증을 받지 않으면 추가적인 \$250가 적용됩니다. 자세한 사항을 알아보시려면 보험 증서를 참조하십시오.

³네트워크 외부 환급 방법을 알아보시려면 보험 증서를 참조하십시오.

⁴네트워크 내 서비스에 대해 지불된 코페이먼트 또는 공동보험은 네트워크 외 서비스 제공자에 대한 최대 본인 부담금에 적용되지 않으며 네트워크 외 서비스에 대해 지불된 공동보험은 선호 서비스 제공자에 대한 최대 본인 부담금에 적용되지 않습니다.

⁵미국 예방의학 특별 위원회(United States Preventive Services Task Force, USPSTF)의 A 및 B 등급 권고, 질병예방통제센터(Centers for Disease Control and Prevention, CDC)가 채택한 예방접종 관행 자문 위원회(Advisory Committee on Immunization Practices, ACIP)의 권고, 건강 자원 및 서비스 관리국(Health Resources and Services Administration, HRSA)이 지원하는 여성 예방 의료 및 검진에 대한 종합 지침 및 유아, 어린이 및 청소년에 대한 HRSA가 지원하는 종합 가이드라인에 기초한 보장 서비스. 일반적으로 권고하는 예방 서비스에 대해 더 많은 정보가 필요하신 경우 www.healthcare.gov를 방문하십시오. 예방적 관리에 따른 비용 부담이 이러한 서비스에 적용될 수 있습니다.

⁶Essential Rx 약품 목록은 이 플랜에서 보장하는 처방약 목록입니다. 일부 약품은 Health Net의 사전 승인이 필요합니다. Essential Rx 약품 목록 사본을 받으시려면 Health Net 웹사이트를 방문하십시오. 처방약에 대한 전체 정보를 알아보시려면 보험 증서를 참조하십시오. 플랜은 대부분의 여성 처방 피임약을 \$0의 비용 부담으로 보장합니다. 일부 약품에 대한 보장은 일반약 및 상품명약 약품군 시스템을 따르지 않을 수도 있습니다. 보장, 비용 부담 및 약품군 정보를 알아보시려면 보험 증서, Health Net Essential Rx 약품 목록을 참조하십시오. 보험 증서는 법적 구속력이 있는 문서입니다. 이 책자의 정보가 보험 증서의 정보와 다를 경우 보험 증서가 우선합니다. 우편 주문을 통해 조제하는 처방약은(최대 90일 분량까지) 두 배 수준의 코페이먼트가 필요합니다. 특정 약품에 관한 자세한 정보를 알아보시려면 www.healthnet.com을 방문하십시오.

⁷소아 치과 및 안과는 모든 플랜에 포함되어 있습니다.

⁸소아 치과 혜택은 Health Net Life Insurance Company에서 승인되며 Dental Benefit Administrative Services(DBP측)라는 회사명으로 Dental Benefit Providers, Inc.에서 운영합니다. DBP측은 Health Net의 계열사가 아닙니다. 추가적인 소아 치과 혜택은 보장됩니다. 자세한 사항에 대해서는 보험 증서를 참조하십시오.

⁹소아 안과 서비스 혜택은 Health Net Life Insurance Company에서 승인합니다. Health Net은 소아 안과 서비스 혜택 운영을 위해 안과 서비스 제공자인 EyeMed Vision Care, LLC와 계약을 맺고 있습니다.

주요 의료비 보장

보장 목록은 혜택이 보장되는 사고 또는 질병의 결과로 발생하는 주요 병원, 의료 및 수술 비용을 보장된 가입자에게 제공하기 위해 마련되었습니다. 일일 병실 및 식사, 기타 병원 서비스, 수술 서비스, 마취 서비스, 입원 의료 서비스, 외래 서비스 및 보철 기기에 대해 제공되는 혜택에는 본 보험 증서에 명시된 공제액, 코페이먼트 조항 또는 기타 제한이 적용될 수 있습니다.



주요 혜택 및 보장

각 플랜의 보장되는 서비스 및 용품에 대해 다음 목록을 참조하십시오. 또한 플랜에 가입한 후 귀하가 받은 보험 증서를 참조하십시오. 보험 증서에서는 귀하의 건강보험 플랜에 포함되어 있는 혜택 및 보장에 관한 자세한 정보를 제공합니다.

주: EPO 보험 플랜은 응급 및 긴급 관리를 제외하고 PureCare One 네트워크 외 건강 관리 서비스를 보장하지 않습니다.

- 알러지 혈청
- 알러지 검사 및 치료
- 구급차 서비스 - 지상 구급차 이송 및 구급 항공기 이송
- 외래 수술 센터
- 배리애트릭(체중 감소) 수술
- 임신 상태를 위한 관리
- 임상 실험
- 당뇨 관련 합병증의 예방 또는 치료를 위한 교정 신발
- 당뇨 치료 기기

- 진단 이미지(X-레이 포함) 및 실험실 시술
- 혼련 치료
- 가족 건강 관리 대리인 서비스
- 호스피스 관리
- 병원 입원 서비스
- 유기 접안 렌즈를 교체하는 의료적으로 필요한 삽입 렌즈
- 의료적으로 필요한 재건 수술
- 의료적으로 필요한 수술적 삽입 약품
- 정신 건강 관리 및 약물 의존 혜택
- 외래 병원 서비스
- 외래 주입 치료
- 장기, 조직 및 골수 이식
- 환자 교육(당뇨 교육 포함)
- 보험 증서에 명시된 소아 안과
- 페닐케톤뇨증(PKU)
- 임신 및 출산 서비스
- 예방 치료 서비스
- 전문 분야 서비스
- 보철물
- 방사선 치료, 화학 및 신장 투석 치료
- 재활 치료(물리, 언어, 직업, 심장 및 폐 치료 포함)
- 의료 기기 내구재의 임대 또는 구입
- 자가 주사제 약품
- 전문 요양시설
- 남성 및 여성의 불임
- 의료적으로 필요한 경우 치과적 상해의 치료

생식 건강 서비스

일부 병원과 기타 서비스 제공자는 귀하의 보험 증서에 의거해서 보장되고 귀하 또는 귀하의 가족이 필요로 할 수 있는 서비스들(가족계획, 응급피임을 포함한 피임 서비스, 산통 및 출산 시 난관 봉합을 포함한 불임 수술, 불임치료 또는 임신중절) 중 한 가지 이상의 서비스를 제공하지 않습니다. 가입하시기 전에 보다 자세한 정보를 확인하십시오. 귀하를 담당할 의사, 의료 그룹, 독립적인 의료 서비스 제공자 연합 또는 클리닉 등에 전화하시거나 1-888-926-4988번을 이용해 Health Net Life 고객 문의 센터로 전화하셔서 귀하가 필요한 건강 관리 서비스를 받을 수 있는지 확인하십시오.

비용 부담

보장에는 공제액(들), 공동보험 및 코페이먼트가 적용됩니다. 전체적인 세부 사항은 보험 증서를 참조하십시오.

인증(서비스의 사전 승인)

일부 서비스는 사전 인증을 받아야 합니다. 보험 증서에서 전체 서비스 목록을 참조하십시오.

제외 및 제한사항

다음은 일반적으로 보장되지 않는 서비스 목록의 일부입니다. 플랜의 제외 및 제한사항에 대한 전체 세부 사항은 보험 증서를 참조하십시오.

- 의료적으로 필요하지 않은 서비스 또는 용품.
- 보험 증서에 명시된 최대 금액을 초과하는 모든 금액.

- 보험 증서에 명시된 경우를 제외한 성형 수술.
- 보험 증서에 명시된 경우를 제외한 치과 서비스.
- 악관절(TMJ) 장애를 위한 치료 및 서비스 (의료적으로 필요한 수술적 조치 제외).
- 상악 및 하악뼈의 위치 이상 또는 비정상적인 발달을 교정하는 목적의 수술 및 이에 관련된 서비스. 단, 그러한 시술이 의료적으로 필요한 경우는 제외.
- 페닐케톤뇨증(PKU)의 합병증 예방을 위한 건강기능식 및 특별 식품을 제외한 음식, 식단 또는 영양 보조제.
- 보험 증서에 명시된 경우를 제외하고 안경을 대체하기 위한 특별 안과 수술을 포함해 19세 이상의 성인을 위한 안과 관리.
- 보험 증서에 특별히 명시된 경우를 제외하고 19세 이상의 성인을 위한 검안 서비스 또는 눈 운동.
- 보험 증서에 명시된 경우를 제외하고 19세 이상의 성인을 위한 안경류 또는 콘택트렌즈.
- 성전환.
- 자발적 불임 수술의 복원을 위한 서비스.
- 여성의 임신을 목적으로 하는 서비스 또는 용품은 보장되지 않습니다. 다음 서비스 및 용품은 가임력 보존 보장에서 제외됩니다. 생식 세포 또는 배아 보관, 향후 임신을 위해 냉동 생식 세포 또는 배아의 사용, 착상전 유전 진단, 난자, 정자 또는 배아의 기증, 대리모.
- 특정 유전자 검사.
- 실험적 또는 조사적 서비스.

- 예방 치료 서비스를 제외한 정기적 신체 검사(예: 보험, 면허증, 고용, 학교 또는 캠프를 위한 신체 검사). 본 보험 증서에 특별히 명시된 경우를 제외하고 질병 또는 상해의 진단 또는 치료와 관련되지 않은 모든 신체, 안과 또는 청력 검사.
- 외국 여행 또는 직업적 목적으로 성인 또는 아동을 위한 면역 주사 또는 예방 접종.
- 혜택이 보장된 질병 또는 상해와 관련되지 않은 서비스. 그러나 보장되지 않는 성형 수술로 인한 합병증 등 보장되지 않은 서비스로 인해 발생하는 합병증의 치료는 보장됩니다.
- 보호 또는 가정 관리.
- 주로 외래적으로 안전하게 수행될 수 있는 진단적 검사를 위한 병원 또는 기타 입원 치료 시설의 입원과 관련해 발생하는 입원실 및 식사 비용.
- 주로 환경적 변화, 물리 치료 또는 만성 통증의 치료를 위한 병원 입원과 관련된 입원실 및 식사 비용.
- 합법적으로 운영되는 병원 또는 Medicare에서 승인한 전문 간호시설이 아니거나 주로 노인을 위한 시설, 양로원 또는 이와 유사한 기관으로, 자격이 없는 기관(어떠한 유형으로 지정되었는지 상관 없이)에서 제공한 모든 서비스 또는 용품.
- 병원(또는 기타 입원시설)의 가장 일반적인 준 특실 병실료를 초과하는 비용.
- 불임 서비스.
- 개인 간병인.
- 보험 증서에 명시된 경우를 제외한 일반 의료 용품 및 약품.
- 개인의 안락함을 위한 품목.
- 보장된 가입자의 신체에 맞춰 제작되고 보험 증서에 명시된 경우를 제외한 교정 기기.
- 보험 증서에 명시된 경우를 제외한 교육 서비스 또는 영양 상담.
- 보청기.
- 보험 증서에 명시된 경우를 제외한 비만 관련 서비스.
- 추가 보험료를 지불하지 않고 Medicare 혜택으로 받는 모든 서비스.
- 보장 발효일 이전에 받은 서비스.
- 보장 종료일 이후에 받은 서비스.
- 정부 기관에서 운영하지 않는 자선 연구 병원에서 받은 서비스를 제외하고 보험 보장이 없이 보장된 가입자에게 비용 없이 제공된 서비스.
- 의사 자가-치료.
- 보장된 가입자의 가정에서 살거나 보장된 가입자와 혈연 또는 결혼으로 맺어진 사람에 의해 수행된 서비스.
- 가정 폭력 또는 의료적 상태로 인해 발생한 상해가 아닌 경우 보장된 가입자가 중죄를 저지름(또는 저지르려고 시도함)에 따라 발생한 상태.
- 정부 기금이 이용 가능할 경우 핵 에너지의 방출로 발생한 상태.
- 지역, 주 또는 연방 정부 기관에 의해 제공되거나 비용이 지불된 모든 서비스. 본 제한은 Medi-Cal, Medicaid 또는 Medicare에는 적용되지 않습니다.

- 대리모 임신에 대한 서비스는 대리모가 Health Net Life 보험 가입자인 경우 보장됩니다. 그러나 대리 임신에 대한 보상이 있을 경우 플랜은 해당 의료 비용에 대한 회수를 위해 그 보상에 대한 선택특권이 있을 수 있습니다.
- 보험 증서에 명시된 경우를 제외하고 외래 치료 환경에서 조제 또는 투여된 모든 외래 약물, 약품 또는 기타 물질.
- 응급 관리를 제외한 외국에 거주 중 받은 서비스 및 용품.
- 응급 관리에 대한 기준이 충족되는 경우를 제외한 가정에서의 목욕.
- 보장된 가입자가 보험 보장이 없는 상태에서 서비스 제공자에게 지불할 법적 의무가 없는 서비스에 대한 환급.
- Health Net Life에서 보장된 비용을 초과한다고 결정한 보장된 의료 서비스 및 치료에 대해 네트워크 외 서비스 제공자에 의해 청구된 금액.
- 의사의 승인 여부와 상관 없이 다음 품목과 관련된 모든 비용: (a) 엘리베이터 설치를 포함해 보장된 가입자의 신체적 또는 의료적 상태를 충족하기 위해 보장된 가입자의 거주지를 변경, (b) 보철, 주형 및 부목을 제외한 교정 기기, (c) 공기 정화기, 에어컨 및 가습기, (d) 보험 증서에 특별히 명시된 경우를 제외하고 교육적 서비스 또는 영양 상담.
- 보험 증서에 기재된 당뇨 용품을 제외한 가정용 일회용 용품.

일부 서비스는 서비스를 받기 전에 Health Net Life로부터 사전 인증을 필요로 합니다. 사전 인증이 필요한 서비스 및 시술에 대한 자세한 사항은 귀하의 보험 증서를 참조하십시오.

Health Net Life는 투석 서비스 또는 출산 관리에 대해 사전 인증을 요구하지 않습니다. 그러나 첫 투석 서비스 또는 첫 출산 전 방문 시 1-888-926-4988번을 이용해 고객 문의 센터로 연락하십시오.

자폐증을 위한 행동 건강 치료에 대해서는 사전 인증이 요구되지 않습니다. 그러나 Health Net Life로 면허가 있는 의사 또는 면허가 있는 심리학자가 자폐 진단을 내렸다는 문서를 제공해 주십시오. 또한 적절한 자폐 서비스 제공자는 Health Net Life에 최초 치료 플랜을 제출해야 합니다. 자세한 사항을 알아보시려면 귀하의 보험 증서를 참조하십시오.

본 보험 증서의 갱신

본 보험에서 이전에 논의된 종료 조항에 따라 매월 보험료를 납부하고 Health Net Life에서 수락한 경우 보장은 유효한 상태로 유지됩니다.

보험료

저희는 귀하의 보험료를 수정 또는 변경할 수 있습니다. 저희가 귀하의 보험료를 변경하는 경우 보험료 변경의 효력이 발생하기 최소 60일 전에 귀하에게 우편으로 통지할 것입니다. 보험료는 귀하 및 귀하의 배우자 또는 등록된 동거인의 연령 변경에 따라 자동적으로 조정됩니다. 보험료는 귀하의 거주지 주소가 변경되는 경우 조정될 수 있습니다.

보험료 대비 클레임 비율

개인 및 가족 PPO 및 EPO에 대한 위험 조정 및 재보험 후 2014년 Health Net Life의 경과보험료 대비 발생한 클레임의 비율은 82.1퍼센트입니다. 경과보험료 대비 발생한 클레임의 비율은 보험 개혁법(Affordable Care Act)에 의거해 수립된 의료 손실 비율 계산에 따라 다릅니다.

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 us at the number listed on your ID card or please call:

Individual & Family Plans: 1-888-926-4988

Small Business: 1-888-926-5133

TDD/TTY: 1-888-926-5180

For more help: If you are enrolled in a PPO or EPO insurance policy underwritten by Health Net Life Insurance Company, call the CA Dept. of Insurance at 1-800-927-4357. If you are enrolled in a HMO or HSP plan provided by Health Net of California, Inc., call the DMHC Helpline at 1-888-HMO-2219. Your ID card indicates whether your plan was issued by Health Net Life Insurance Company or Health Net of California, Inc.

English

Servicios de Idiomas Sin Costo. Usted puede solicitar un intérprete. Puede solicitar que se le lean los documentos y que algunos de ellos se le envíen en su idioma. Para obtener ayuda, llámenos al número que aparece en su tarjeta de identificación o llame al:

Planes Individuales y Familiares: 1-888-926-4988

Pequeñas Empresas: 1-888-926-5133

TDD/TTY: 1-888-926-5180

Para obtener más ayuda: Si está inscrito en una póliza de seguro PPO o EPO asegurada por Health Net Life Insurance Company, llame al Departamento de Seguros de CA al 1-800-927-4357. Si está inscrito en un plan HMO o HSP proporcionado por Health Net of California, Inc., llame a la Línea de Ayuda del Departamento de Cuidado Médico (por sus siglas en inglés, DMHC) al 1-888-HMO-2219. Su tarjeta de identificación indica si su plan fue emitido por Health Net Life Insurance Company o Health Net of California, Inc.

Spanish

免費語言服務。您可以取得口譯員服務。我們可以把文件朗讀給您聽，也可以把部分翻譯成您語言的文件寄送給您。如需協助，請撥您會員卡上所列的電話號碼與我們聯絡，或請撥：

Individual & Family Plans : 1-888-926-4988

小型企業：1-888-926-5133

聽 / 語障專線：1-888-926-5180

如需其他協助：如果您投保的是由 Health Net Life Insurance Company 核保的 PPO 或 EPO 保險保單，請撥 California Department of Insurance 電話 1-800-927-4357。如果您投保的是由 Health Net of California, Inc. 提供的 HMO 或 HSP 計畫，請撥 DMHC 協助專線 1-888-HMO-2219。您的會員卡會註明您的計畫是由 Health Net Life Insurance Company 或 Health Net of California, Inc. 核發。

Chinese

Dịch vụ ngôn ngữ miễn phí. Quý vị có thể được cấp thông dịch viên và người đọc giúp các tài liệu bằng ngôn ngữ của quý vị cho quý vị. Để được trợ giúp, vui lòng gọi cho chúng tôi theo số điện thoại ghi trên thẻ hội viên của quý vị hoặc gọi:

Chương trình bảo hiểm dành cho cá nhân và gia đình: 1-888-926-4988

Chương trình bảo hiểm dành cho tiểu thương nghiệp: 1-888-926-5133

Số TDD/TTY: 1-888-926-5180

Để được trợ giúp bổ túc: Nếu quý vị ghi danh trong các hợp đồng bảo hiểm PPO hoặc EPO do Health Net Life Insurance Company cam kết tài trợ, vui lòng gọi Bộ Bảo hiểm của California theo số 1-800-927-4357. Nếu quý vị ghi danh trong chương trình bảo hiểm HMO hoặc HSP do Health Net of California, Inc. cung cấp, xin gọi Đường dây trợ giúp của DMHC theo số 1-888-HMO-2219. Trên thẻ hội viên của quý vị có ghi rõ chương trình bảo hiểm của quý vị là do Health Net Life Insurance Company hay Health Net of California, Inc. cung cấp.

Vietnamese

무료 언어 지원 서비스. 무료 통역사 서비스 및 여러분에게 편한 언어로 서류 낭독 서비스를 받을 수 있습니다. 도움이 필요하신 분은 본인의 ID 카드상의 안내번호로 전화하시거나 다음 안내번호로 문의하십시오.

개인 및 가족 플랜: 1-888-926-4988

스몰 비즈니스: 1-888-926-5133

TDD/TTY: 1-888-926-5180

더 많은 도움이 필요하시면: 만일 귀하가 Health Net Life Insurance Company가 인수한 PPO 또는 EPO 보험 폴리시에 가입하신 경우, 캘리포니아 보험국 (CA Dept. of Insurance), 안내번호 1-800-927-4357번으로 문의해 주십시오. 만일 귀하가 Health Net of California, Inc.에서 제공하는 HMO 또는 HSP 플랜에 가입하신 경우, 보건관리부 (DMHC) 헬프라인, 안내번호 1-888-HMO-2219번으로 문의하십시오. 귀하의 ID상에 귀하의 플랜이 Health Net Life Insurance Company에서 제공되는지 또는 Health Net of California, Inc.에서 제공되는지 명시되어 있습니다.

Korean

Walang Gastusin na Mga Serbisyo sa Wika. Maaari kang kumuha ng interpreter at basahin sa iyong wika ang mga dokumento. Para sa tulong, tawagan kami sa numerong nakalista sa iyong ID card o mangyaring tumawag sa:

Individual & Family Plans: 1-888-926-4988

Small Business: 1-888-926-5133

TDD/TTY: 1-888-926-5180

Para sa karagdagang tulong: Kung naka-enroll ka sa isang insurance policy ng PPO o EPO na napapailalim sa Health Net Life Insurance Company, tawagan ang CA Dept. of Insurance sa 1-800-927-4357. Kung naka-enroll ka sa isang plano ng HMO o HSP na ipinagkakaloob ng Health Net of California, Inc., tumawag sa DMHC Helpline sa 1-888-HMO-2219. Isinasaad ng iyong ID card kung ang iyong plano ay ibinigay ng Health Net Life Insurance Company o Health Net of California, Inc.

Tagalog

Անվճար Լեզվական Ծառայություններ: Դուք կարող եք բանավոր թարգման ձեռք բերել և փաստաթղթերը ընթերցել տալ Ձեր լեզվով: Օգնության համար մեզ զանգահարեք Ձեր ինքնության (ID) տոմսի վրա նշված համարով, կամ խնդրում ենք զանգահարել:

Անհատական և Հետաանկան Ծրագրեր՝ 1-888-926-4988

Փոքր Ձեռնարկություններ՝ 1-888-926-5133

Խոսքերի համար սարք (TDD/TTY)՝ 1-888-926-5180

Հավելյալ օգնության համար՝ եթե գրանցվել եք PPO կամ EPO ապահովագրական ծրագրում, որի մատակարարն է Health Net Life Insurance Company-ն, 1-800-927-4357 համարով զանգահարեք Կալիֆորնիայի Ապահովագրության Բաժանմունք (CA Dept. of Insurance): Եթե գրանցվել եք HMO կամ HSP ծրագրում, որի մատակարարն է Health Net of California, Inc.-ը, 1-888-HMO-2219 համարով զանգահարեք DMHC-ի Օգնության Գծին: Ձեր ինքնության տոմսը նշում է, թե ով է թողարկել Ձեր ծրագիրը՝ Health Net Life Insurance Company-ն, թե՞ Health Net of California, Inc.-ը:

Armenian

Бесплатные услуги перевода. Вы можете воспользоваться услугами переводчика, и вам могут прочесть документы на вашем языке. Если вам требуется помощь, звоните нам по номеру телефона, указанному на вашей идентификационной карте.

Планы индивидуального и семейного страхования: 1-888-926-4988

Малый бизнес: 1-888-926-5133

Линия TDD/TTY: 1-888-926-5180

Для получения дополнительной помощи: если у вас страховой полис Организации с предпочтительными поставщиками услуг (Preferred Provider Organization, PPO) или Организации с обязательными поставщиками услуг (Exclusive Provider Organization, EPO), который предоставляется компанией Health Net Life Insurance Company, обращайтесь в Департамент страхования штата Калифорния (CA Dept. of Insurance) по номеру 1-800-927-4357. Если вы зарегистрированы в плане HMO или HSP, который предоставлен компанией Health Net of California, Inc., звоните на телефон Горячей линии Департамента организованного медицинского обслуживания (DMHC Helpline) по номеру 1-888-HMO-2219. На вашей идентификационной карте указано, был ли ваш план оформлен компанией Health Net Life Insurance Company или компанией Health Net of California, Inc.

Russian

無料の言語サービス。日本語で通訳をご提供し、書類をお読みします。サービスをご希望の方は、IDカード記載の番号または以下の番号までご連絡ください。

個人および家族プラン：1-888-926-4988

中小企業：1-888-926-5133

TDD/TTY専用番号：1-888-926-5180

さらに援助が必要な場合、Health Net Life Insurance Companyが保険引受会社となるPPOまたはEPO保険ポリシーにご加入の方は、カリフォルニア州保険庁、1-800-927-4357までご連絡ください。Health Net of California, Inc.が提供するHMOまたはHSPプランにご加入の方は、DMHCヘルプライン、1-888-HMO-2219までご連絡ください。お客様のプランの発行者がHealth Net Life Insurance CompanyまたはHealth Net of California, Inc.のどちらであるかは、IDカードに記載されています。

Japanese

خدمات بی هزینه مربوط به زبان. می توانید از خدمات یک مترجم شفاهی برخوردار شده و بگوئید تا نوشته ها به زبان خودتان برایتان خوانده شوند. برای دریافت کردن کمک، با ما از طریق شماره تلفنی که روی کارت شناسایی شما قید شده است تماس گرفته و یا به شماره های زیر تلفن کنید:

طرح افراد و خانواده ها: 1-888-926-4988

کسب و کار کوچک: 1-888-926-5133

TDD/TTY: 1-888-926-5180

برای دریافت کمک بیشتر: اگر برای یک بیمه نامه PPO یا EPO که توسط Health Net Life Insurance Company تضمین شده است ثبت نام کرده اید، به اداره بیمه کالیفرنیا به شماره 1-800-927-4357 تلفن کنید. اگر در یک طرح HMO یا HSP که توسط Health Net of California, Inc. فراهم شده است ثبت نام میکنید، به خط کمکی DMHC به شماره 1-888-HMO-2219 تلفن کنید. کارت شناسایی تان نشان میدهد که آیا طرح شما توسط Health Net Life Insurance Company صادر شده است یا Health Net of California, Inc.

Farsi

Health Net 개인 및 가족 플랜

PO Box 1150

Rancho Cordova, CA 95741-1150

1-877-609-8711 (영어)

1-877-891-9050 (광둥어)

1-877-339-8596 (한국어)

1-877-891-9053 (북경어)

1-800-331-1777 (스페인어)

1-877-891-9051 (타갈로그어)

1-877-339-8621 (베트남어)

청각 및 언어 장애자를 위한 지원

1-800-995-0852

www.healthnet.com

