

개인 및 가족 EPO 보험 플랜

Covered California™를 통해

이용 혜택을 받으시려면 www.CoveredCA.com을 방문하셔서 오늘 신청하십시오!



Health Net®

보장 설명 및 예외 및 제한사항

북부 및 중부 캘리포니아에서 Covered California를 통해 이용 가능한 플랜¹

Health Net Life Insurance Company 개인 및 가족 건강보험 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 보험 플랜은 PureCare One 서비스 제공자 네트워크를 이용합니다. PureCare One EPO 보험 플랜은 Covered California를 통해 Contra Costa, Marin, Merced, Napa, San Francisco, San Joaquin, San Mateo, Santa Cruz, Solano, Sonoma, Stanislaus 및 Tulare 카운티에서 이용 가능합니다.

플랜 개요- Health Net Platinum 90 EPO

혜택 설명	보장된 가입자(들)의 책임 ¹
무제한 평생 최대 한도.	
플랜 최대 달력 연도 공제액	없음
최대 본인 부담금 ² (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 서비스 진료소 방문 코페이먼트	\$15
전문의 방문	\$40
기타 의료인 진료소 방문 (의료적으로 필요한 침술 포함)	\$15
예방 치료 서비스 ³	\$0
X-레이 및 진단 영상	\$40
실험실 검사	\$20
영상 (CT/PET 스캔, MRI)	10%
재활 및 훈련 서비스	\$15
외래환자 서비스 외래환자 수술 (시설 요금 및 의사/외과의사 요금 포함)	10%
병원 서비스 병원 입원 서비스 (출산 포함)	10%
전문 간호 진료	10%
응급 서비스 응급실 서비스 (입원 시 코페이먼트 면제)	시설 \$150 / 의사 0%
긴급 치료	\$15
구급차 서비스 (지상 및 항공)	\$150
정신/행동 건강 / 약물 중독 서비스 정신/행동 건강 / 약물 중독 (입원)	10%
정신/행동 건강 / 약물 중독 (외래환자)	진료소 방문: \$15 진료소 방문 외 기타: \$0
가정 건강 관리 서비스 (달력 연도당 100회 방문)	10%
기타 서비스 내구성 의료 장비	10%
호스피스 서비스	\$0
자가 주사제 (인슐린 제외)	30일 분량 처방전당 10% / 최대 \$250
처방약 보장 처방약 (참여 약국을 통해 받은 최대 30일 분량) ⁴	
1군 (대부분의 일반약 및 저가의 선호 유명 상표약)	\$5
2군 (비-선호 일반약 및 선호 유명 상표약)	\$15
3군 (비-선호 유명 상표약)	\$25
4군 (특별 약품)	30일 분량 처방전당 10% / 최대 \$250
소아 치과 ^{5,6} 진단 및 예방 서비스	\$0
소아 안과 ^{5,7} 정기 안과 검사	\$0
안경 (제한사항 적용)	연도당 1쌍

이것은 혜택 요약본입니다. 모든 서비스, 제한사항 또는 예외사항을 포함하지 않습니다. 보장의 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) 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.

2네트워크 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.

3미국 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.

4Essential 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 유명 상표약 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.

5소아 초과 및 안과는 모든 플랜에 포함되어 있습니다.

6소아 초과 혜택은 Health Net Life Insurance Company에서 승인되며 Dental Benefit Administrative Services (DBP Entities)라는 회사명으로 Dental Benefit Providers, Inc.에서 운영합니다. DBP Entities는 Health Net의 계열사가 아닙니다. 소아 초과 혜택에 대한 자세한 사항은 보험 증서를 참조하십시오.

7소아 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
무제한 평생 최대 한도.	
플랜 최대 달력 연도 공제액	없음
최대 본인 부담금 ² (이 플랜에서 보장하지 않는 서비스 및 용품에 대한 비용 지불은 본 달력 연도 최대 본인 부담금에 합산되지 않음.)	독신 \$6,750 / 가족 \$13,500
전문 서비스 진료소 방문 코페이먼트	\$30
전문의 방문	\$55
기타 의료인 진료소 방문 (의료적으로 필요한 침술 포함)	\$30
예방 치료 서비스 ³	\$0
X-레이 및 진단 영상	\$55
실험실 검사	\$35
영상 (CT/PET 스캔, MRI)	20%
재활 및 훈련 서비스	\$30
외래환자 서비스 외래환자 수술 (시설 요금 및 의사/외과의사 요금 포함)	20%
병원 서비스 병원 입원 서비스 (출산 포함)	20%
전문 간호 진료	20%
응급 서비스 응급실 서비스 (입원 시 코페이먼트 면제)	시설 \$325 / 의사 \$0
긴급 치료	\$30
구급차 서비스 (지상 및 항공)	\$250
정신/행동 건강 / 약물 중독 서비스 정신/행동 건강 / 약물 중독 (입원)	20%
정신/행동 건강 / 약물 중독 (외래환자)	진료소 방문: \$0 진료소 방문 외 기타: \$0
가정 건강 관리 서비스 (달력 연도당 100회 방문)	20%
기타 서비스 내구성 의료 장비	20%
호스피스 서비스	\$0
자가 주사제 (인슐린 제외)	30일 분량 처방전당 20% / 최대 \$250
처방약 보장 처방약 (참여 약국을 통해 받은 최대 30일 분량) ⁴	
1군 (대부분의 일반약 및 저가의 선호 유명 상표약)	\$15
2군 (비-선호 일반약 및 선호 유명 상표약)	\$55
3군 (비-선호 유명 상표약)	\$75
4군 (특별 약품)	30일 분량 처방전당 20% / 최대 \$250
소아 치과 ^{5,6} 진단 및 예방 서비스	\$0
소아 안과 ^{5,7} 정기 안과 검사	\$0
안경 (제한사항 적용)	연도당 1쌍

이것은 혜택 요약본입니다. 모든 서비스, 제한사항 또는 예외사항을 포함하지 않습니다. 보장의 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) 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.

2네트워크 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.

3미국 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.

4Essential 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 유명 상표약 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.com 을 방문하십시오.

5소아 초과 및 안과는 모든 플랜에 포함되어 있습니다.

6소아 초과 혜택은 Health Net Life Insurance Company에서 승인되며 Dental Benefit Administrative Services (DBP Entities)라는 회사명으로 Dental Benefit Providers, Inc.에서 운영합니다. DBP Entities는 Health Net의 계열사가 아닙니다. 소아 초과 혜택에 대한 상세한 사항은 보험 증서를 참조하십시오.

7소아 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
무제한 평생 최대 한도. 혜택에는 별도의 기재가 없는 한 공제액이 적용됩니다.	
플랜 최대 달력 연도 공제액	독신 \$2,500 / 가족 \$5,000
최대 본인 부담금 ² (달력 연도 공제액 포함. 이 플랜에서 보장하지 않는 서비스 및 용품에 대한 비용 지불은 본 달력 연도 최대 본인 부담금에 합산되지 않음.)	독신 \$6,800 / 가족 \$13,600
전문 서비스 진료소 방문 코페이먼트	\$35 (공제액 면제)
전문의 방문	\$70 (공제액 면제)
기타 의료인 진료소 방문 (의료적으로 필요한 침술 포함)	\$35 (공제액 면제)
예방 치료 서비스 ³	\$0 (공제액 면제)
X-레이 및 진단 영상	\$70 (공제액 면제)
실험실 검사	\$35 (공제액 면제)
영상 (CT/PET 스캔, MRI)	\$300 (공제액 면제)
재활 및 훈련 서비스	\$35 (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 간호 진료	20%
응급 서비스 응급실 서비스 (입원 시 코페이먼트 면제)	시설 \$350 (공제액 면제) 의사 \$0 (공제액 면제)
긴급 치료	\$35 (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 (외래환자)	진료소 방문: \$0 (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)	30일 분량 처방전당 20% / 최대 \$250 (Rx 공제액 이후)
처방약 보장⁴ (참여 약국을 통해 받은 최대 30일 분량) 처방약 달력 연도 공제액	독신 \$250 / 가족 \$500
1군 (대부분의 일반약 및 저가의 선호 유명 상표약)	\$15 (Rx 공제액 면제)
2군 (비-선호 일반약 및 선호 유명 상표약)	\$55 (Rx 공제액 적용)
3군 (비-선호 유명 상표약)	\$80 (Rx 공제액 적용)
4군 (특별 약품)	30일 분량 처방전당 20% / 최대 \$250 (Rx 공제액 이후)
소아 치과^{5,6} 진단 및 예방 서비스	\$0 (공제액 면제)
소아 안과^{5,7} 정기 안과 검사	\$0 (공제액 면제)
안경 (제한사항 적용)	연간 1쌍 (공제액 면제)

이것은 혜택 요약본입니다. 모든 서비스, 제한사항 또는 예외사항을 포함하지 않습니다. 보장의 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) 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.

2네트워크 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.

3미국 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.

4Essential 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 유명 상표약 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.

5소아 치과 및 안과는 모든 플랜에 포함되어 있습니다.

6소아 치과 혜택은 Health Net Life Insurance Company에서 승인되며 Dental Benefit Administrative Services (DBP Entities) 라는 회사명으로 Dental Benefit Providers, Inc.에서 운영합니다. DBP Entities는 Health Net의 계열사가 아닙니다. 소아 치과 혜택에 대한 상세한 사항은 보험 증서를 참조하십시오.

7소아 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
무제한 평생 최대 한도. 혜택에는 별도의 기재가 없는 한 공제액이 적용됩니다.	
플랜 최대 달력 연도 공제액	독신 \$6,300 / 가족 \$12,600
최대 본인 부담금 ² (달력 연도 공제액 포함. 이 플랜에서 보장하지 않는 서비스 및 용품에 대한 비용 지불은 본 달력 연도 최대 본인 부담금에 합산되지 않음.)	독신 \$6,800 / 가족 \$13,600
전문 서비스 진료소 방문 코페이먼트	1-3회 방문: \$75 (공제액 면제) 4회 이상 방문: \$75 (공제액 적용) ³
전문의 방문	1-3회 방문: \$105 (공제액 면제) 4회 이상 방문: \$105 (공제액 적용) ³
기타 의료인 진료소 방문 (의료적으로 필요한 침술 포함)	1-3회 방문: \$75 (공제액 면제) 방문 4회 이상: \$75 (공제액 적용) ³
예방 치료 서비스 ⁴	\$0 (공제액 면제)
X-레이 및 진단 영상 ⁵	100%
실험실 검사	\$40 (공제액 면제)
영상 (CT/PET 스캔, MRI) ⁵	100%
재활 및 훈련 서비스	\$75 (공제액 면제)
외래환자 서비스 외래환자 수술 (시설 요금 및 의사/외과의사 요금 포함) ⁵	100%
병원 서비스 병원 입원 서비스 (출산 포함) ⁵	100%
전문 간호 진료 ⁵	100%
응급 서비스 응급실 서비스 (입원 시 코페이먼트 면제)	100% 시설 / \$0 의사 (공제액 면제)
긴급 치료	1-3회 방문 \$75 (공제액 면제) 4회 이상 방문 \$75 (공제액 적용) ³
구급차 서비스 (지상 및 항공) ⁵	100%
정신/행동 건강 / 약물 중독 서비스 정신/행동 건강 / 약물 중독 (입원) ⁵	100%
정신/행동 건강 / 약물 중독 (외래환자)	진료소 방문: \$0 (공제액 면제) 진료소 방문 외 기타: \$0 (공제액 면제)
가정 건강 관리 서비스⁵ (달력 연도당 100회 방문)	100%
기타 서비스 내구성 의료 장비 ⁵	100%
호스피스 서비스	\$0 (공제액 면제)
자가 주사제 (인슐린 이외) ^{6,7}	30일 분량 처방전당 100% / 최대 \$500 (Rx 공제액 이후)
처방약 보장 유명 상표약 달력 연간 공제액 처방약 (참여 약국을 통해 받은 최대 30일 분량) ⁷	독신 \$500 / 가족 \$1,000
1군 (대부분의 일반약 및 저가의 선호 유명 상표약) ⁶	30일 분량 처방전당 100% / 최대 \$500 (Rx 공제액 이후)
2군 (비-선호 일반약 및 선호 유명 상표약) ⁶	30일 분량 처방전당 100% / 최대 \$500 (Rx 공제액 이후)
3군 (비-선호 유명 상표약) ⁶	30일 분량 처방전당 100% / 최대 \$500 (Rx 공제액 이후)
4군 (특별 약품) ⁶	30일 분량 처방전당 100% / 최대 \$500 (Rx 공제액 이후)
소아 치과^{8,9} 진단 및 예방 서비스	\$0 (공제액 면제)
소아 안과^{8,10} 정기 안과 검사	\$0 (공제액 면제)
안경 (제한사항 적용)	연간 1쌍 (공제액 면제)

이것은 혜택 요약본입니다. 모든 서비스, 제한사항 또는 예외사항을 포함하지 않습니다. 보장의 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) 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.

²네트워크 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.

³1-3회 방문 (진료소 방문, 전문의 진료소 방문, 긴급 치료, 산전 및 산후 방문, 침술, 외래 정신 건강 / 약물 남용 치료 방문 합산): 달력 연도 공제액은 면제됩니다. 4회 - 무제한 방문: 달력 연도 공제액이 적용됩니다.

⁴미국 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.

⁵의료 공제액에 도달한 이후 가입자는 최대 본인 부담금 한도에 도달할 때까지 적격한 비용의 100%를 지불할 책임이 있습니다.

⁶약국 공제액에 도달한 이후 가입자는 최대 본인 부담금 한도에 도달할 때까지 최대 30일 분량의 각 처방전에 대해 최대 \$500까지 1, 2, 3 및 4군의 모든 약품 비용의 100%를 지불할 책임이 있습니다.

⁷Essential 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 유명 상표약 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.

⁸소아 치과 및 안과는 모든 플랜에 포함되어 있습니다.

⁹소아 치과 혜택은 Health Net Life Insurance Company에서 승인되며 Dental Benefit Administrative Services (DBP Entities) 라는 회사명으로 Dental Benefit Providers, Inc.에서 운영합니다. DBP Entities는 Health Net의 계열사가 아닙니다. 소아 치과 혜택에 대한 상세한 사항은 보험 증서를 참조하십시오.

¹⁰소아 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
무제한 평생 최대 한도. 혜택에는 별도의 기재가 없는 한 공제액이 적용됩니다.	
플랜 최대 달력 연도 공제액	독신 \$7,150 / 가족 \$14,300
최대 본인 부담금 ² (달력 연도 공제액 포함. 이 플랜에서 보장하지 않는 서비스 및 용품에 대한 비용 지불은 본 달력 연도 최대 본인 부담금에 합산되지 않음.)	독신 \$7,150 / 가족 \$14,300
전문 서비스 진료소 방문 코페이먼트	1-3회 방문: 0% (공제액 면제) 4회 이상 방문: 0% (공제액 적용) ³
전문의 방문	0%
기타 의료인 진료소 방문 (의료적으로 필요한 침술 포함)	1-3회 방문: 0% (공제액 면제) 4회 이상 방문: 0% (공제액 적용) ³
예방 치료 서비스 ⁴	\$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 간호 진료	0%
응급 서비스 응급실 서비스 (입원 시 코페이먼트 면제)	시설 0% / 의사 \$0 (공제액 면제)
긴급 치료	1-3회 방문: 0% (공제액 면제) 4회 이상 방문: 0% (공제액 적용) ³
구급차 서비스 (지상 및 항공)	0%
정신/행동 건강 / 약물 중독 서비스 정신/행동 건강 / 약물 중독 (입원)	0%
정신/행동 건강 / 약물 중독 (외래환자)	1-3회 방문: 0% (공제액 면제) 4회 이상 방문: 0% (공제액 적용) ³
가정 건강 관리 서비스 (달력 연도당 100회 방문)	0%
기타 서비스 내구성 의료 장비	0%
호스피스 서비스	0%
자가 주사제 (인슐린 제외)	0%
처방약 보장 유명 상표약 달력 연간 공제액 처방약 (참여 약국을 통해 받은 최대 30일 분량) ⁵	의료 공제액에 통합
1군 (대부분의 일반약 및 저가의 선호 유명 상표약)	0%
2군 (비-선호 일반약 및 선호 유명 상표약)	0%
3군 (비-선호 유명 상표약)	0%
4군 (특별 약품)	0%
소아 치과 ^{6,7} 진단 및 예방 서비스	\$0 (공제액 면제)
소아 안과 ^{6,8} 정기 안과 검사	\$0 (공제액 면제)
안경 (제한사항 적용)	연도당 1쌍

이것은 혜택 요약본입니다. 모든 서비스, 제한사항 또는 예외사항을 포함하지 않습니다. 보장의 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) 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.

2네트워크 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.

3방문 1-3회(진료소 방문, 긴급 진료, 산전 및 산후 방문, 침술, 외래 정신 건강/약물 남용 치료 방문 합산): 달력 연도 공제액은 면제됩니다. 방문 4회 - 무제한: 달력 연도 공제액이 적용됩니다.

4미국 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.

5Essential 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 유명 상표약 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.

6소아 치과 및 안과는 모든 플랜에 포함되어 있습니다.

7소아 치과 혜택은 Health Net Life Insurance Company에서 승인되며 Dental Benefit Administrative Services (DBP Entities) 라는 회사명으로 Dental Benefit Providers, Inc.에서 운영합니다. DBP Entities는 Health Net의 계열사가 아닙니다. 소아 치과 혜택에 대한 상세한 사항은 보험 증서를 참조하십시오.

8소아 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
무제한 평생 최대 한도. 혜택에는 별도의 기재가 없는 한 공제액이 적용됩니다.	
플랜 최대 달력 연도 공제액	독신 \$75 / 가족 \$150
최대 본인 부담금 ² (달력 연도 공제액 포함. 이 플랜에서 보장하지 않는 서비스 및 용품에 대한 비용 지불은 본 달력 연도 최대 본인 부담금에 합산되지 않음.)	독신 \$2,350 / 가족 \$4,700
전문 서비스 진료소 방문 코페이먼트	\$5 (공제액 면제)
전문의 방문 ²	\$8 (공제액 면제)
기타 의료인 진료소 방문 (의료적으로 필요한 침술 포함)	\$5 (공제액 면제)
예방 치료 서비스 ³	\$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 간호 진료	10%
응급 서비스 응급실 서비스 (입원 시 코페이먼트 면제)	시설 \$50 (공제액 면제) 의사 \$0 (공제액 면제)
긴급 치료	\$5 (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 (외래환자)	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 내구성 의료 장비	10% (공제액 면제)
호스피스 서비스	\$0 (공제액 면제)
자가 주사제 (인슐린 제외)	30일 분량 처방전당 10%/최대 \$150 (공제액 면제)
처방약 보장⁴ (참여 약국을 통해 받은 최대 30일 분량) 처방약 달력 연도 공제액	없음
1군 (대부분의 일반약 및 저가의 선호 유명 상표약)	\$3 (공제액 면제)
2군 (비-선호 일반약 및 선호 유명 상표약)	\$10 (공제액 면제)
3군 (비-선호 유명 상표약)	\$15 (공제액 면제)
4군 (특별 약품)	30일 분량 처방전당 10%/최대 \$150 (공제액 면제)
소아 치과^{5,6} 진단 및 예방 서비스	\$0 (공제액 면제)
소아 안과^{5,7} 정기 안과 검사	\$0 (공제액 면제)
안경 (제한사항 적용)	연간 1쌍 (공제액 면제)

이것은 혜택 요약본입니다. 모든 서비스, 제한사항 또는 예외사항을 포함하지 않습니다. 보장의 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) 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.

2네트워크 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.

3미국 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.

4Essential 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 유명 상표약 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.

5소아 치과 및 안과는 모든 플랜에 포함되어 있습니다.

6소아 치과 혜택은 Health Net Life Insurance Company에서 승인되며 Dental Benefit Administrative Services (DBP Entities)라는 회사명으로 Dental Benefit Providers, Inc.에서 운영합니다. DBP Entities는 Health Net의 계열사가 아닙니다. 소아 치과 혜택에 대한 상세한 사항은 보험 증서를 참조하십시오.

7소아 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
무제한 평생 최대 한도. 혜택에는 별도의 기재가 없는 한 공제액이 적용됩니다.	
플랜 최대 달력 연도 공제액	독신 \$650 / 가족 \$1,300
최대 본인 부담금 ² (달력 연도 공제액 포함. 이 플랜에서 보장하지 않는 서비스 및 용품에 대한 비용 지불은 본 달력 연도 최대 본인 부담금에 합산되지 않음.)	독신 \$2,350 / 가족 \$4,700
전문 서비스 진료소 방문 코페이먼트	\$10 (공제액 면제)
전문의 방문	\$25 (공제액 면제)
기타 의료인 진료소 방문 (의료적으로 필요한 침술 포함)	\$10 (공제액 면제)
예방 치료 서비스 ³	\$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	\$10 (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 간호 진료	15%
응급 서비스 응급실 서비스 (입원 시 코페이먼트 면제)	시설 \$100 (공제액 면제) 의사 \$0 (공제액 면제)
긴급 치료	\$10 (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 (외래환자)	진료소 방문: \$10 (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)	30일 분량 처방전당 15% / 최대 \$150 (Rx 공제액 이후)
처방약 보장⁴ (참여 약국을 통해 받은 최대 30일 분량) 처방약 - 달력 연도 공제액	독신 \$50 / 가족 \$100
1군 (대부분의 일반약 및 저가의 선호 유명 상표약)	\$5 (Rx 공제액 면제)
2군 (비-선호 일반약 및 선호 유명 상표약)	\$20 (Rx 공제액 적용)
3군 (비-선호 유명 상표약)	\$35 (Rx 공제액 적용)
4군 (특별 약품)	30일 분량 처방전당 15% / 최대 \$150 (Rx 공제액 이후)
소아 치과^{5,6} 진단 및 예방 서비스	\$0 (공제액 면제)
소아 안과^{5,7} 정기 안과 검사	\$0 (공제액 면제)
안경 (제한사항 적용)	연간 1쌍 (공제액 면제)

이것은 혜택 요약본입니다. 모든 서비스, 제한사항 또는 예외사항을 포함하지 않습니다. 보장의 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) 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.

2네트워크 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.

3미국 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.

4Essential 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 유명 상표약 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.

5소아 치과 및 안과는 모든 플랜에 포함되어 있습니다.

6소아 치과 혜택은 Health Net Life Insurance Company에서 승인되며 Dental Benefit Administrative Services (DBP Entities)라는 회사명으로 Dental Benefit Providers, Inc.에서 운영합니다. DBP Entities는 Health Net의 계열사가 아닙니다. 소아 치과 혜택에 대한 상세한 사항은 보험 증서를 참조하십시오.

7소아 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
무제한 평생 최대 한도. 혜택에는 별도의 기재가 없는 한 공제액이 적용됩니다.	
플랜 최대 달력 연도 공제액	독신 \$2,200 / 가족 \$4,400
최대 본인 부담금 ² (달력 연도 공제액 포함. 이 플랜에서 보장하지 않는 서비스 및 용품에 대한 비용 지불은 본 달력 연도 최대 본인 부담금에 합산되지 않음.)	독신 \$5,700 / 가족 \$11,400
전문 서비스 진료소 방문 코페이먼트	\$30 (공제액 면제)
전문의 방문	\$55 (공제액 면제)
기타 의료인 진료소 방문 (의료적으로 필요한 침술 포함)	\$30 (공제액 면제)
예방 치료 서비스 ³	\$0 (공제액 면제)
X-레이 및 진단 영상	\$65 (공제액 면제)
실험실 검사	\$35 (공제액 면제)
영상 (CT/PET 스캔, MRI)	\$300 (공제액 면제)
재활 및 훈련 서비스	\$30 (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 간호 진료	20%
응급 서비스 응급실 서비스 (입원 시 코페이먼트 면제)	시설 \$350 (공제액 면제) 의사 \$0 (공제액 면제)
긴급 치료	\$30 (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 (외래환자)	진료소 방문: \$30 (공제액 면제) 진료소 방문 외 기타: \$0 (공제액 면제)
가정 건강 관리 서비스 (달력 연도당 100회 방문)	\$40 (공제액 면제)
기타 서비스 내구성 의료 장비	20% (공제액 면제)
호스피스 서비스	\$0 (공제액 면제)
자가 주사제 (인슐린 제외)	30일 분량 처방전당 20% / 최대 \$250 (Rx 공제액 이후)
처방약 보장⁴ (참여 약국을 통해 받은 최대 30일 분량) 처방약 달력 연도 공제액	독신 \$250 / 가족 \$500
1군 (대부분의 일반약 및 저가의 선호 유명 상표약)	\$15 (Rx 공제액 면제)
2군 (비-선호 일반약 및 선호 유명 상표약)	\$50 (Rx 공제액 적용)
3군 (비-선호 유명 상표약)	\$75 (Rx 공제액 적용)
4군 (특별 약품)	30일 분량 처방전당 20% / 최대 \$250 (Rx 공제액 이후)
소아 치과^{5,6} 진단 및 예방 서비스	\$0 (공제액 면제)
소아 안과^{5,7} 정기 안과 검사	\$0 (공제액 면제)
안경 (제한사항 적용)	연간 1쌍 (공제액 면제)

이것은 혜택 요약본입니다. 모든 서비스, 제한사항 또는 예외사항을 포함하지 않습니다. 보장의 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) 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.

2네트워크 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.

3미국 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.

4Essential 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 유명 상표약 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.

5소아 치과 및 안과는 모든 플랜에 포함되어 있습니다.

6소아 치과 혜택은 Health Net Life Insurance Company에서 승인되며 Dental Benefit Administrative Services (DBP Entities) 라는 회사명으로 Dental Benefit Providers, Inc.에서 운영합니다. DBP Entities는 Health Net의 계열사가 아닙니다. 소아 치과 혜택에 대한 상세한 사항은 보험 증서를 참조하십시오.

7소아 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. 보험 증서에 명시된 공제액, 코페이먼트 조항 또는 기타 제한이 적용될 수 있는 보철 기기 및 일일 병실 및 식사, 기타 병원 서비스, 수술 서비스, 마취 서비스, 입원 의료 서비스, 외래 서비스에 대해 혜택이 제공될 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

- 훈련 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
- 외래환자 병원 서비스
- 외래환자 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)
- 내구성 의료 장비의 임대 또는 구입
- 자가 주사제 약품
- 전문 간호 시설
- 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.

예외 및 제한사항

다음은 일반적으로 보장되지 않는 서비스 목록의 일부입니다. 플랜의 예외 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 제외하고 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 가족 진료.
- 주로 외래로 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, 호스피스 또는 Medicare에서 승인한 전문 간호 시설이 아니거나, 거주 치료 센터, 주로 노인을 위한 시설, 양로원 또는 이와 유사한 기관으로, 자격이 없는 기관(어떠한 유형으로 지정되었는지 상관 없이)에서 제공한 모든 서비스 또는 용품. 본 예외는 아동, 자폐 또는 전반적 발달 장애가 있는 경우의 중증 정신 질환, 심한 정서적 동요 상태에 대해 요구되는 서비스에는 적용되지 않습니다.
- 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 제한사항은 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 선취특권이 있을 수 있습니다.
- 보험 증서에 명시된 경우를 제외하고 외래환자 치료 환경에서 조제 또는 투여된 모든 외래환자 약물, 약품 또는 기타 물질.
- 응급 관리를 제외한 외국에 거주 중 받은 서비스 및 용품.
- 응급 관리에 대한 기준이 충족되는 경우를 제외한 가정에서의 출산.
- 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 제공해주십시오. 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 2015년 Health Net Life의 경과보험료 대비 발생한 클레임의 비율은 152.3퍼센트입니다. 경과보험료 대비 발생한 클레임의 비율은 보험 개혁법(Affordable Care Act)에 의거해 수립된 의료 손실 비율 계산에 따라 다릅니다.

Health Net은 적용되는 연방 인권법을 준수하고 인종, 피부색, 출신 국가, 연령, 장애 또는 성별에 따라 차별하지 않습니다. Health Net은 인종, 피부색, 출신 국가, 연령, 장애 또는 성별 때문에 고객을 배제하거나 다르게 대우하지 않습니다.

Health Net은

- 장애가 있으신 분들이 저희와 원활한 의사소통을 하실 수 있도록 적격의 수화 통역사 및 기타 형식 (큰 활자, 이용 가능한 전자 형식 및 기타)으로 작성된 정보 등 무료 지원 및 서비스를 제공합니다.
- 영어가 주 언어가 아닌 분들을 위해 적격의 통역사 및 기타 언어로 작성된 정보 등 무료 언어 서비스를 제공합니다.

이러한 서비스가 필요하신 경우 **1-888-926-4988(TTY: 711)**번을 이용해 Health Net 고객 문의 센터로 전화하실 수 있습니다.

Health Net이 이러한 서비스를 제공하지 못했거나 어떠한 방식으로든 인종, 피부색, 출신 국가, 연령, 장애 또는 성별을 근거로 차별을 한 경우, 귀하는 상기의 전화번호로 전화해 불만사항 제기에 도움이 필요하다고 말씀하시면 불만사항을 제기할 수 있습니다. Health Net의 고객 문의 센터가 귀하께 도움을 드릴 것입니다. 귀하는 또한 우편으로 불만사항을 제기하실 수 있습니다. Health Net Life Insurance Company, PO Box 10348, Van Nuys, California 91410-0348, 팩스: 1-877-831-6019, 또는 온라인: healthnet.com.

귀하는 또한 <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>에서 이용 가능한 인권 사무소 불만사항 포털(Office for Civil Rights Complaint Portal)을 통해 온라인으로 또는 다음의 우편 또는 전화번호를 이용해 미국 보건 후생부 (Department of Health and Human Services), 인권 사무소에 인권 불만사항을 제기하실 수 있습니다. 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).

불편사항 신고서는 <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>에서 이용하실 수 있습니다.

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 us at the number listed on your ID card or call 1-800-522-0088 (TTY: 711). If you bought coverage through the California marketplace call 1-888-926-4988 (TTY: 711). For more help: If you are enrolled in a PPO or EPO insurance policy from Health Net Life Insurance Company, call the CA Dept. of Insurance at 1-800-927-4357. If you are enrolled in an HMO or HSP plan from Health Net of California, Inc., call the DMHC Helpline at 1-888-HMO-2219.

Arabic

خدمات اللغة مجانية. يمكنك الحصول على مترجم فوري. ويمكنك الحصول على وثائق مقروءة لك. للحصول على المساعدة، اتصل بنا على الرقم الموجود على بطاقة الهوية أو اتصل على مركز الاتصال التجاري في 1-800-522-0088 (TTY: 711). في حال قمت بشراء التغطية من سوق كاليفورنيا، اتصل على الرقم 1-888-926-4988 (TTY: 711) وللحصول على المساعدة: في حال كنت مسجلاً في بوليصة تأمين المنظمة المزودة المفضلة PPO أو المنظمة المزودة الحصرية EPO من شركة التأمين على الحياة Health Net Life Insurance Company، اتصل على قسم التأمين في كاليفورنيا على الرقم 1-800-927-4357. في حال كنت مسجلاً في منظمة المحافظة على الصحة HMO أو خطة التوفير الصحية HSP من شركة Health Net of California, Inc.، اتصل على خط المساعدة في قسم الرعاية الصحية المدارة DMHC على الرقم 1-888-HMO-2219.

Armenian

Անվճար լեզվական ծառայություններ: Դուք կարող եք բանավոր թարգմանիչ ստանալ: Փաստաթղթերը կարող են կարդալ ձեզ համար: Օգնության համար զանգահարեք մեզ ձեր ID քարտի վրա նշված հեռախոսահամարով կամ զանգահարեք 1-800-522-0088 (TTY: 711) հեռախոսահամարով: Եթե ապահովագրում եք գնել Կալիֆորնիայի շուկայական հրապարակի միջոցով, զանգահարեք 1-888-926-4988 (TTY: 711) հեռախոսահամարով: Լրացուցիչ օգնության համար. եթե անդամագրված եք Health Net Life Insurance Company-ի PPO կամ EPO ապահովագրությանը, զանգահարեք Կալիֆորնիայի Ապահովագրության բաժին՝ 1-800-927-4357 հեռախոսահամարով: Եթե անդամագրված եք Health Net of California, Inc.-ի HMO կամ HSP ծրագրին, զանգահարեք DMHC օգնության գիծ՝ 1-888-HMO-2219 հեռախոսահամարով:

Chinese

免費語言服務。您可使用口譯員。您可請人使用您的語言將文件內容唸給您聽，並請我們將有您語言版本的部分文件寄給您。如需協助，請致電您會員卡上所列的電話號碼與我們聯絡，或致電 1-800-522-0088 (TTY: 711)。如果您是透過加州健康保險交易市場購買承保，請致電 1-888-926-4988 (TTY: 711)。如需進一步協助：如果您透過 Health Net Life Insurance Company 投保 PPO 或 EPO 保單，請致電 1-800-927-4357 與加州保險局聯絡。如果您透過 Health Net of California, Inc. 投保 HMO 或 HSP 計畫，請致電 DMHC 協助專線 1-888-HMO-2219。

Hindi

बिना लागत वाली भाषा सेवाएँ। आप एक दुभाषिया प्राप्त कर सकते हैं। आपको दस्तावेज पढ़ कर सुनाए जा सकते हैं। मदद के लिए, आपके आईडी कार्ड पर दिए गए सूचीबद्ध नंबर पर हमें कॉल करें, या 1-800-522-0088 (TTY: 711) पर कॉल करें। यदि आपने कैलिफोर्निया मार्केट प्लैस के माध्यम से कवरेज खरीदा है तो 1-888-926-4988 (TTY: 711) पर कॉल करें। अधिक मदद के लिए: यदि आप Health Net Life Insurance Company पीपीओ PPO या ईपीओ EPO बीमा पॉलिसी में नामांकित हैं, तो कैलिफोर्निया बीमा विभाग को 1-800-927-4357 पर कॉल करें। यदि आप Health Net of California, Inc. के एचएमओ HMO या एचएसपी HSP प्लैन में नामांकित हैं, तो डीएमएचसी DMHC हेल्पलाइन के 1-888-HMO-2219 पर कॉल करें।

Hmong

Kev Pab Txhais Lus Dawb. Koj xav tau neeg txhais lus los tau. Koj xav tau neeg nyeem cov ntaub ntauv kom yog koj hom lus los tau. Kev pab, hu rau peb ntawm tus xov tooj teev nyob rau hauv koj daim ID card los yog hu rau 1-800-522-0088 (TTY: 711). Yog tias koj yuav kev pov hwm ntawm California marketplace hu 1-888-926-4988 (TTY: 711). Xav tau kev pab ntxiv: Yog koj tau tsab ntauv tuav pov hwm PPO los yog EPO los ntawm Health Net Life Insurance Company, hu mus rau CA Dept. of Insurance ntawm 1-800-927-4357. Yog koj tau txoj kev pab kho mob HMO los yog HSP los ntawm Health Net of California, Inc., hu mus rau DMHC tus xov tooj pab Helpline ntawm 1-888-HMO-2219.

Japanese

無料の言語サービス。通訳をご利用いただけます。日本語で文書をお読みします。援助が必要な場合は、IDカードに記載されている番号までお電話いただくか、1-800-522-0088、(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（保険購入サイト）を通じて保険を購入された方は、1-888-926-4988 (TTY: 711) までお電話ください。さらに援助が必要な場合: Health Net Life Insurance CompanyのPPOまたはEPO保険ポリシーに加入されている方は、カリフォルニア州保険局 1-800-927-4357 まで電話でお問い合わせください。Health Net of California, Inc.のHMOまたはHSPに加入されている方は、DMHCヘルプライン 1-888-HMO-2219 まで電話でお問い合わせください。

Khmer

សេវាកម្មសេរីដោយឥតគិតថ្លៃ។ អ្នកអាចទទួលបានអ្នកបកប្រែផ្ទាល់មាត់។ អ្នកអាចស្តាប់គេអានឯកសារឱ្យអ្នក។ សម្រាប់ជំនួយ សូមទាក់ទងយើងខ្ញុំតាមរយៈលេខទូរសព្ទដែលមាននៅលើកាតសម្គាល់ខ្លួនរបស់អ្នក ឬ ទាក់ទងទៅមជ្ឈមណ្ឌលទំនាក់ទំនងពាណិជ្ជកម្មនៃក្រុមហ៊ុន 1-800-522-0088 (TTY: 711)។ បើសិនអ្នកបានទិញការធានារ៉ាប់រងតាមរយៈ ទីផ្សារនៃរដ្ឋកាលីហ្វ័រញ៉ា សូមទូរសព្ទទៅលេខ 1-888-926-4988 (TTY: 711)។ សម្រាប់ជំនួយបន្ថែម ៖ បើសិនអ្នកបានចុះឈ្មោះក្នុងគោលការណ៍ធានារ៉ាប់រង PPO ឬ EPO ពីក្រុមហ៊ុនធានារ៉ាប់រងជីវិត Health Net Life Insurance Company សូមទាក់ទងទៅនាយកដ្ឋានធានារ៉ាប់រង CA តាមរយៈទូរសព្ទលេខ 1-800-927-4357។ បើសិនអ្នកបានចុះឈ្មោះក្នុងផែនការ HMO ឬ HSP ពីក្រុមហ៊ុន Health Net of California, Inc. នៃរដ្ឋកាលីហ្វ័រញ៉ា សូមទាក់ទងលេខទូរសព្ទជំនួយ DMHC ៖ 1-888-HMO-2219។

Korean

무료 언어 서비스. 통역 서비스를 받을 수 있습니다. 문서 낭독 서비스를 받으실 수 있습니다. 도움이 필요하시면 보험 ID 카드에 수록된 번호로 전화하시거나 1-800-522-0088 (TTY: 711)번으로 전화해 주십시오. 캘리포니아 주 마켓플레이스를 통해 보험을 구입하셨으면 1-888-926-4988 (TTY: 711) 번으로 전화해 주십시오. 추가 도움이 필요하시면, Health Net Life Insurance Company의 PPO 또는 EPO 보험에 가입되어 있으시면 캘리포니아 주 보험국에 1-800-927-4357번으로 전화해 주십시오. Health Net of California, Inc.의 HMO 또는 HSP 플랜에 가입되어 있으시면 DMHC 도움라인에 1-888-HMO-2219번으로 전화해 주십시오.

Navajo

Saad Bee Áká E'eyeed T'áá Jíík'e. Ata' halne'ígíí hóló. T'áá hó hazaad k'éhjí naaltsoos hach'í' wóltah. Shíká a'doowol nínízingo naaltsoos bee néiho'dólzínígíí bikáa'gi béesh bee hane'í bikáa' áají' hodíílnih éí doodaii' 1-800-522-0088 (TTY: 711). California marketplace hoolyéhíjí béeso ách'ááqáh naanilí at's'íis baa áháyá biniiyé nahínílnii'go éí kojí' hólne' 1-888-926-4988 (TTY: 711). Shíká anáa'doowol jínízingo: PPO éí doodaii' EPOqjí Health Net Life Insurance Company wolyéhíjí béeso ách'ááqáh naa'nil biniiyé hwe'iina' bik'é'ésti'go éí CA Dept. of Insurance bich'í' hojilnih 1-800-927-4357. HMO éí doodaii' HSPqjí Health Net of California, Inc.qjí béeso ách'ááqáh naa'nil biniiyé hats'íis bik'é'ésti'go éí kojí' hojilnih DMHC Helpline 1-888-HMO-2219.

Persian (Farsi)

خدمات زبان به طور رایگان. می توانید یک مترجم شفاهی بگیرید. می توانید درخواست کنید که اسناد برای شما قرائت شوند. برای دریافت راهنمایی، با ما به شماره ای که روی کارت شناسایی شما درج شده تماس بگیرید یا با مرکز تماس بازرگانی 1-800-522-0088 (TTY: 711) تماس بگیرید. اگر پوشش بیمه را از طریق بازارگاه کالیفرنیا خریداری کردید با شماره 1-888-926-4988 (TTY: 711) تماس بگیرید. برای دریافت راهنمایی بیشتر: اگر در بیمه نامه PPO یا EPO از سوی Health Net Life Insurance Company عضویت دارید، با CA Dept. of Insurance به شماره 1-800-927-4357 تماس بگیرید. اگر در برنامه HMO یا HSP از سوی Health Net of California, Inc. عضویت دارید، با خط راهنمایی تلفنی DMHC به شماره 1-888-HMO-2219 تماس بگیرید.

Punjabi (Punjabi)

ਬਿਨਾਂ ਕਿਸੇ ਲਾਗਤ ਤੋਂ ਭਾਸ਼ਾ ਸੇਵਾਵਾਂ। ਤੁਸੀਂ ਇੱਕ ਦੁਭਾਸ਼ਿਆ ਪ੍ਰਾਪਤ ਕਰ ਸਕਦੇ ਹੋ। ਤੁਹਾਨੂੰ ਦਸਤਾਵੇਜ਼ ਤੁਹਾਡੀ ਭਾਸ਼ਾ ਵਿੱਚ ਪੜ੍ਹ ਕੇ ਸੁਣਾਏ ਜਾ ਸਕਦੇ ਹਨ। ਮਦਦ ਲਈ, ਆਪਣੇ ਆਈਡੀ ਕਾਰਡ ਤੇ ਦਿੱਤੇ ਨੰਬਰ ਤੇ ਸਾਨੂੰ ਕਾਲ ਕਰੋ ਜਾਂ ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ 1-800-522-0088 (TTY: 711) 'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ। ਜੇ ਤੁਸੀਂ ਕੈਲੀਫੋਰਨੀਆਂ ਮਾਰਕਿਟ ਪਲੇਸ ਦੇ ਰਾਹੀਂ ਬੀਮਾ ਕਵਰੇਜ਼ ਖਰੀਦੀ ਹੈ ਤਾਂ 1-888-926-4988 (TTY: 711) 'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ। ਵਧੇਰੀ ਮਦਦ ਲਈ: ਜੇ ਤੁਸੀਂ Health Net Life Insurance Company ਪੀਪੀਓ PPO ਜਾਂ ਈਓਪੋ EPO ਬੀਮਾ ਪਾਲਿਸੀ ਵਿੱਚ ਨਾਮਾਕਿਤ ਹੋ, ਤਾਂ ਕੈਲੀਫੋਰਨੀਆਂ ਬੀਮਾ ਵਿਭਾਗ ਨੂੰ 1-800-927-4357 'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ। ਜੇ ਤੁਸੀਂ Health Net of California, Inc. ਤੋਂ ਇੱਕ ਐਚਐਮਓ HMO ਜਾਂ ਐਚਐਸਪੀ HSP ਪਲੈਨ ਵਿੱਚ ਨਾਮਾਕਿਤ ਹੋ ਤਾਂ ਡੀਐਮਐਚਸੀ DMHC ਹੈਲਪਲਾਈਨ ਨੂੰ 1-888-HMO-2219 'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ।

Russian

Бесплатная помощь переводчиков. Вы можете получить помощь устного переводчика. Вам могут прочесть документы. За помощью обращайтесь к нам по телефону, приведенному на вашей идентификационной карточке участника плана. Кроме того, вы можете позвонить в 1-800-522-0088 (TTY: 711). Если свою страховку вы приобрели на едином сайте по продаже медицинских страховок в штате Калифорния, звоните по телефону 1-888-926-4988 (TTY: 711).
Дополнительная помощь: Если вы включены в полис PPO или EPO от страховой компании Health Net Life Insurance Company, звоните в Департамент страхования штата Калифорния (CA Dept. of Insurance), телефон 1-800-927-4357. Если вы включены в план HMO или HSP от страховой компании Health Net of California, Inc., звоните по контактной линии Департамента управляемого медицинского обслуживания DMHC, телефон 1-888-HMO-2219.

Spanish

Servicios de idiomas sin costo. Puede solicitar un intérprete. Puede obtener el servicio de lectura de documentos y recibir algunos en su idioma. Para obtener ayuda, llámenos al número que figura en su tarjeta de identificación o comuníquese con el Centro de Comunicación Comercial de Health Net, al 1-800-522-0088 (TTY: 711). Si adquirió la cobertura a través del mercado de California, llame al 1-888-926-4988 (TTY: 711). Para obtener más ayuda, haga lo siguiente: Si está inscrito en una póliza de seguro PPO o EPO de Health Net Life Insurance Company, llame al Departamento de Seguros de California, al 1-800-927-4357. Si está inscrito en un plan HMO o HSP de Health Net of California, Inc., llame a la línea de ayuda del Departamento de Atención Médica Administrada, al 1-888-HMO-2219.

Tagalog

Walang Bayad na Mga Serbisyo sa Wika. Makakakuha kayo ng isang interpreter. Makakakuha kayo ng mga dokumento na babasahin sa inyo. Para sa tulong, tawagan kami sa nakalistang numero sa inyong ID card o tawagan ang 1-800-522-0088 (TTY: 711). Kung bumili kayo ng pagsakop sa pamamagitan ng California marketplace tawagan ang 1-888-926-4988 (TTY: 711). Para sa higit pang tulong: Kung nakatala kayo sa insurance policy ng PPO o EPO mula sa Health Net Life Insurance Company, tawagan ang CA Dept. of Insurance sa 1-800-927-4357. Kung nakatala kayo sa HMO o HSP na plan mula sa Health Net of California, Inc., tawagan ang Helpline ng DMHC sa 1-888-HMO-2219.

Thai

ไม่มีค่าบริการด้านภาษา คุณสามารถใช้ล่ามได้ คุณสามารถให้อ่านเอกสารให้ฟังได้ สำหรับความช่วยเหลือ โทรหาเราตามหมายเลขที่ให้ไว้บนบัตรประจำตัวของคุณ หรือ โทรหาศูนย์ติดต่อเชิงพาณิชย์ของ 1-800-522-0088 (TTY: 711) หากคุณซื้อความคุ้มครองผ่านทาง California marketplace โทร 1-888-926-4988 (TTY: 711) สำหรับความช่วยเหลือเพิ่มเติม หากคุณสมัครทำกรมธรรม์ประกันภัย PPO หรือ EPO กับ Health Net Life Insurance Company โทรหากรมการประกันภัยรัฐแคลิฟอร์เนียได้ที่ 1-800-927-4357 หากคุณสมัครแผน HMO หรือ HSP กับ Health Net of California, Inc. โทรหาสายด่วนความช่วยเหลือของ DMHC ได้ที่ 1-888-HMO-2219.

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. Để nhận trợ giúp, hãy gọi cho chúng tôi theo số được liệt kê trên thẻ ID của quý vị hoặc gọi 1-800-522-0088 (TTY: 711). Nếu quý vị mua khoản bảo trả thông qua thị trường California 1-888-926-4988 (TTY: 711). Để nhận thêm trợ giúp: Nếu quý vị đăng ký hợp đồng bảo hiểm PPO hoặc EPO từ Health Net Life Insurance Company, vui lòng gọi Sở Y Tế CA theo số 1-800-927-4357. Nếu quý vị đăng ký vào chương trình HMO hoặc HSP từ Health Net of California, Inc., vui lòng gọi Đường Dây Trợ Giúp DMHC theo số 1-888-HMO-2219.

Health Net 개인 및 가족 플랜

PO Box 1150

Rancho Cordova, CA 95741-1150

1-877-609-8711(영어)

1-877-891-9053(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

TTY 사용자는 711번 이용.

www.healthnet.com

