

Planes de Seguro PPO

Individuales y Familiares

Disponibles a través de Health Net Life Insurance Company.
Para obtener cobertura, visite www.healthnet.com y solicite
su inscripción hoy mismo.



Health Net®

Descripción de Cobertura y Exclusiones y Limitaciones

Los planes están disponibles en determinados condados de California.¹

Cobertura de los gastos médicos principales de los planes de seguro de salud individuales y familiares de Health Net.

Lea la Póliza detenidamente

Esta descripción de cobertura describe brevemente las características importantes de la Póliza del Plan PPO de Health Net (Póliza). Este no es el contrato de seguro, y solo regirán las disposiciones de la Póliza vigente. La Póliza establece, en detalle, los derechos y las obligaciones que tienen usted y Health Net Life Insurance Company. Por este motivo, es importante que usted lea la Póliza detenidamente.

¹ Los planes PPO de Health Net Life Insurance Company utilizan la red de proveedores PureCare One. Los planes IFP PPO se encuentran disponibles directamente a través de Health Net en los condados de Contra Costa, Marin, Merced, Napa, Orange, San Diego, San Francisco, San Joaquin, San Mateo, Santa Clara, Santa Cruz, Solano, Sonoma, Stanislaus y Tulare, y en algunas partes de Kern, Los Angeles, Riverside y San Bernardino.

Health Net Platinum 90 PPO

Descripción del beneficio	Responsabilidad de la persona asegurada	
Máximo de por vida ilimitado. Los beneficios fuera de la red están sujetos a un deducible, a menos que se indique lo contrario.	Dentro de la red ^{1, 2}	Fuera de la red ^{1, 3}
Máximos del plan Deducible por año calendario	Ninguno	\$5,000 individual/ \$10,000 familiar
Desembolso máximo ⁴	\$4,000 individual/ \$8,000 familiar	\$25,000 individual/ \$50,000 familiar
Servicios profesionales Visita al consultorio	\$15	50%
Consulta a un especialista	\$40	50%
Servicios de atención preventiva ⁵	\$0	Sin cobertura
Rayos X e imágenes de diagnóstico/procedimientos de laboratorio	\$40/\$20	50%
Diagnóstico por imágenes (CT, PET, MRI)	10%	50%
Terapia de rehabilitación y recuperación de las habilidades	\$15	Sin cobertura
Servicios hospitalarios Servicios en centros hospitalarios para pacientes internados (incluida la atención por maternidad)	10%	50%
Cirugía para pacientes ambulatorios (solo cargos de un hospital o de un centro quirúrgico ambulatorio)	10%	50%
Centro de enfermería especializada	10%	50%
Servicios de emergencia Sala de emergencias (sin copago en caso de internación)	\$150: centro/ \$0: médico	\$150: centro (sin deducible)/ \$0: médico (sin deducible)
Atención de urgencia	\$15	50%
Servicios de ambulancia (terrestre y aérea)	\$150	\$150 (sin deducible)
Servicios de salud mental/del comportamiento/tratamiento para el abuso de sustancias Servicios de salud mental/del comportamiento/tratamiento para el abuso de sustancias (pacientes internados)	10%	50%
Servicios de salud mental/del comportamiento/tratamiento para el abuso de sustancias (pacientes ambulatorios)	Visita al consultorio: \$0 Visita que no sea al consultorio: \$0	50%
Servicios de cuidado de la salud en el hogar (100 visitas por año)	10%	Sin cobertura
Otros servicios Equipo médico duradero	10%	Sin cobertura
Acupuntura (medicamento necesaria)	\$15	Sin cobertura

(continúa)

Health Net Platinum 90 PPO (continúa)

Descripción del beneficio	Responsabilidad de la persona asegurada	
Cobertura de medicamentos que requieren receta médica Medicamentos que requieren receta médica (suministro para hasta 30 días obtenido a través de una farmacia participante) ⁶		
Nivel I (la mayoría de los medicamentos genéricos y los medicamentos de marca preferidos de bajo costo)	\$5	Sin cobertura
Nivel II (medicamentos genéricos no preferidos y medicamentos de marca preferidos)	\$15	Sin cobertura
Nivel III (solo medicamentos de marca no preferidos)	\$25	Sin cobertura
Nivel IV (medicamentos especializados)	10% hasta \$250/ receta para 30 días	Sin cobertura
Atención dental pediátrica ^{7, 8} Servicios preventivos y de diagnóstico	\$0	10% (sin deducible)
Atención de la vista pediátrica ^{7, 9} Examen de la vista de rutina	\$0	Sin cobertura
Anteojos	1 par por año: \$0	Sin cobertura

Este es un resumen de los beneficios. No incluye todos los servicios, las limitaciones o las exclusiones. Si desea conocer los términos y condiciones de la cobertura, consulte la Póliza.

¹ Para determinados servicios, se requiere la certificación previa de Health Net. Sin la certificación previa, se aplica un monto adicional de \$250 para los servicios dentro de la red. Sin la certificación previa, se aplica un monto adicional de \$500 para los servicios fuera de la red. Para obtener información más detallada, consulte la Póliza.

² El asegurado paga la tarifa negociada, que es la tarifa que los proveedores preferidos o participantes han acordado aceptar para prestar un servicio cubierto.

³ Si desea conocer la metodología de reembolso fuera de la red, consulte la Póliza.

⁴ Los copagos o coseguros pagados por servicios dentro de la red no se aplicarán al desembolso máximo para los proveedores fuera de la red, y los coseguros pagados por servicios fuera de la red no se aplicarán al desembolso máximo para los proveedores preferidos. Los copagos o el coseguro por atención de emergencia fuera de la red, incluidos los servicios de la sala de emergencias y de ambulancia, se acumulan para el desembolso máximo para los proveedores preferidos.

⁵ Los servicios cubiertos se basan en las recomendaciones de grado A y B del Grupo Especial de Servicios Preventivos de los Estados Unidos (por sus siglas en inglés, USPSTF), las recomendaciones del Comité Asesor sobre Prácticas de Vacunación (por sus siglas en inglés, ACIP) que han sido adoptadas por el director de los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (por sus siglas en inglés, CDC), los exámenes de detección y la atención preventiva para mujeres que se establecen en las pautas integrales respaldadas por la Administración de Servicios y Recursos de Salud (por sus siglas en inglés, HRSA), y las pautas integrales respaldadas por la HRSA para bebés, niños y adolescentes. Para obtener más información sobre los servicios preventivos recomendados generalmente, visite www.healthcare.gov. El costo compartido correspondiente para la atención preventiva se aplicará a estos servicios.

⁶ La Lista de Medicamentos Esenciales con Receta es una lista de medicamentos que requieren receta médica que están cubiertos por este plan. Algunos medicamentos requieren la autorización previa de Health Net. Para obtener una copia de la Lista de Medicamentos Esenciales con Receta, visite el sitio web de Health Net. Para obtener información completa sobre los medicamentos que requieren receta médica, consulte la Póliza. Los planes cubren la mayoría de los anticonceptivos femeninos que requieren receta médica a un costo compartido de \$0. Es posible que la cobertura de ciertos medicamentos no siga el sistema de niveles de medicamentos de marca y genéricos. Para obtener información sobre los niveles, el costo compartido y la cobertura, consulte la Póliza y la Lista de Medicamentos Esenciales con Receta de Health Net. La Póliza es un documento legal y vinculante. En caso de existir alguna diferencia entre la información contenida en este folleto y la contenida en la Póliza, regirá la de esta última. Los medicamentos que requieren receta médica surtidos a través de la compra por correo (suministro para hasta 90 días) requieren un nivel de copago doble. Para obtener información detallada sobre un medicamento específico, visite www.healthnet.com.

⁷ La cobertura pediátrica dental y de la vista está incluida en todos los planes.

⁸ Los beneficios dentales pediátricos están asegurados por Health Net Life Insurance Company y administrados por Dental Benefit Providers, Inc., que opera comercialmente como Dental Benefit Administrative Services (entidades de DBP). Las entidades de DBP no están afiliadas a Health Net. Los beneficios dentales pediátricos adicionales están cubiertos. Para obtener información detallada, consulte la Póliza.

⁹ Los beneficios de servicios de la vista pediátricos están asegurados por Health Net Life Insurance Company. Health Net tiene contrato con EyeMed Vision Care, LLC, un panel de proveedores de servicios de la vista, para administrar los beneficios de servicios de la vista pediátricos.

Health Net Gold 80 PPO

Descripción del beneficio	Responsabilidad de la persona asegurada	
	Dentro de la red ^{1, 2}	Fuera de la red ^{1, 3}
Máximo de por vida ilimitado. Los beneficios fuera de la red están sujetos a un deducible, a menos que se indique lo contrario.		
Máximos del plan Deducible por año calendario	Ninguno	\$5,000 individual/ \$10,000 familiar
Desembolso máximo ⁴	\$6,750 individual/\$13,500 familiar	\$25,000 individual/ \$50,000 familiar
Servicios profesionales Visita al consultorio	\$30	50%
Consulta a un especialista	\$55	50%
Servicios de atención preventiva ⁵	\$0	Sin cobertura
Rayos X e imágenes de diagnóstico/procedimientos de laboratorio	\$55/\$35	50%
Diagnóstico por imágenes (CT, PET, MRI)	20%	50%
Terapia de rehabilitación y recuperación de las habilidades	\$30	Sin cobertura
Servicios hospitalarios Servicios en centros hospitalarios para pacientes internados (incluida la atención por maternidad)	20%	50%
Cirugía para pacientes ambulatorios (solo cargos de un hospital o de un centro quirúrgico ambulatorio)	20%	50%
Centro de enfermería especializada	20%	50%
Servicios de emergencia Sala de emergencias (sin copago en caso de internación)	\$325: centro/ \$0: médico	\$325: centro (sin deducible)/ \$0: médico (sin deducible)
Atención de urgencia	\$30	50%
Servicios de ambulancia (terrestre y aérea)	\$250	\$250 (sin deducible)
Servicios de salud mental/del comportamiento/tratamiento para el abuso de sustancias Servicios de salud mental/del comportamiento/tratamiento para el abuso de sustancias (pacientes internados)	20%	50%
Servicios de salud mental/del comportamiento/tratamiento para el abuso de sustancias (pacientes ambulatorios)	Visita al consultorio: \$0 Visita que no sea al consultorio: \$0	50%
Servicios de cuidado de la salud en el hogar (100 visitas por año)	20%	Sin cobertura
Otros servicios Equipo médico duradero	20%	Sin cobertura
Acupuntura (médicamente necesaria)	\$30	Sin cobertura

(continúa)

Health Net Gold 80 PPO (continúa)

Descripción del beneficio	Responsabilidad de la persona asegurada	
Cobertura de medicamentos que requieren receta médica Medicamentos que requieren receta médica (suministro para hasta 30 días obtenido a través de una farmacia participante) ⁶		
Nivel I (la mayoría de los medicamentos genéricos y los medicamentos de marca preferidos de bajo costo)	\$15	Sin cobertura
Nivel II (medicamentos genéricos no preferidos y medicamentos de marca preferidos)	\$55	Sin cobertura
Nivel III (solo medicamentos de marca no preferidos)	\$75	Sin cobertura
Nivel IV (medicamentos especializados)	20% hasta \$250/ receta para 30 días	Sin cobertura
Atención dental pediátrica ^{7, 8} Servicios preventivos y de diagnóstico	\$0	10% (sin deducible)
Atención de la vista pediátrica ^{7, 9} Examen de la vista de rutina	\$0	Sin cobertura
Anteojos	1 par por año: \$0	Sin cobertura

Este es un resumen de los beneficios. No incluye todos los servicios, las limitaciones o las exclusiones. Si desea conocer los términos y condiciones de la cobertura, consulte la Póliza.

¹ Para determinados servicios, se requiere la certificación previa de Health Net. Sin la certificación previa, se aplica un monto adicional de \$250 para los servicios dentro de la red. Sin la certificación previa, se aplica un monto adicional de \$500 para los servicios fuera de la red. Para obtener información más detallada, consulte la Póliza.

² El asegurado paga la tarifa negociada, que es la tarifa que los proveedores preferidos o participantes han acordado aceptar para prestar un servicio cubierto.

³ Si desea conocer la metodología de reembolso fuera de la red, consulte la Póliza.

⁴ Los copagos o coseguros pagados por servicios dentro de la red no se aplicarán al desembolso máximo para los proveedores fuera de la red, y los coseguros pagados por servicios fuera de la red no se aplicarán al desembolso máximo para los proveedores preferidos. Los copagos o el coseguro por atención de emergencia fuera de la red, incluidos los servicios de la sala de emergencias y de ambulancia, se acumulan para el desembolso máximo para los proveedores preferidos.

⁵ Los servicios cubiertos se basan en las recomendaciones de grado A y B del Grupo Especial de Servicios Preventivos de los Estados Unidos (por sus siglas en inglés, USPSTF), las recomendaciones del Comité Asesor sobre Prácticas de Vacunación (por sus siglas en inglés, ACIP) que han sido adoptadas por el director de los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (por sus siglas en inglés, CDC), los exámenes de detección y la atención preventiva para mujeres que se establecen en las pautas integrales respaldadas por la Administración de Servicios y Recursos de Salud (por sus siglas en inglés, HRSA), y las pautas integrales respaldadas por la HRSA para bebés, niños y adolescentes. Para obtener más información sobre los servicios preventivos recomendados generalmente, visite www.healthcare.gov. El costo compartido correspondiente para la atención preventiva se aplicará a estos servicios.

⁶ La Lista de Medicamentos Esenciales con Receta es una lista de medicamentos que requieren receta médica que están cubiertos por este plan. Algunos medicamentos requieren la autorización previa de Health Net. Para obtener una copia de la Lista de Medicamentos Esenciales con Receta, visite el sitio web de Health Net. Para obtener información completa sobre los medicamentos que requieren receta médica, consulte la Póliza. Los planes cubren la mayoría de los anticonceptivos femeninos que requieren receta médica a un costo compartido de \$0. Es posible que la cobertura de ciertos medicamentos no siga el sistema de niveles de medicamentos de marca y genéricos. Para obtener información sobre los niveles, el costo compartido y la cobertura, consulte la Póliza y la Lista de Medicamentos Esenciales con Receta de Health Net. La Póliza es un documento legal y vinculante. En caso de existir alguna diferencia entre la información contenida en este folleto y la contenida en la Póliza, regirá la de esta última. Los medicamentos que requieren receta médica surtidos a través de la compra por correo (suministro para hasta 90 días) requieren un nivel de copago doble. Para obtener información detallada sobre un medicamento específico, visite www.healthnet.com.

⁷ La cobertura pediátrica dental y de la vista está incluida en todos los planes.

⁸ Los beneficios dentales pediátricos están asegurados por Health Net Life Insurance Company y administrados por Dental Benefit Providers, Inc., que opera comercialmente como Dental Benefit Administrative Services (entidades de DBP). Las entidades de DBP no están afiliadas a Health Net. Los beneficios dentales pediátricos adicionales están cubiertos. Para obtener información detallada, consulte la Póliza.

⁹ Los beneficios de servicios de la vista pediátricos están asegurados por Health Net Life Insurance Company. Health Net tiene contrato con EyeMed Vision Care, LLC, un panel de proveedores de servicios de la vista, para administrar los beneficios de servicios de la vista pediátricos.

Health Net Silver 70 PPO

Descripción del beneficio	Responsabilidad de la persona asegurada	
	Dentro de la red ^{1, 2}	Fuera de la red ^{1, 3}
Máximo de por vida ilimitado. Los beneficios están sujetos a un deducible, a menos que se indique lo contrario.		
Máximos del plan Deducible por año calendario ⁴	\$2,500 individual/ \$5,000 familiar	\$5,000 individual/ \$10,000 familiar
Desembolso máximo (incluye el deducible por año calendario) ⁵	\$6,800 individual/ \$13,600 familiar	\$25,000 individual/ \$50,000 familiar
Servicios profesionales Visita al consultorio	\$35 (sin deducible)	50%
Consulta a un especialista	\$70 (sin deducible)	50%
Servicios de atención preventiva ⁶	\$0 (sin deducible)	Sin cobertura
Rayos X e imágenes de diagnóstico/procedimientos de laboratorio	\$70 (sin deducible)/ \$35 (sin deducible)	50%
Diagnóstico por imágenes (CT, PET, MRI)	\$300 (sin deducible)	50%
Terapia de rehabilitación y recuperación de las habilidades	\$35 (sin deducible)	Sin cobertura
Servicios hospitalarios Servicios en centros hospitalarios para pacientes internados (incluida la atención por maternidad)	20%	50%
Cirugía para pacientes ambulatorios (solo cargos de un hospital o de un centro quirúrgico ambulatorio)	20% (sin deducible)	50%
Centro de enfermería especializada	20%	50%
Servicios de emergencia Sala de emergencias (sin copago en caso de internación)	\$350: centro(sin deducible)/ \$0: médico (sin deducible)	\$350: centro(sin deducible)/ \$0: médico (sin deducible)
Atención de urgencia	\$35 (sin deducible)	50%
Servicios de ambulancia (terrestre y aérea)	\$250	\$250
Servicios de salud mental/del comportamiento/tratamiento para el abuso de sustancias Servicios de salud mental/del comportamiento/tratamiento para el abuso de sustancias (pacientes internados)	20%	50%
Servicios de salud mental/del comportamiento/tratamiento para el abuso de sustancias (pacientes ambulatorios)	Visita al consultorio: \$0 (sin deducible) Visita que no sea al consultorio: \$0 (sin deducible)	50%
Servicios de cuidado de la salud en el hogar (100 visitas por año)	\$45 (sin deducible)	Sin cobertura
Otros servicios Equipo médico duradero	20% (sin deducible)	Sin cobertura
Acupuntura (médicamente necesaria)	\$35 (sin deducible)	Sin cobertura
Cobertura de medicamentos que requieren receta médica Deducible por año calendario para medicamentos que requieren receta médica (por cada asegurado)	\$250 individual/ \$500 familiar	Sin cobertura

(continúa)

Health Net Silver 70 PPO (continúa)

Descripción del beneficio	Responsabilidad de la persona asegurada	
Medicamentos que requieren receta médica (suministro para hasta 30 días obtenido a través de una farmacia participante) ⁷		
Nivel I (la mayoría de los medicamentos genéricos y los medicamentos de marca preferidos de bajo costo)	\$15 (sin deducible para medicamentos que requieren receta médica)	Sin cobertura
Nivel II (medicamentos genéricos no preferidos y medicamentos de marca preferidos)	\$55	Sin cobertura
Nivel III (solo medicamentos de marca no preferidos)	\$80	Sin cobertura
Nivel IV (medicamentos especializados)	20% hasta \$250/receta para 30 días (después del deducible para medicamentos que requieren receta médica)	Sin cobertura
Atención dental pediátrica ^{8, 9} Servicios preventivos y de diagnóstico	\$0 (sin deducible)	10% (sin deducible)
Atención de la vista pediátrica ^{8, 10} Examen de la vista de rutina	\$0 (sin deducible)	Sin cobertura
Anteojos	1 par por año: \$0 (sin deducible)	Sin cobertura

Este es un resumen de los beneficios. No incluye todos los servicios, las limitaciones o las exclusiones. Si desea conocer los términos y condiciones de la cobertura, consulte la Póliza.

¹ Para determinados servicios, se requiere la certificación previa de Health Net. Sin la certificación previa, se aplica un monto adicional de \$250 para los servicios dentro de la red. Sin la certificación previa, se aplica un monto adicional de \$500 para los servicios fuera de la red. Para obtener información más detallada, consulte la Póliza.

² El asegurado paga la tarifa negociada, que es la tarifa que los proveedores preferidos o participantes han acordado aceptar para prestar un servicio cubierto.

³ Si desea conocer la metodología de reembolso fuera de la red, consulte la Póliza.

⁴ Cualquier monto que se aplique al deducible por año calendario para los suministros y los servicios cubiertos prestados por un proveedor dentro de la red no se aplicará al deducible por año calendario para los proveedores fuera de la red. Además, cualquier monto que se aplique al deducible por año calendario para los suministros y los servicios cubiertos prestados por un proveedor fuera de la red no se aplicará al deducible por año calendario para los proveedores dentro de la red.

⁵ Los copagos o coseguros pagados por servicios dentro de la red no se aplicarán al desembolso máximo para los proveedores fuera de la red, y los coseguros pagados por servicios fuera de la red no se aplicarán al desembolso máximo para los proveedores preferidos. Los copagos o el coseguro por atención de emergencia fuera de la red, incluidos los servicios de la sala de emergencias y de ambulancia, se acumulan para el desembolso máximo para los proveedores preferidos.

⁶ Los servicios cubiertos se basan en las recomendaciones de grado A y B del Grupo Especial de Servicios Preventivos de los Estados Unidos (por sus siglas en inglés, USPSTF), las recomendaciones del Comité Asesor sobre Prácticas de Vacunación (por sus siglas en inglés, ACIP) que han sido adoptadas por el director de los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (por sus siglas en inglés, CDC), los exámenes de detección y la atención preventiva para mujeres que se establecen en las pautas integrales respaldadas por la Administración de Servicios y Recursos de Salud (por sus siglas en inglés, HRSA), y las pautas integrales respaldadas por la HRSA para bebés, niños y adolescentes. Para obtener más información sobre los servicios preventivos recomendados generalmente, visite www.healthcare.gov. El costo compartido correspondiente para la atención preventiva se aplicará a estos servicios.

⁷ La Lista de Medicamentos Esenciales con Receta es una lista de medicamentos que requieren receta médica que están cubiertos por este plan. Algunos medicamentos requieren la autorización previa de Health Net. Para obtener una copia de la Lista de Medicamentos Esenciales con Receta, visite el sitio web de Health Net. Para obtener información completa sobre los medicamentos que requieren receta médica, consulte la Póliza. Los planes cubren la mayoría de los anticonceptivos femeninos que requieren receta médica a un costo compartido de \$0. Es posible que la cobertura de ciertos medicamentos no siga el sistema de niveles de medicamentos de marca y genéricos. Para obtener información sobre los niveles, el costo compartido y la cobertura, consulte la Póliza y la Lista de Medicamentos Esenciales con Receta de Health Net. La Póliza es un documento legal y vinculante. En caso de existir alguna diferencia entre la información contenida en este folleto y la contenida en la Póliza, regirá la de esta última. Los medicamentos que requieren receta médica surtidos a través de la compra por correo (suministro para hasta 90 días) requieren un nivel de copago doble. Para obtener información detallada sobre un medicamento específico, visite www.healthnet.com.

⁸ La cobertura pediátrica dental y de la vista está incluida en todos los planes.

⁹ Los beneficios dentales pediátricos están asegurados por Health Net Life Insurance Company y administrados por Dental Benefit Providers, Inc., que opera comercialmente como Dental Benefit Administrative Services (entidades de DBP). Las entidades de DBP no están afiliadas a Health Net. Los beneficios dentales pediátricos adicionales están cubiertos. Para obtener información detallada, consulte la Póliza.

¹⁰ Los beneficios de servicios de la vista pediátricos están asegurados por Health Net Life Insurance Company. Health Net tiene contrato con EyeMed Vision Care, LLC, un panel de proveedores de servicios de la vista, para administrar los beneficios de servicios de la vista pediátricos.

Health Net Bronze 60 PPO

Descripción del beneficio	Responsabilidad de la persona asegurada	
Máximo de por vida ilimitado. Los beneficios están sujetos a un deducible, a menos que se indique lo contrario.	Dentro de la red ^{1, 2}	Fuera de la red ^{1, 3}
Máximos del plan Deducible por año calendario ⁴	\$6,300 individual/ \$12,600 familiar	\$12,600 individual/ \$25,200 familiar
Desembolso máximo (incluye el deducible por año calendario) ⁵	\$6,800 individual/\$13,600 familiar	\$25,000 individual/\$50,000 familiar
Servicios profesionales Visita al consultorio	Visitas 1 a 3: \$75 (sin deducible)/ Visita 4 en adelante: \$75 (se aplica un deducible) ⁶	50%
Consulta a un especialista	Visitas 1 a 3: \$105 (sin deducible)/ Visita 4 en adelante: \$105 (se aplica un deducible) ⁶	50%
Servicios de atención preventiva ⁷	\$0 (sin deducible)	Sin cobertura
Rayos X e imágenes de diagnóstico/procedimientos de laboratorio	100% ⁸ /\$40 (sin deducible)	50%/50%
Diagnóstico por imágenes (CT, PET, MRI)	100% ⁸	50%
Terapia de rehabilitación y recuperación de las habilidades	75% (sin deducible)	Sin cobertura
Servicios hospitalarios Servicios en centros hospitalarios para pacientes internados (incluida la atención por maternidad)	100% ⁸	50%
Cirugía para pacientes ambulatorios (solo cargos de un hospital o de un centro quirúrgico ambulatorio)	100% ⁸	50%
Centro de enfermería especializada	100% ⁸	50%
Servicios de emergencia Sala de emergencias (sin copago en caso de internación)	100% ⁸ : centro de atención/\$0: médico (sin deducible)	100% ⁸ : centro de atención/\$0: médico (sin deducible)
Atención de urgencia	Visitas 1 a 3: \$75 (sin deducible)/ Visita 4 en adelante: \$75 (se aplica un deducible) ⁶	50%
Servicios de ambulancia (terrestre y aérea)	100% ⁸	100% ⁸
Servicios de salud mental/del comportamiento/tratamiento para el abuso de sustancias Servicios de salud mental/del comportamiento/tratamiento para el abuso de sustancias (pacientes internados)	100% ⁸	50%

(continúa)

Health Net Bronze 60 PPO (continúa)

Descripción del beneficio	Responsabilidad de la persona asegurada	
Servicios de salud mental/del comportamiento/tratamiento para el abuso de sustancias (pacientes ambulatorios)	Visita al consultorio: \$0 (sin deducible) Visita que no sea al consultorio: \$0 (sin deducible)	Visita al consultorio: 50% Visita que no sea al consultorio: 50%
Servicios de cuidado de la salud en el hogar (100 visitas por año)	100% ⁸	Sin cobertura
Otros servicios Equipo médico duradero	100% ⁸	Sin cobertura
Acupuntura (medicamento necesaria)	Visitas 1 a 3: \$75 (sin deducible)/ Visita 4 en adelante: \$75 (se aplica un deducible) ⁶	Sin cobertura
Cobertura de medicamentos que requieren receta médica Deducible por año calendario para medicamentos que requieren receta médica (por cada asegurado)	\$500 individual/\$1,000 familiar	Sin cobertura
Medicamentos que requieren receta médica (suministro para hasta 30 días obtenido a través de una farmacia participante) ⁹ Nivel I (la mayoría de los medicamentos genéricos y los medicamentos de marca preferidos de bajo costo)	100% hasta \$500/receta para 30 días (después del deducible para medicamentos que requieren receta médica) ¹⁰	Sin cobertura
Nivel II (medicamentos genéricos no preferidos y medicamentos de marca preferidos)	100% hasta \$500/receta para 30 días (después del deducible para medicamentos que requieren receta médica) ¹⁰	Sin cobertura
Nivel III (solo medicamentos de marca no preferidos)	100% hasta \$500/receta para 30 días (después del deducible para medicamentos que requieren receta médica) ¹⁰	Sin cobertura
Nivel IV (medicamentos especializados)	100% hasta \$500/receta para 30 días (después del deducible para medicamentos que requieren receta médica) ¹⁰	Sin cobertura
Atención dental pediátrica ^{11, 12} Servicios preventivos y de diagnóstico	\$0 (sin deducible)	10% (sin deducible)
Atención de la vista pediátrica ^{11,13} Examen de la vista de rutina	\$0 (sin deducible)	Sin cobertura
Anteojos	1 par por año: \$0 (sin deducible)	Sin cobertura

Este es un resumen de los beneficios. No incluye todos los servicios, las limitaciones o las exclusiones. Si desea conocer los términos y condiciones de la cobertura, consulte la Póliza.

- ¹ Para determinados servicios, se requiere la certificación previa de Health Net. Sin la certificación previa, se aplica un monto adicional de \$250 para los servicios dentro de la red. Sin la certificación previa, se aplica un monto adicional de \$500 para los servicios fuera de la red. Para obtener información más detallada, consulte la Póliza.
- ² El asegurado paga la tarifa negociada, que es la tarifa que los proveedores preferidos o participantes han acordado aceptar para prestar un servicio cubierto.
- ³ Si desea conocer la metodología de reembolso fuera de la red, consulte la Póliza.
- ⁴ Cualquier monto que se aplique al deducible por año calendario para los suministros y los servicios cubiertos prestados por un proveedor dentro de la red no se aplicará al deducible por año calendario para los proveedores fuera de la red. Además, cualquier monto que se aplique al deducible por año calendario para los suministros y los servicios cubiertos prestados por un proveedor fuera de la red no se aplicará al deducible por año calendario para los proveedores dentro de la red.
- ⁵ Los copagos o coseguros pagados por servicios dentro de la red no se aplicarán al desembolso máximo para los proveedores fuera de la red, y los coseguros pagados por servicios fuera de la red no se aplicarán al desembolso máximo para los proveedores preferidos. Los copagos o el coseguro por atención de emergencia fuera de la red, incluidos los servicios de la sala de emergencias y de ambulancia, se acumulan para el desembolso máximo para los proveedores preferidos.
- ⁶ Visitas 1 a 3 (combinación de visitas al consultorio, visitas al consultorio de un especialista, atención de urgencia, visitas prenatales y posnatales, acupuntura, visitas por atención de salud mental/abuso de sustancias para pacientes ambulatorios): no se aplica el deducible por año calendario. Visita 4 en adelante: se aplica el deducible por año calendario.
- ⁷ Los servicios cubiertos se basan en las recomendaciones de grado A y B del Grupo Especial de Servicios Preventivos de los Estados Unidos (por sus siglas en inglés, USPSTF), las recomendaciones del Comité Asesor sobre Prácticas de Vacunación (por sus siglas en inglés, ACIP) que han sido adoptadas por el director de los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (por sus siglas en inglés, CDC), los exámenes de detección y la atención preventiva para mujeres que se establecen en las pautas integrales respaldadas por la Administración de Servicios y Recursos de Salud (por sus siglas en inglés, HRSA), y las pautas integrales respaldadas por la HRSA para bebés, niños y adolescentes. Para obtener más información sobre los servicios preventivos recomendados generalmente, visite www.healthcare.gov. El costo compartido correspondiente para la atención preventiva se aplicará a estos servicios.
- ⁸ Después de que se haya alcanzado el deducible médico, el afiliado debe pagar el 100% de los cargos elegibles hasta alcanzar el desembolso máximo. Para los beneficios dentro de la red, los cargos elegibles equivalen a la tarifa negociada. Para los servicios de la sala de emergencias y de transporte médico de emergencia fuera de la red, los cargos elegibles equivalen a los cargos permitidos.
- ⁹ La Lista de Medicamentos Esenciales con Receta es una lista de los medicamentos que requieren receta médica que están cubiertos por este plan. Algunos medicamentos requieren la autorización previa de Health Net. Para obtener una copia de la Lista de Medicamentos Esenciales con Receta, visite el sitio web de Health Net. Para obtener información completa sobre los medicamentos que requieren receta médica, consulte la Póliza. Los planes cubren la mayoría de los anticonceptivos femeninos que requieren receta médica a un costo compartido de \$0. Es posible que la cobertura de ciertos medicamentos no siga el sistema de niveles de medicamentos de marca y genéricos. Para obtener información sobre los niveles, el costo compartido y la cobertura, consulte la Póliza y la Lista de Medicamentos Esenciales con Receta de Health Net. La Póliza es un documento legal y vinculante. En caso de existir alguna diferencia entre la información contenida en este folleto y la contenida en la Póliza, regirá la de esta última. Los medicamentos que requieren receta médica surtidos a través de la compra por correo (suministro para hasta 90 días) requieren un nivel de copago doble. Para obtener información detallada sobre un medicamento específico, visite www.healthnet.com.
- ¹⁰ Una vez que se alcance el deducible de farmacia, el afiliado deberá pagar el 100% del costo de los medicamentos de los niveles 1, 2, 3 y 4 hasta un pago máximo de \$500 por cada receta para un suministro de hasta 30 días, hasta que se cumpla con el límite de desembolso máximo.
- ¹¹ La cobertura pediátrica dental y de la vista está incluida en todos los planes.
- ¹² Los beneficios dentales pediátricos están asegurados por Health Net Life Insurance Company y son administrados por Dental Benefit Providers, Inc., que opera comercialmente como Dental Benefit Administrative Services (entidades de DBP). Las entidades de DBP no están afiliadas a Health Net. Los beneficios dentales pediátricos adicionales están cubiertos. Para obtener información detallada, consulte la Póliza.
- ¹³ Los beneficios de servicios de la vista pediátricos están asegurados por Health Net Life Insurance Company. Health Net tiene contrato con EyeMed Vision Care, LLC, un panel de proveedores de servicios de la vista, para administrar los beneficios de servicios de la vista pediátricos.

Health Net Minimum Coverage PPO

Descripción del beneficio	Responsabilidad de la persona asegurada	
Máximo de por vida ilimitado. Los beneficios están sujetos a un deducible, a menos que se indique lo contrario.	Dentro de la red ^{1, 2}	Fuera de la red ^{1, 3}
Máximos del plan Deducible por año calendario ⁴	\$7,150 individual/\$14,300 familiar	\$14,300 individual/\$28,600 familiar
Desembolso máximo (incluye el deducible por año calendario) ⁵	\$7,150 individual/\$14,300 familiar	\$25,000 individual/\$50,000 familiar
Servicios profesionales Visita al consultorio	Visitas 1 a 3: 0% (sin deducible)/ Visita 4 en adelante: 0% (se aplica un deducible) ⁶	50%
Consulta a un especialista	0%	50%
Servicios de atención preventiva ⁷	\$0 (sin deducible)	Sin cobertura
Rayos X e imágenes de diagnóstico/procedimientos de laboratorio	0%	50%
Terapia de rehabilitación y recuperación de las habilidades	0%	Sin cobertura
Servicios hospitalarios Servicios en centros hospitalarios para pacientes internados (incluida la atención por maternidad)	0%	50%
Cirugía para pacientes ambulatorios (solo cargos de un hospital o de un centro quirúrgico ambulatorio)	0%	50%
Centro de enfermería especializada	0%	50%
Servicios de emergencia Sala de emergencias (sin copago en caso de internación)	0%: centro/\$0: médico (sin deducible)	0%: centro/\$0: médico (sin deducible)
Atención de urgencia	Visitas 1 a 3: 0% (sin deducible)/ Visita 4 en adelante: 0% (se aplica un deducible) ⁶	50%
Servicios de ambulancia (terrestre y aérea)	0%	0%
Servicios de salud mental/del comportamiento/tratamiento para el abuso de sustancias Servicios de salud mental/del comportamiento/tratamiento para el abuso de sustancias (pacientes internados)	0%	50%

(continúa)

Health Net Minimum Coverage PPO (continúa)

Descripción del beneficio	Responsabilidad de la persona asegurada	
Servicios de salud mental/del comportamiento/tratamiento para el abuso de sustancias (pacientes ambulatorios)	Visitas 1 a 3: 0% (sin deducible)/ Visita 4 en adelante: 0% (se aplica un deducible) ⁶	50%
Servicios de cuidado de la salud en el hogar (100 visitas por año)	0%	Sin cobertura
Otros servicios Equipo médico duradero	0%	Sin cobertura
Acupuntura (médicamente necesaria)	Visitas 1 a 3: 0% (sin deducible)/ Visita 4 en adelante: 0% (se aplica un deducible) ⁶	Sin cobertura
Cobertura de medicamentos que requieren receta médica Deducible por año calendario para medicamentos de marca	Se integra con el deducible médico	Sin cobertura
Medicamentos que requieren receta médica (suministro para hasta 30 días obtenido a través de una farmacia participante) ⁸		
Nivel I (la mayoría de los medicamentos genéricos y los medicamentos de marca preferidos de bajo costo)	0%	Sin cobertura
Nivel II (medicamentos genéricos no preferidos y medicamentos de marca preferidos)	0%	Sin cobertura
Nivel III (solo medicamentos de marca no preferidos)	0%	Sin cobertura
Nivel IV (medicamentos especializados)	0%	Sin cobertura
Atención dental pediátrica ^{9, 10} Servicios preventivos y de diagnóstico	\$0 (sin deducible)	10% (sin deducible)
Atención de la vista pediátrica ^{9, 11} Examen de la vista de rutina	\$0 (sin deducible)	Sin cobertura
Anteojos	1 par por año: \$0	Sin cobertura

Este es un resumen de los beneficios. No incluye todos los servicios, las limitaciones o las exclusiones. Si desea conocer los términos y condiciones de la cobertura, consulte la Póliza.

Los planes de cobertura mínima están disponibles para las personas menores de 30 años. También puede ser elegible para este plan si tiene 30 años o más y está exento del requisito federal de mantener una cobertura mínima esencial. Una vez que se inscriba, debe volver a solicitar una exención por dificultades económicas del mercado de seguros y volver a enviar a Health Net el aviso del mercado de seguros que indique el número de certificado de exención todos los años, antes del 1.º de enero, para poder permanecer en este plan.

¹ Para determinados servicios, se requiere la certificación previa de Health Net. Sin la certificación previa, se aplica un monto adicional de \$250 para los servicios dentro de la red. Sin la certificación previa, se aplica un monto adicional de \$500 para los servicios fuera de la red. Para obtener información más detallada, consulte la Póliza.

² El asegurado paga la tarifa negociada, que es la tarifa que los proveedores preferidos o participantes han acordado aceptar para prestar un servicio cubierto.

³ Si desea conocer la metodología de reembolso fuera de la red, consulte la Póliza.

- ⁴ Cualquier monto que se aplique al deducible por año calendario para los suministros y los servicios cubiertos prestados por un proveedor dentro de la red no se aplicará al deducible por año calendario para los proveedores fuera de la red. Además, cualquier monto que se aplique al deducible por año calendario para los suministros y los servicios cubiertos prestados por un proveedor fuera de la red no se aplicará al deducible por año calendario para los proveedores dentro de la red.
- ⁵ Los copagos o coseguros pagados por servicios dentro de la red no se aplicarán al desembolso máximo para los proveedores fuera de la red, y los coseguros pagados por servicios fuera de la red no se aplicarán al desembolso máximo para los proveedores preferidos. Los copagos o el coseguro por atención de emergencia fuera de la red, incluidos los servicios de la sala de emergencias y de ambulancia, se acumulan para el desembolso máximo para los proveedores preferidos.
- ⁶ Visitas 1 a 3 (combinación de visitas al consultorio, atención de urgencia, visitas prenatales y posnatales, acupuntura, visitas por atención de salud mental/abuso de sustancias para pacientes ambulatorios): no se aplica el deducible por año calendario. Visita 4 en adelante: se aplica el deducible por año calendario.
- ⁷ Los servicios cubiertos se basan en las recomendaciones de grado A y B del Grupo Especial de Servicios Preventivos de los Estados Unidos (por sus siglas en inglés, USPSTF), las recomendaciones del Comité Asesor sobre Prácticas de Vacunación (por sus siglas en inglés, ACIP) que han sido adoptadas por el director de los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (por sus siglas en inglés, CDC), los exámenes de detección y la atención preventiva para mujeres que se establecen en las pautas integrales respaldadas por la Administración de Servicios y Recursos de Salud (por sus siglas en inglés, HRSA), y las pautas integrales respaldadas por la HRSA para bebés, niños y adolescentes. Para obtener más información sobre los servicios preventivos recomendados generalmente, visite www.healthcare.gov. El costo compartido correspondiente para la atención preventiva se aplicará a estos servicios.
- ⁸ La Lista de Medicamentos Esenciales con Receta es una lista de medicamentos que requieren receta médica que están cubiertos por este plan. Algunos medicamentos requieren la autorización previa de Health Net. Para obtener una copia de la Lista de Medicamentos Esenciales con Receta, visite el sitio web de Health Net. Para obtener información completa sobre los medicamentos que requieren receta médica, consulte la Póliza. Los planes cubren la mayoría de los anticonceptivos femeninos que requieren receta médica a un costo compartido de \$0. Es posible que la cobertura de ciertos medicamentos no siga el sistema de niveles de medicamentos de marca y genéricos. Para obtener información sobre los niveles, el costo compartido y la cobertura, consulte la Póliza y la Lista de Medicamentos Esenciales con Receta de Health Net. La Póliza es un documento legal y vinculante. En caso de existir alguna diferencia entre la información contenida en este folleto y la contenida en la Póliza, regirá la de esta última. Los medicamentos que requieren receta médica surtidos a través de la compra por correo (suministro para hasta 90 días) requieren un nivel de copago doble. Para obtener información detallada sobre un medicamento específico, visite www.healthnet.com.
- ⁹ La cobertura pediátrica dental y de la vista está incluida en todos los planes.
- ¹⁰ Los beneficios dentales pediátricos están asegurados por Health Net Life Insurance Company y administrados por Dental Benefit Providers, Inc., que opera comercialmente como Dental Benefit Administrative Services (entidades de DBP). Las entidades de DBP no están afiliadas a Health Net. Los beneficios dentales pediátricos adicionales están cubiertos. Para obtener información detallada, consulte la Póliza.
- ¹¹ Los beneficios de servicios de la vista pediátricos están asegurados por Health Net Life Insurance Company. Health Net tiene contrato con EyeMed Vision Care, LLC, un panel de proveedores de servicios de la vista, para administrar los beneficios de servicios de la vista pediátricos.

Cobertura de los gastos médicos principales

Esta categoría de cobertura está diseñada para brindar, a las personas aseguradas, beneficios para los principales gastos quirúrgicos, médicos y hospitalarios que se realicen como consecuencia de una enfermedad o un accidente cubiertos. Los beneficios pueden brindarse para el alojamiento y la alimentación diarios en el hospital, diversos servicios hospitalarios, servicios quirúrgicos, servicios de anestesia, servicios médicos prestados dentro del hospital, atención brindada fuera del hospital y prótesis sujetos a cualquier deducible, copago u otra limitación que pueda figurar en la Póliza.



Coberturas y beneficios principales

Para obtener un resumen de los suministros y servicios cubiertos por cada plan, consulte la siguiente lista. Después de inscribirse en un plan, consulte también la Póliza que se le entregará. La Póliza ofrece información más detallada sobre los beneficios y la cobertura incluidos en su plan de seguro de salud.

- Suero para alergias.
- Pruebas y tratamiento por alergias.
- Servicios de ambulancia: transporte en ambulancia terrestre y aérea.
- Centro quirúrgico ambulatorio.
- Cirugía bariátrica (pérdida de peso) (no está cubierta fuera de la red).
- Atención de afecciones relacionadas con el embarazo.
- Estudios clínicos.
- Calzado correctivo para prevenir o tratar complicaciones relacionadas con la diabetes.
- Equipo para diabéticos.
- Procedimientos de laboratorio e imágenes de diagnóstico (incluidos los rayos X).
- Terapia de recuperación de las habilidades.
- Servicios de cuidado de la salud en el hogar.
- Cuidado de enfermos terminales.
- Servicios hospitalarios para pacientes internados.
- Lentes implantados médicamente necesarios que reemplazan lentes orgánicos.
- Cirugía reconstructiva médicamente necesaria.
- Medicamentos implantados quirúrgicamente médicamente necesarios.
- Beneficios de dependencia de sustancias químicas y atención de salud mental.
- Servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios.
- Terapia de infusión para pacientes ambulatorios.
- Trasplantes de órganos, tejidos y médula ósea.
- Educación del paciente (incluida la educación sobre la diabetes).
- Atención de la vista pediátrica, según se especifica en la Póliza.
- Fenilcetonuria (por sus siglas en inglés, PKU).
- Servicios relacionados con la maternidad y el embarazo.
- Servicios de atención preventiva.
- Servicios profesionales.
- Prótesis.
- Tratamiento de diálisis renal, quimioterapia y radioterapia.
- Terapia de rehabilitación (incluidas las terapias física, del habla, ocupacional, cardíaca y pulmonar).
- Alquiler o compra de equipo médico duradero.
- Medicamentos autoinyectables.
- Centro de enfermería especializada.
- Esterilización masculina y femenina.
- Tratamiento para lesiones dentales, si es médicamente necesario.

Servicios de salud reproductiva

Algunos hospitales y otros proveedores no prestan uno o más de los siguientes servicios que pueden estar cubiertos conforme a su Póliza y que usted o uno de sus familiares podrían necesitar: planificación familiar; servicios anticonceptivos, incluida la anticoncepción de emergencia; esterilización, incluida la ligadura de trompas al momento del parto; tratamientos para la infertilidad; o aborto. Debe obtener información adicional antes de inscribirse. Llame a su futuro médico, grupo médico, asociación de práctica independiente o clínica, o llame al Centro de Comunicación con el Cliente de Health Net Life al 1-888-926-4988, para asegurarse de poder obtener los servicios de atención de salud que necesita.

Costo compartido

La cobertura está sujeta a deducibles, coseguros y copagos. Para obtener toda la información detallada, consulte la Póliza.

Certificación (autorización previa de servicios)

Algunos servicios están sujetos a una certificación previa. Consulte la lista completa de los servicios en la Póliza.

Exclusiones y limitaciones

A continuación, se encuentra una lista parcial de servicios que, por lo general, no están cubiertos. Para obtener información detallada sobre las limitaciones y exclusiones de los planes, consulte la Póliza.

- Servicios o suministros que no son médicamente necesarios.
- Todo monto que exceda los montos máximos especificados en la Póliza.
- Cirugía cosmética, excepto según se especifica en la Póliza.

- Servicios dentales para adultos de 19 años o más, excepto según se especifica en la Póliza.
- Servicios y tratamientos para trastornos de la articulación temporomandibular (por sus siglas en inglés, ATM) (excepto los procedimientos quirúrgicos médicamente necesarios).
- Cirugía y servicios relacionados con el fin de corregir la mala posición o el desarrollo incorrecto de los huesos de la mandíbula inferior o superior, excepto cuando estos procedimientos son médicamente necesarios.
- Alimentos, suplementos dietéticos o nutricionales, excepto fórmulas y productos alimenticios especiales para prevenir complicaciones de la fenilcetonuria (por sus siglas en inglés, PKU).
- Atención de la vista para adultos de 19 años o más, incluidas ciertas cirugías oculares para reemplazar anteojos, excepto según se especifica en la Póliza.
- Servicios de optometría o ejercicios oculares para adultos de 19 años o más, excepto según se especifica en otra parte de la Póliza.
- Anteojos o lentes de contacto para adultos de 19 años o más, excepto según se especifica en la Póliza.
- Cambios de sexo.
- Servicios para revertir la infertilidad voluntaria inducida quirúrgicamente.
- No están cubiertos los servicios ni suministros cuya finalidad sea fecundar a una mujer. Los siguientes servicios y suministros están excluidos de la cobertura de conservación de la fertilidad: almacenamiento de embriones o gametos; utilización de embriones o gametos congelados para lograr una futura concepción; diagnóstico genético antes del implante; embriones, esperma u óvulos de donantes; portadores gestacionales (madres sustitutas).
- Determinadas pruebas genéticas.
- Servicios experimentales o de investigación.
- Exámenes físicos de rutina, excepto los servicios de atención preventiva (p. ej., examen físico para seguros, licencias, contrataciones, escuelas o campamentos). Cualquier examen físico, de la audición

- o de la vista que no esté relacionado con un diagnóstico o tratamiento de una enfermedad o lesión, excepto según se especifica en la Póliza.
- Vacunas o inoculaciones para adultos o niños para viajes al extranjero o por motivos laborales.
 - Servicios no relacionados con una enfermedad o lesión cubierta. Sin embargo, sí está cubierto el tratamiento de las complicaciones que surjan de servicios no cubiertos, como las complicaciones a causa de una cirugía cosmética no cubierta.
 - Atención bajo custodia o domiciliaria.
 - Gastos de alojamiento y alimentación de pacientes internados en relación con una admisión en un hospital o en otro centro para el tratamiento de pacientes internados, principalmente, para pruebas de diagnóstico que podrían haberse realizado de manera segura como pacientes ambulatorios.
 - Gastos de alojamiento y alimentación de pacientes internados en relación con una hospitalización principalmente por cambio de entorno, fisioterapia o tratamiento de dolor crónico.
 - Servicios o suministros proporcionados por una institución no elegible, que no sea un hospital que funcione legalmente ni un centro de enfermería especializada aprobado por Medicare ni que sea principalmente un lugar para personas de la tercera edad, una casa de reposo o cualquier institución similar, independientemente de cómo se la denomine.
 - Gastos que excedan la tarifa de la habitación semiprivada más común de un hospital (u otro centro para pacientes internados).
 - Servicios para tratar la infertilidad.
 - Atención de enfermería privada.
 - Medicamentos y suministros médicos de venta libre, excepto según se especifica en la Póliza.
 - Artículos personales para la comodidad.
 - Aparatos ortóticos, a menos que sean hechos a medida para el cuerpo de la persona cubierta y según se especifica en la Póliza.
 - Servicios educativos u orientación nutricional, excepto según se especifica en la Póliza.
 - Audífonos.
 - Servicios relacionados con la obesidad, excepto según se especifica en la Póliza.
 - Cualquier servicio recibido en virtud de los beneficios de Medicare sin tener que pagar una prima adicional.
 - Servicios recibidos antes de la fecha de entrada en vigor de la cobertura.
 - Servicios recibidos después de la finalización de la cobertura.
 - Servicios por los cuales no se cobra a la persona cubierta ante la falta de cobertura de seguro, excepto los servicios que se brindan en un hospital de investigación benéfico que no está administrado por un organismo gubernamental.
 - Autotratamiento del médico.
 - Servicios prestados por una persona que vive en el hogar de la persona cubierta o que está relacionada con la persona cubierta por parentesco o por matrimonio.
 - Afecciones que sean consecuencia de la comisión (o el intento de comisión) de un delito de parte de la persona cubierta, a menos que se trate de una lesión producto de un acto de violencia familiar o de una afección médica.
 - Afecciones que sean consecuencia de la liberación de energía nuclear cuando se encuentren disponibles fondos del gobierno.
 - Cualquier servicio prestado por un organismo gubernamental local, federal o estatal, o cualquier servicio pagado por uno de estos organismos. Esta limitación no se aplica a Medi-Cal, Medicaid o Medicare.
 - Los servicios por un embarazo de madre sustituta están cubiertos cuando la madre sustituta está asegurada por Health Net. Sin embargo, cuando se obtenga un pago para la sustitución, el plan tendrá un derecho de retención sobre dicho pago para recuperar sus gastos médicos.
 - Cualquier medicamento para pacientes ambulatorios o cualquier otro medicamento o sustancia despachados o administrados en cualquier entorno para

pacientes ambulatorios, excepto según se especifica en la Póliza.

- Servicios y suministros obtenidos en el extranjero, a excepción de la atención de emergencia.
- Parto en el hogar, a menos que se hayan cumplido los criterios para la atención de emergencia.
- Reembolso de servicios para los cuales la persona cubierta no está legalmente obligada a pagarle al proveedor ante la falta de cobertura de seguro.
- Montos cobrados por proveedores fuera de la red para servicios médicos y tratamientos cubiertos que Health Net Life determine que exceden el gasto cubierto.
- Cualquier gasto relacionado con los siguientes artículos, ya sea que estén o no autorizados por un médico: (a) modificación de la residencia de la persona cubierta para adaptarse a la enfermedad o condición física de esta persona, incluida la instalación de ascensores; (b) aparatos correctivos, excepto prótesis, yesos y férulas; (c) purificadores de aire, equipos de aire acondicionado y humidificadores; y (d) servicios educativos u orientación nutricional, excepto según se especifica en la Póliza.
- Suministros desechables para uso en el hogar, excepto ciertos suministros para la diabetes según se indica en la Póliza.

Para poder recibir determinados servicios, se requiere la certificación previa de Health Net. Para conocer qué servicios y procedimientos requieren la certificación previa, consulte la Póliza.

Health Net Life no exige certificación previa para los servicios de diálisis o la atención por maternidad. Sin embargo, debe comunicarse con el Centro de Comunicación con el Cliente al 1-888-926-4988 al iniciar los servicios de diálisis o al momento de realizar la primera visita prenatal.

Tampoco se exige una certificación previa para el tratamiento de la salud del comportamiento para el autismo. Sin

embargo, debe proporcionar a Health Net Life documentación que indique que un médico o un psicólogo con licencia han establecido el diagnóstico de autismo. Además, el proveedor calificado de servicios para el autismo debe presentar ante Health Net Life el plan de tratamiento inicial. Para obtener información detallada, consulte la Póliza.

Renovación de la Póliza

Sujeto a las disposiciones de terminación establecidas en la Póliza, la cobertura estará vigente durante cada mes en que Health Net reciba y acepte las primas.

Primas

Podemos ajustar o cambiar su prima. Si cambiamos el monto de su prima, se le enviará un aviso por correo, por lo menos, 60 días antes de la fecha de entrada en vigor del cambio en la prima. Las primas se ajustan de manera automática según su edad y la de su cónyuge o pareja doméstica registrada dependiente. Es posible que se ajusten las primas cuando cambia su dirección de residencia.

Relación proporcional entre reclamos y primas devengadas

La relación proporcional de 2015 de Health Net Life entre los reclamos realizados y las primas devengadas después del ajuste de riesgos y el reaseguro de los planes de seguro EPO y PPO individuales y familiares fue del 152.3%. Este cálculo de la relación proporcional entre los reclamos realizados y las primas devengadas difiere del cálculo del porcentaje de pérdidas médicas que se establece según la Ley de Cuidado de Salud Asequible.

Health Net cumple con las leyes federales vigentes sobre derechos civiles y no discrimina por raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo. Health Net tampoco excluye a personas ni las trata de forma diferente por los motivos antes mencionados.

Health Net brinda lo siguiente:

- Ayuda 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, comuníquese con el Centro de Comunicación con el Cliente de Health Net al **1-888-926-4988 (TTY: 711)**.

Si cree que Health Net no le ha brindado estos servicios o que lo ha discriminado de alguna otra manera por raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo, puede presentar una queja formal. Llame al número que aparece más arriba para informar que necesita ayuda para presentar esta queja formal. El Centro de Comunicación con el Cliente de Health Net está disponible para ayudarlo. También puede presentar una queja formal por correo: Health Net Appeals & Grievances, PO Box 10348, Van Nuys, California 91410-0348; por fax: 1-877-831-6019; o en línea: healthnet.com.

También puede presentar una queja sobre los derechos civiles a la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU. Puede hacerlo de manera electrónica a través del portal que dicha oficina tiene para este tipo de quejas, <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>. Además, puede enviar la queja por correo o por teléfono: U.S. Department of Health and Human Services, 200 Independence Avenue SW, Room 509F, HHH Building, Washington, DC 20201, 1-800-368-1019 (línea TDD: 1-800-537-7697).

Los formularios para 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 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 զնել Կալիֆոռնիայի 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 Կալիֆոռնիայի 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 प्लेस 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 ntawv 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 ntawv 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

សេវាកម្មដោយឥតគិតថ្លៃ។ 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 1-800-927-4357 번으로 전화해 주십시오. Health Net of California, Inc.의 HMO 또는 HSP 플랜에 가입되어 있으시면 DMHC 도움라인에 1-888-HMO-2219 번으로 전화해 주십시오.

Navajo

Saad Bee Áká E'eyeed T'áá Jíík'e. Ata' halne'ígíí hóló. T'áá hó hazaad k'ehjí naaltsoos hach'í' wóltah. Shíká a'doowoł nínízingo naaltsoos bee néiho'dólzínígíí bikáa'gi béesh bee hane'í bikáá' áají' hodíílnih éí doodaii' 1-800-522-0088 (TTY: 711). California marketplace hoolyéhíjí béeso ách'áá' naanilí ats'íís baa áháyá' biniyé nahíílnii'go éí kojí' hólne' 1-888-926-4988 (TTY: 711). Shíká anáá'doowoł jinízingo: PPO éí doodaii' EPOqjí Health Net Life Insurance Company wolyéhíjí béeso ách'áá' naa'nil biniyé 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'áá' naa'nil biniyé hats'íís 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.

Panjabi (Punjabi)

ਬਿਨਾਂ ਕਿਸੇ ਲਾਗਤ ਤੋਂ ਭਾਸ਼ਾ ਸੇਵਾਵਾਂ। ਤੁਸੀਂ ਇੱਕ ਦੁਭਾਸ਼ੀਆ 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 ਕੈਲੀਫੋਰਨੀਆ 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 ਨਾਮਾਂਕਿਤ ਹੋ, ਤਾਂ ਕੈਲੀਫੋਰਨੀਆ ਬੀਮਾ ਵਿਭਾਗ ਨੂੰ 1-800-927-4357 'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ। ਜੇ ਤੁਸੀਂ Health Net of California, Inc. ਤੋਂ ਇੱਕ ਐਚਐਮਓ HMO ਜਾਂ ਐਚਐਸਪੀ HSP ਪਲੇਨ ਵਿੱਚ ਨਾਮਾਂਕਿਤ 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.

Planes individuales y familiares de Health Net

PO Box 1150

Rancho Cordova, CA 95741-1150

1-877-609-8711 (*inglés*)

1-877-891-9053 (*chino cantonés*)

1-877-339-8596 (*coreano*)

1-877-891-9053 (*chino mandarín*)

1-800-331-1777 (*español*)

1-877-891-9051 (*tagalo*)

1-877-339-8621 (*vietnamita*)

Asistencia para personas con dificultades de audición y del habla:

Los usuarios de TTY deben llamar al 711.

www.healthnet.com