

개인 및 가족 EPO 보험 플랜

Health Net를 통해 이용 가능

보장에 대해서는 www.healthnet.com으로 가서 오늘 바로 신청하십시오!



Health Net®

보험 보장, 예외규정, 제한사항의 개요

캘리포니아 주 북부, 중부에서 이용 가능한 플랜¹

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

귀하 보험 약관을 자세히 읽어주십시오.

본 보험 보장의 개요는 Health Net EPO 증서(줄여서 증서)의 중요한 특징들에 대한 간략한 설명을 제공합니다. 이것은 보험 계약이 아니며 실제 보험 조항들만이 규제할 것입니다. 보험 증서 자체는 귀하와 Health Net Life Insurance Company(Health Net Life) 두 당사자들의 권리 및 책임을 자세하게 명시합니다. 따라서 귀하께서 본인의 보험 증서를 자세하게 읽어보는 것이 중요합니다!

¹Health Net Life Insurance Company EPO 보험 플랜들은 PureCare One 공급자 네트워크를 이용합니다. Pure Care One EPO 보험 플랜은 Contra Costa, Marin, Merced, Napa, Orange, San Diego, San Francisco, San Joaquin, San Mateo, Santa Clara, Santa Cruz, Solano, Sonoma, Stanislaus, Tulare, 일부 Kern, Los Angeles, Riverside, San Bernardino 카운티에서 Health Net를 통해 직접 이용 가능합니다.

플랜 개요 – Health Net Platinum 90 EPO

보험 혜택 설명	보험자 책임 ¹
평생 무제한 최대한도.	
플랜 최대한도 연간 디덕터블	없음
최대본인부담금(본 플랜에 의해 보장되지 않는 서비스와 용품에 대한 지불금은 이 연간 최대본인부담금에 적용되지 않습니다.)	개인: \$4,000 / 가족: \$8,000
전문가 서비스 진료 방문 코페이	\$15
전문의 방문	\$40
기타 의술 행위 진료 방문(의학상 필요한 침술 포함)	\$15
예방 의료 서비스 ²	\$0
X-선 및 진단 영상 촬영	\$40
임상병리 검사	\$20
영상(CT/PET 스캔, MRI)	10%
재활 및 자활 서비스	\$15
외래환자 서비스 외래환자 수술 (시설 이용료, 의사/외과의 비용 포함)	10%
병원 서비스 내래환자 병원 입원(산과 포함)	10%
전문 간호 의료	10%
응급서비스 응급실 서비스(입원시 코페이 면제)	시설: \$150 / 의사: 10%
긴급진료	\$15
구급차 서비스(지상/항공)	\$150
정신/행동 건강 / 약물 남용 장애 서비스 정신/행동 건강 / 약물 남용 장애(입원환자)	10%
정신/행동건강/약물 남용 장애(외래환자)	진료 방문: \$15 진료 방문 이외: \$0
가정 건강 의료 서비스 (연간 100회 방문)	10%
기타 서비스 내구성 의료 장비	10%
호스피스 서비스	\$0
자가 주사 가능 약물(인슐린 제외)	10%, 처방전당 30일에 최대 \$250
처방약 보장 처방약(협약 약국에서 조제받을 경우 최대 30일 복용량까지) ³ 티어 I (대부분의 복제약 및 저렴한 비용의 선호 상표)	\$5
티어 II (비선호 복제약 및 선호 유명상표약)	\$15
티어 III (비선호 유명상표약에 한함)	\$25
티어 IV (특화약)	10%, 처방전당 30일에 최대 \$250
소아 치과 ^{4.5} 진단 및 예방 서비스	\$0
소아 비전 ^{4.6} 정기 눈 검사	\$0
안경(제한사항 적용)	연간 1쌍

본 내용은 보험 혜택의 요약본입니다. 모든 서비스, 제한사항, 또는 예외규정을 포함하지 않습니다.

보험 보장의 약관에 대해서는 보험 증서를 참조해 주십시오.

¹일부 서비스는 Health Net의 사전 인증을 필요로 합니다. 사전 인증 없이는 추가로 \$250이 적용됩니다. 좀 더 자세한 내용은 본 보험 증서를 참조해 주십시오.

²미국 예방 서비스 태스크 포스(Preventive Services Task Force, USPSTF)의 A, B 등급 권장사항, 질병관리본부(Centers for Disease Control and Prevention, CDC) 본부장에 의해 채택된 예방접종자문위원회(Advisory Committee on Immunization Practices, ACIP)의 권장사항, 보건자원서비스국(Health Resources and Services Administration, HRSA)에 의해 지원된 포괄지침에서 제공된 여성 예방의료 및 선별검사, 유아, 어린이, 청소년에 대해 HRSA에 의해 지원되는 포괄지침에 기초한 보장 서비스. 일반적으로 권장되는 예방 서비스에 대한 추가 정보는 www.healthcare.gov로 가십시오. 예방 의료에 대한 적용 가능한 비용 부담이 이러한 서비스들에 적용됩니다.

³필수 처방약 목록(Essential Rx Drug List)은 본 플랜에 의해 보장되는 처방약들의 목록입니다. 일부 약들은 Health Net의 사전 승인이 필요합니다. Essential Rx Drug List의 사본을 원하시면 Health Net 웹사이트로 가십시오. 처방약 전체 정보에 대해서는 본 증서를 참조하십시오. 플랜은 대부분 여성 처방 피임약을 \$0 비용 부담금으로 보장합니다. 일부 약들에 대한 보장은 복제약, 유명상표 티어 시스템을 따르지 않을 수 있습니다. 보장, 비용 부담, 티어 정보에 대해서는 귀하 보험 증서와 Health Net의 Essential Rx Drug List를 참조해 주십시오. 보험 증서는 법적 구속력을 갖는 문서입니다. 본 책자에 있는 정보가 보험 증서에 있는 정보와 다른 경우, 보험 증서가 그 우선권을 갖습니다. 우편 주문(최대 90일 분량)을 통해 조제 받은 처방약은 2배의 코페이를 필요로 합니다. 구체적인 약에 관한 자세한 내용은 www.healthnet.com으로 가십시오.

⁴소아 치과와 검안은 모든 플랜에 포함되어 있습니다.

⁵소아 치과 혜택은 Health Net Life Insurance Company로부터 가입 심사를 받고 Dental Benefit Providers, Inc.라는 이름으로 운영되는 치과 혜택 행정 서비스(Dental Benefit Administrative Services: DBP 단체)에 의해 관리됩니다. DBP 단체는 Health Net의 자회사가 아닙니다. 소아 치과 혜택 세부사항에 대해서는 보험 약정을 참조하십시오.

⁶소아 검안 서비스 혜택은 Health Net Life Insurance Company의 가입 심사를 받습니다. Health Net은 소아 검안 서비스 혜택을 제공하기 위해 검안 서비스 공급자 패널인 EyeMed Vision Care, LLC와 계약을 맺었습니다.

플랜 개요 – Health Net Gold 80 EPO

보험 혜택 설명	피보험자 책임 ¹
평생 무제한 최대한도.	
플랜 최대한도 연간 디덕터블	없음
최대본인부담금(본 플랜에 의해 보장되지 않는 서비스와 용품에 대한 지불금은 이 연간 최대본인부담금에 적용되지 않습니다.)	개인: \$6,750 / 가족: \$13,500
전문가 서비스 진료 방문 코페이	\$30
전문의 방문	\$55
기타 의술 행위 진료 방문(의학상 필요한 침술 포함)	\$30
예방 의료 서비스 ²	\$0
X-선 및 진단 영상 촬영	\$55
임상병리 검사	\$35
영상(CT/PET 스캔, MRI)	20%
재활 및 자활 서비스	\$30
외래환자 서비스 외래환자 수술 (시설 이용료, 의사/외과의 비용 포함)	20%
병원 서비스 내래환자 병원 입원(산과 포함)	20%
전문 간호 의료	20%
응급서비스 응급실 서비스(입원시 코페이 면제)	시설: \$325 / 의사: \$0
긴급진료	\$30
구급차 서비스(지상/항공)	\$250
정신/행동 건강 / 약물 남용 장애 서비스 정신/행동 건강 / 약물 남용 장애(입원환자)	20%
정신/행동건강/약물 남용 장애(외래환자)	진료 방문: \$0 진료 방문 이외: \$0
가정 건강 의료 서비스 (연간 100회 방문)	20%
기타 서비스 내구성 의료 장비	20%
호스피스 서비스	\$0
자가 주사 가능 약물(인슐린 제외)	20%, 처방전당 30일에 최대 \$250
처방약 보장 처방약(협약 약국에서 조제받을 경우 최대 30일 복용량까지) ³ 티어 I (대부분의 복제약 및 저렴한 비용의 선호 상표)	\$15
티어 II (비선호 복제약 및 선호 유명상표약)	\$55
티어 III (비선호 유명상표약에 한함)	\$75
티어 IV (특화약)	20%, 처방전당 30일에 최대 \$250
소아 치과 ^{4.5} 진단 및 예방 서비스	\$0
소아 비전 ^{4.6} 정기 눈 검사	\$0
안경(제한사항 적용)	연간 1쌍

본 내용은 보험 혜택의 요약본입니다. 모든 서비스, 제한사항, 또는 예외규정을 포함하지 않습니다.

보험 보장의 약관에 대해서는 보험 증서를 참조해 주십시오.

¹일부 서비스는 Health Net의 사전 인증을 필요로 합니다. 사전 인증 없이는 추가로 \$250이 적용됩니다. 좀 더 자세한 내용은 본 보험 증서를 참조해 주십시오.

²미국 예방 서비스 태스크 포스(Preventive Services Task Force, USPSTF)의 A, B 등급 권장사항, 질병관리본부(Centers for Disease Control and Prevention, CDC) 본부장에 의해 채택된 예방접종자문위원회(Advisory Committee on Immunization Practices, ACIP)의 권장사항, 보건자원서비스국(Health Resources and Services Administration, HRSA)에 의해 지원된 포괄지침에서 제공된 여성 예방의료 및 선별검사, 유아, 어린이, 청소년에 대해 HRSA에 의해 지원되는 포괄지침에 기초한 보장 서비스. 일반적으로 권장되는 예방 서비스에 대한 추가 정보는 www.healthcare.gov로 가십시오. 예방 의료에 대한 적용 가능한 비용 분담이 이러한 서비스들에 적용됩니다.

³필수 처방약 목록(Essential Rx Drug List)은 본 플랜에 의해 보장되는 처방약들의 목록입니다. 일부 약들은 Health Net의 사전 승인이 필요합니다. Essential Rx Drug List의 사본을 원하시면 Health Net 웹사이트로 가십시오. 처방약 전체 정보에 대해서는 본 증서를 참조하십시오. 플랜은 대부분 여성 처방 피임약을 \$0 비용 분담금으로 보장합니다. 일부 약들에 대한 보장은 복제약, 유명상표 티어 시스템을 따르지 않을 수 있습니다. 보장, 비용 분담, 티어 정보에 대해서는 귀하 보험 증서와 Health Net의 Essential Rx Drug List를 참조해 주십시오. 보험 증서는 법적 구속력을 갖는 문서입니다. 본 책자에 있는 정보가 보험 증서에 있는 정보와 다른 경우, 보험 증서가 그 우선권을 갖습니다. 우편 주문(최대 90일 분량)을 통해 조제 받은 처방약은 2배의 코페이를 필요로 합니다. 구체적인 약에 관한 자세한 내용은 www.healthnet.com으로 가십시오.

⁴소아 치과와 검안은 모든 플랜에 포함되어 있습니다.

⁵소아 치과 혜택은 Health Net Life Insurance Company로부터 가입 심사를 받고 Dental Benefit Providers, Inc.라는 이름으로 운영되는 치과 혜택 행정 서비스(Dental Benefit Administrative Services: DBP 단체)에 의해 관리됩니다. DBP 단체는 Health Net의 자회사가 아닙니다. 소아 치과 혜택 세부사항에 대해서는 보험 약정을 참조하십시오.

⁶소아 검안 서비스 혜택은 Health Net Life Insurance Company의 가입 심사를 받습니다. Health Net는 소아 검안 서비스 혜택을 제공하기 위해 검안 서비스 공급자 패널인 EyeMed Vision Care, LLC와 계약을 맺었습니다.

플랜 개요 – Health Net Silver 70 EPO

보험 혜택 설명	피보험자 책임 ¹
평생 무제한 최대한도. 그렇지 않다고 명시되지 않는 한 혜택에는 디덕터블이 적용됩니다.	
플랜 최대한도 연간 디덕터블	개인: \$2,500 / 가족: \$5,000
최대 본인부담금(연간 디덕터블 포함. 본 플랜에 의해 보장되지 않는 서비스와 용품에 대한 지불금은 이 연간 최대 본인부담금에 적용되지 않습니다.)	개인: \$6,800 / 가족: \$13,600
전문가 서비스 진료 방문 코페이	\$35 (디덕터블 면제됨)
전문의 방문	\$70 (디덕터블 면제됨)
기타 의술 행위 진료 방문(의학적으로 필요한 침술 포함)	\$35 (디덕터블 면제됨)
예방 의료 서비스 ²	\$0
X-선 및 진단 영상 촬영	\$70 (디덕터블 면제됨)
임상병리 검사	\$35 (디덕터블 면제됨)
영상(CT/PET 스캔, MRI)	\$300 (디덕터블 면제됨)
재활 및 자활 서비스	\$35 (디덕터블 면제됨)
외래환자 서비스 외래환자 수술 (시설 이용료, 의사/외과의 비용 포함)	20% (디덕터블 면제)
병원 서비스 내래환자 병원 입원(산과 포함)	20%
전문 간호 의료	20%
응급서비스 응급실 서비스(입원시 코페이 면제)	\$350 시설 (디덕터블 면제) / \$0 의사 (디덕터블 면제)
긴급진료	\$35 (디덕터블 면제)
구급차 서비스(지상/항공)	\$250
정신/행동 건강 / 약물 남용 장애 서비스 정신/행동 건강 / 약물 남용 장애(입원환자)	20%
정신/행동건강/약물 남용 장애(외래환자)	진료실 방문: \$0 (디덕터블 면제) 진료실 방문 이외: \$0 (디덕터블 면제)
가정 건강 의료 서비스 (연간 100회 방문)	\$45 (디덕터블 면제)
기타 서비스 내구성 의료 장비	20% (디덕터블 면제)
호스피스 서비스	0% (디덕터블 면제)
자가 주사 가능 약품(인슐린 제외)	20%, 처방전당 30일 최대 \$250까지 (Rx 디덕터블 후)
처방약 보장 유명상표약 연간 디덕터블	개인: \$250 / 가족: \$500
처방약(협약 약국에서 조제받을 경우 최대 30일 복용량까지) ³ 티어 I (대부분의 복제약 및 저렴한 비용의 선호 상표)	\$15 (Rx 디덕터블 면제)
티어 II (비선호 복제약 및 선호 유명상표약)	\$55 (Rx 디덕터블 적용)
티어 III (비선호 유명상표약에 한함)	\$80 (Rx 디덕터블 적용)
티어 IV (특화약)	20%, 처방전당 30일 최대 \$250까지 (Rx 디덕터블 후)
소아 치과 ^{4.5} 진단 및 예방 서비스	\$0 (디덕터블 면제)
소아 비전 ^{4.6} 정기 눈 검사	\$0 (디덕터블 면제)
안경(제한사항 적용)	연간 1쌍(디덕터블 면제)

본 내용은 보험 혜택의 요약본입니다. 모든 서비스, 제한사항, 또는 예외규정을 포함하지 않습니다.

보험 보장의 약관에 대해서는 보험 증서를 참조해 주십시오.

¹일부 서비스는 Health Net의 사전 인증을 필요로 합니다. 사전 인증 없이는 추가로 \$250이 적용됩니다. 좀 더 자세한 내용은 본 보험 증서를 참조해 주십시오.

²미국 예방 서비스 태스크 포스(Preventive Services Task Force, USPSTF)의 A, B 등급 권장사항, 질병관리본부(Centers for Disease Control and Prevention, CDC) 본부장에 의해 채택된 예방접종자문위원회(Advisory Committee on Immunization Practices, ACIP)의 권장사항, 보건자원서비스국(Health Resources and Services Administration, HRSA)에 의해 지원된 포괄지침에서 제공된 여성 예방의료 및 선별검사, 유아, 어린이, 청소년에 대해 HRSA에 의해 지원되는 포괄지침에 기초한 보장 서비스. 일반적으로 권장되는 예방 서비스에 대한 추가 정보는 www.healthcare.gov로 가십시오. 예방 의료에 대한 적용 가능한 비용 분담이 이러한 서비스들에 적용됩니다.

³필수 처방약 목록(Essential Rx Drug List)은 본 플랜에 의해 보장되는 처방약들의 목록입니다. 일부 약들은 Health Net의 사전 승인이 필요합니다. Essential Rx Drug List의 사본을 원하시면 Health Net 웹사이트로 가십시오. 처방약 전체 정보에 대해서는 본 증서를 참조하십시오. 플랜은 대부분 여성 처방 피임약을 \$0 비용 분담금으로 보장합니다. 일부 약들에 대한 보장은 복제약, 유명상표 티어 시스템을 따르지 않을 수 있습니다. 보장, 비용 분담, 티어 정보에 대해서는 귀하 보험 증서와 Health Net의 필수 조제약 목록을 참조해 주십시오. 보험 증서는 법적 구속력을 갖는 문서입니다. 본 책자에 있는 정보가 보험 증서에 있는 정보와 다른 경우, 보험 증서가 그 우선권을 갖습니다. 우편 주문(최대 90일 분량)을 통해 조제 받은 처방약은 2배의 코페이를 필요로 합니다. 구체적인 약에 관한 자세한 내용은 www.healthnet.com으로 가십시오.

⁴소아 치과와 검안은 모든 플랜에 포함되어 있습니다.

⁵소아 치과 혜택은 Health Net Life Insurance Company로부터 가입 심사를 받고 Dental Benefit Providers, Inc.라는 이름으로 운영되는 치과 혜택 행정 서비스(Dental Benefit Administrative Services: DBP 단체)에 의해 관리됩니다. DBP 단체는 Health Net의 자회사가 아닙니다. 소아 치과 혜택 세부사항에 대해서는 보험 약정을 참조하십시오.

⁶소아 검안 서비스 혜택은 Health Net Life Insurance Company의 가입 심사를 받습니다. Health Net는 소아 검안 서비스 혜택을 제공하기 위해 검안 서비스 공급자 패널인 EyeMed Vision Care, LLC와 계약을 맺었습니다.

플랜 개요 – Health Net Bronze 60 EPO

보험 혜택 설명	피보험자 책임 ¹
평생 무제한 최대한도. 그렇지 않다고 명시되지 않는 한 혜택은 디덕터블의 대상입니다.	
플랜 최대한도 연간 디덕터블	개인: \$6,300 / 가족: \$12,600
최대 본인부담금(연간 디덕터블 포함. 본 플랜에 의해 보장되지 않는 서비스와 용품에 대한 지불금은 이 연간 최대 본인부담금에 적용되지 않습니다.)	개인: \$6,800 / 가족: \$13,600
전문가 서비스 진료 방문 코페이	1-3회 방문: \$75 (디덕터블 면제) 4회 이상 방문: \$75 (디덕터블 적용)
전문의 방문	1-3회 방문: \$105 (디덕터블 면제) 4회 이상 방문: \$105 (디덕터블 적용)
기타 의술 행위 진료 방문(의학상 필요한 침술 포함)	1-3회 방문: \$75 (디덕터블 면제) 4회 이상 방문: \$75 (디덕터블 적용)
예방 의료 서비스 ²	\$0 (디덕터블 면제)
X-선 및 진단 영상 ³	100%
임상병리 검사	\$40 (디덕터블 면제)
영상(CT/PET 스캔, MRI) ³	100%
재활 및 자활 서비스	\$75 (디덕터블 면제)
외래환자 서비스 외래환자 수술 (시설 이용료, 의사/외과의 비용 포함) ³	50%
병원 서비스 내래환자 병원 입원(산과 포함) ³	100%
전문 간호 의료 ³	100%
응급서비스 응급실 서비스(입원시 코페이 면제) ³	100% 시설 / \$0 의사 (디덕터블 면제)
긴급진료	1-3회 방문: \$75 (디덕터블 면제) 4회 이상 방문: \$75 (디덕터블 적용)
구급차 서비스(지상/항공) ³	50%
정신/행동 건강 / 약물 남용 장애 서비스 정신/행동 건강 / 약물 남용 장애(입원환자) ³	100%
정신/행동건강/약물 남용 장애(외래환자)	진료실 방문: \$0 (디덕터블 면제) 진료 방문 이외: 0% (디덕터블 면제)
가정 건강 의료 서비스 (연간 100회 방문) ³	100%
기타 서비스 내구성 의료 장비 ³	100%
호스피스 서비스	\$0 (디덕터블 면제)
자가 주사 가능 약물(인슐린 제외) ⁴	100%, 처방전당 30일 최대 \$500까지 (Rx 디덕터블 후)
처방약 보장 유명상표약 연간 디덕터블	개인: \$500 / 가족: \$1,000
처방약(협약 약국에서 조제받을 경우 최대 30일 복용량까지) ⁵ 티어 I (대부분의 복제약 및 저렴한 비용의 선호 상표) ⁴	100%, 처방전당 30일 최대 \$500까지 (Rx 디덕터블 후)
티어 II (비선호 복제약 및 선호 유명상표약) ⁴	100%, 처방전당 30일 최대 \$500까지 (Rx 디덕터블 후)
티어 III (비선호 유명상표약에 한함) ⁴	100%, 처방전당 30일 최대 \$500까지 (Rx 디덕터블 후)
티어 IV (특화약) ⁴	100%, 처방전당 30일 최대 \$500까지 (Rx 디덕터블 후)
소아 치과 ^{6,7} 진단 및 예방 서비스	\$0 (디덕터블 면제)
소아 비전 ^{6,8} 정기 눈 검사	\$0 (디덕터블 면제)
안경(제한사항 적용)	연간 1쌍(디덕터블 면제)

본 내용은 보험 혜택의 요약본입니다. 모든 서비스, 제한사항, 또는 예외규정을 포함하지 않습니다.

보험 보장의 약관에 대해서는 보험 증서를 참조해 주십시오.

¹일부 서비스는 Health Net의 사전 인증을 필요로 합니다. 사전 인증 없이는 추가로 \$250이 적용됩니다. 좀 더 자세한 내용은 본 보험 증서를 참조해 주십시오.

²미국 예방 서비스 태스크 포스(Preventive Services Task Force, USPSTF)의 A, B 등급 권장사항, 질병관리본부(Centers for Disease Control and Prevention, CDC) 본부장에 의해 채택된 예방접종자문위원회(Advisory Committee on Immunization Practices, ACIP)의 권장사항, 보건자원서비스국(Health Resources and Services Administration, HRSA)에 의해 지원된 포괄지침에서 제공된 여성 예방의료 및 선별검사, 유아, 어린이, 청소년에 대해 HRSA에 의해 지원되는 포괄지침에 기초한 보장 서비스. 일반적으로 권장되는 예방 서비스에 대한 추가 정보는 www.healthcare.gov로 가십시오. 예방 의료에 대한 적용 가능한 비용 부담이 이러한 서비스들에 적용됩니다.

³의료 디덕터블이 만족된 후 최대본인부담금에 도달할 때까지 적합한 비용에 대한 지불의 책임은 전적으로 100% 가입자에게 있습니다.

⁴약국 디덕터블이 만족된 후 최대본인부담금에 도달할 때까지 최대 30일 복용량에 해당되는 각 처방전당 최대 \$500 지급까지의 모든 티어 1, 2, 3, 4 약들의 비용에 대한 지불의 책임은 전적으로 100% 가입자에게 있습니다.

⁵필수 조제약 목록(Essential Rx Drug List)은 본 플랜에 의해 보장되는 처방약들의 목록입니다. 일부 약들은 Health Net의 사전 승인이 필요합니다. 필수 조제약 목록의 사본을 원하시면 Health Net 웹사이트로 가십시오. 처방약 전체 정보에 대해서는 본 증서를 참조하십시오. 플랜은 대부분 여성 처방 피임약을 \$0 비용 부담금으로 보장합니다. 일부 약들에 대한 보장은 복제약, 유명상표 티어 시스템을 따르지 않을 수 있습니다. 보장, 비용 부담, 티어 정보에 대해서는 귀하 보험 증서와 Health Net의 필수 조제약 목록을 참조해 주십시오. 보험 증서는 법적 구속력을 갖는 문서입니다. 본 책자에 있는 정보가 보험 증서에 있는 정보와 다른 경우, 보험 증서가 그 우선권을 갖습니다. 우편 주문(최대 90일 분량)을 통해 조제 받은 처방약은 2배의 코페이를 필요로 합니다. 구체적인 약에 관한 자세한 내용은 www.healthnet.com으로 가십시오.

⁶소아 치과와 검안은 모든 플랜에 포함되어 있습니다.

⁷소아 치과 혜택은 Health Net Life Insurance Company로부터 가입 심사를 받고 Dental Benefit Providers, Inc.라는 이름으로 운영되는 치과 혜택 행정 서비스(Dental Benefit Administrative Services: DBP 단체)에 의해 관리됩니다. DBP 단체는 Health Net의 자회사가 아닙니다. 소아 치과 혜택 세부사항에 대해서는 보험 약정을 참조하십시오.

⁸소아 검안 서비스 혜택은 Health Net Life Insurance Company의 가입 심사를 받습니다. Health Net는 소아 검안 서비스 혜택을 제공하기 위해 검안 서비스 공급자 패널인 EyeMed Vision Care, LLC와 계약을 맺었습니다.

플랜 개요 – Health Net Minimum Coverage EPO

보험 혜택 설명	피보험자 책임 ¹
평생 무제한 최대한도. 그렇지 않다고 명시되지 않는 한 혜택은 디덕터블의 대상입니다.	
플랜 최대한도 연간 디덕터블	개인: \$7,150 / 가족: \$14,300
최대 본인부담금(연간 디덕터블 포함. 본 플랜에 의해 보장되지 않는 서비스와 용품에 대한 지불금은 이 연간 최대 본인부담금에 적용되지 않습니다.)	개인: \$7,150 / 가족: \$14,300
전문가 서비스 진료 방문 코페이	1-3회 방문: 0% (디덕터블 면제) ² 4회 이상 방문: 0% (디덕터블 적용)
전문의 방문	0%
기타 의술 행위 진료 방문(의학적으로 필요한 침술 포함)	1-3회 방문: 0% (디덕터블 면제) ² 4회 이상 방문: 0% (디덕터블 적용)
예방 의료 서비스 ³	\$0 (디덕터블 면제)
X-선 및 진단 영상 촬영	0%
임상병리 검사	0%
영상(CT/PET 스캔, MRI)	0%
재활 및 자활 서비스	0%
외래환자 서비스 외래환자 수술 (시설 비용 및 의사/외과의 비용 포함)	0%
병원 서비스 내래환자 병원 입원(산과 포함)	0%
전문 간호 의료	0%
응급서비스 응급실 서비스(입원시 코페이 면제)	0% 시설 / \$0 의사 (디덕터블 면제)
긴급진료	1-3회 방문: 0% (디덕터블 면제) 4회 이상 방문: 0% (디덕터블 적용) ²
구급차 서비스(지상/항공)	0%
정신/행동 건강 / 약물 남용 장애 서비스 정신/행동 건강 / 약물 남용 장애(입원환자)	0%
정신/행동건강/약물 남용 장애(외래환자)	1-3회 방문: 0% (디덕터블 면제) 4회 이상 방문: 0% (디덕터블 적용) ²
가정 건강 의료 서비스 (연간 100회 방문)	0%
기타 서비스 내구성 의료 장비	0%
호스피스 서비스	0%
자가 주사 가능 약물(인슐린 제외)	0%
처방약 보장⁴ 유명상표약 연간 디덕터블	의료 디덕터블과 합산
처방약(협약 약국에서 조제받을 경우 최대 30일 복용량까지)	
티어 I (대부분의 복제약 및 저렴한 비용의 선호 상표)	0%
티어 II (비선호 복제약 및 선호 유명상표약)	0%
티어 III (비선호 유명상표약에 한함)	0%
티어 IV (특화약)	0%
소아 치료^{5.6} 진단 및 예방 서비스	\$0 (디덕터블 면제)
소아 비전^{5.7} 정기 눈 검사	\$0 (디덕터블 면제)
안경(제한사항 적용)	연간 1쌍

본 내용은 보험 혜택의 요약본입니다. 모든 서비스, 제한사항, 또는 예외규정을 포함하지 않습니다.

보험 보장의 약관에 대해서는 보험 증서를 참조해 주십시오.

최소 보장 플랜은 30세 미만의 개인이 이용할 수 있습니다. 30세 이상이고 최소 기본 보장을 유지해야 할 연방 요구조건으로부터 면제받을 경우, 귀하에게 이 플랜의 자격이 있을 수도 있습니다. 일단 가입하게 되면 마켓플레이스로부터 어려움으로 인한 면제를 받드시 재신청하고 본 플랜에 계속해서 가입해 있기 위해서 Health Net에 매년 1월 1일까지 귀하의 면제 인증 번호가 표시된 마켓플레이스 공지서를 다시 제출해야 합니다.

- 1 특정 서비스는 Health Net의 사전 인증을 필요로 합니다. 사전 인증 없이는 추가로 \$250이 적용됩니다. 좀 더 자세한 내용은 본 보험 증서를 참조해 주십시오.
- 2 1-3회 방문(진료 방문, 긴급진료, 산전/산후 방문, 침술, 외래환자 정신 건강/약물 남용): 연간 디덕터블이 면제됩니다. 4회 이상 방문(무제한): 연간 디덕터블이 적용됩니다.
- 3 미국 예방 서비스 태스크 포스(Preventive Services Task Force, USPSTF)의 A, B 등급 권장사항, 질병관리본부(Centers for Disease Control and Prevention, CDC) 본부장에 의해 채택된 예방접종자문위원회(Advisory Committee on Immunization Practices, ACIP)의 권장사항, 보건자원서비스국(Health Resources and Services Administration, HRSA)에 의해 지원된 포괄지침에서 제공된 여성 예방의료 및 선별검사, 유아, 어린이, 청소년에 대해 HRSA에 의해 지원되는 포괄지침에 기초한 보장 서비스. 일반적으로 권장되는 예방 서비스에 대한 추가 정보는 www.healthcare.gov로 가십시오. 예방 의료에 대한 적용 가능한 비용 공유가 이러한 서비스들에 적용됩니다.
- 4 필수 조제약 목록(Essential Rx Drug List)은 본 플랜에 의해 보장되는 처방약들의 목록입니다. 일부 약들은 Health Net의 사전 승인이 필요합니다. 필수 조제약 목록의 사본을 원하시면 Health Net 웹사이트로 가십시오. 처방약 전체 정보에 대해서는 본 증서를 참조하십시오. 플랜은 대부분 여성 처방 피임약을 \$0 비용 부담금으로 보장합니다. 일부 약들에 대한 보장은 복제약, 유명상표 티어 시스템을 따르지 않을 수 있습니다. 보장, 비용 부담, 티어 정보에 대해서는 귀하 보험 증서와 Health Net의 필수 조제약 목록을 참조해 주십시오. 보험 증서는 법적 구속력을 갖는 문서입니다. 본 책자에 있는 정보가 보험 증서에 있는 정보와 다른 경우, 보험 증서가 그 우선권을 갖습니다. 우편 주문(최대 90일 분량)을 통해 조제 받은 처방약은 2배의 코페이를 필요로 합니다. 구체적인 약에 관한 자세한 내용은 www.healthnet.com으로 가십시오.
- 5 소아 치과와 검안은 모든 플랜에 포함되어 있습니다.
- 6 소아 치과 혜택은 Health Net Life Insurance Company로부터 가입 심사를 받고 Dental Benefit Providers, Inc.라는 이름으로 운영되는 치과 혜택 행정 서비스(Dental Benefit Administrative Services: DBP 단체)에 의해 관리됩니다. DBP 단체는 Health Net의 자회사가 아닙니다. 소아 치과 혜택 세부사항에 대해서는 보험 약정을 참조하십시오.
- 7 소아 검안 서비스 혜택은 Health Net Life Insurance Company의 가입 심사를 받습니다. Health Net는 소아 검안 서비스 혜택을 제공하기 위해 검안 서비스 공급자 패널인 EyeMed Vision Care, LLC와 계약을 맺었습니다.

주요 의료 비용 보장

이 보장의 범주는 보험 보장이 되는 사고 또는 질병으로 인해 발생한 주요 병원, 의료, 수술 비용에 대한 혜택을 보험자에게 제공하기 위해 설계되었습니다. 혜택은 일상 병실 및 식사, 기타 병원 서비스, 수술 서비스, 마취 서비스, 병원내 의료 서비스, 병원외 의료, 디덕터블, 코페이 조항 또는 해당 약관에서 명시된 기타 제한사항의 구속을 받는 보철 기구에 대해 제공되어질 수 있습니다.



주된 혜택 및 보장

각 플랜의 보장 서비스 및 용품의 요약에 대해서는 아래 목록을 참조해 주십시오. 또한 플랜에 가입한 후 받게된 증서를 참조해 주십시오. 보험 증서는 건강 보험 플랜에 포함된 혜택과 보장과 관한 좀 더 자세한 정보를 제공합니다. **주의:** EPO 보험 플랜은 응급상황, 긴급진료를 제외하고 PureCare One 네트워크 이외에서 받은 건강 의료 서비스를 보장하지 않습니다.

- 알레르기 혈청
- 알레르기 테스트 및 치료
- 구급차 서비스 - 지상/항공 구급차 이송
- 외래 수술 센터
- 비만(체중 감량) 수술
- 임신 상태에 대한 의료
- 임상 시험
- 당뇨병 관련 합병증을 예방 또는 치료하는 교정 신발류
- 당뇨병 기구
- 진단 영상(X-선 촬영 포함) 및 임상병리 절차
- 재활 요법

- 가정 건강 의료 에이전시 서비스
- 호스피스 의료
- 입원환자 병원 서비스
- 유기 안구 렌즈를 대체하는 의학적으로 필요하여 이식된 렌즈
- 의학적으로 필요한 재건성형
- 의학적으로 필요하여 외과적으로 이식된 약물
- 정신 건강 의료 및 약물 의존 혜택
- 외래환자 병원 서비스
- 외래환자 주입 요법
- 장기, 조직, 골수 이식
- 환자 교육(당뇨병 교육 포함)
- 보험 증서에서 명시된 소아 비전
- 페닐케톤뇨증(PKU)
- 임신 및 산과 서비스
- 예방 의료 서비스
- 전문가 서비스
- 보철
- 방사선 치료, 화학치료, 신장 투석 치료
- 재활 요법(물리, 언어, 작업, 심장, 폐 요법 포함)
- 내구성 의료 장비의 임대 또는 구입
- 자가 주입 가능한 약물
- 전문 영양 시설
- 남/여 불임술
- 의학적으로 필요한 경우 치과 상해에 대한 치료

생식기 건강 서비스

일부 병원과 기타 공급자는 보험 계약으로 보장되거나 귀하 또는 가족이 필요할 수 있는 다음의 서비스 중 하나 이상을 제공하지 않습니다. 가족 계획, 피임 서비스(긴급 피임법 포함), 불임수술(분만 및 출산 시 난관결찰술 포함), 불임 치료 또는 낙태. 가입하기 전에 좀 더 자세한 정보를 얻으셔야 합니다. 가입 대상 서비스에 속한 의사, 의료 그룹, 독립 의료기관 협회 또는 클리닉로 전화하거나 또는 Health Net Life의 고객센터에 1-888-926-4988번으로 전화하여 필요한 건강 의료 서비스를 받을 수 있는지 여부를 확인하십시오.

비용 부담

보장은 디덕터블, 공동보험료, 코페이의 구속을 받습니다. 전체 세부 사항에 대해서는 해당 증서를 참조해 주십시오.

인증(서비스의 사전 승인)

일부 서비스는 사전 인증의 대상입니다. 증서에서 해당되는 서비스의 전체 목록을 참조해 주십시오.

예외규정 및 제한사항

다음은 일반적으로 보장되지 않는 서비스들의 부분 목록입니다. 플랜의 예외규정 및 제한사항에 관한 전체 세부내용은 해당 증서를 참조해 주십시오.

- 의학적으로 필요 없는 서비스 또는 물품.
- 보험 증서에서 명시된 최대 한도액을 초과하는 모든 비용.
- 보험 증서에서 명시된 것을 제외한 미용성형.

- 보험 증서에서 명시된 것을 제외한 치과 서비스.
- 약관절 장애(Temporomandibular Joint Disorders, TMJ) (의학적으로 필요한 외과 시술 제외).
- 그러한 시술들이 의학적으로 필요한 경우를 제외한 상악골 또는 하악골 뼈의 위치이상 또는 부적절한 발달을 교정하기 위한 목적의 수술 및 관련 서비스.
- 식품, 식이, 영양 보충제, 페닐케톤 요증(PKU)의 합병증을 방지하기 위한 처방 및 특수 식품 제외.
- 보험 증서에서 명시된 것을 제외한 안경을 대체하기 위한 특정 눈 수술을 포함한 19세 이상 성인에 대한 시력 의료.
- 보험 증서의 다른 어느곳에 구체적으로 명시된 것을 제외한 19세 이상 성인에 대한 안계측 서비스 또는 눈 운동.
- 보험 증서에서 명시된 것을 제외한 19세 이상 성인에 대한 안경 또는 콘택트 렌즈.
- 성전환
- 자발적으로 외과적으로 유도된 불임을 복원하기 위한 서비스.
- 여성을 임신시키기 위한 의도의 서비스 또는 용품은 보장되지 않습니다. 다음 서비스들과 품목들은 수정능력 보전 보장에서 제외됩니다. 생식세포 또는 배아 보관, 향후 임신하기 위한 냉동 생식세포 또는 배아의 사용, 사전 이식 유전자 진단, 기증자 난자, 정자, 또는 배아, 대리모.
- 특정 유전자 검사.
- 실험적 또는 연구적 서비스.

- 정기적인 신체검사. 예방 의료 서비스 제외(예: 보험, 면허, 고용, 학교 또는 캠프용 신체 검사). 보험 증서에서 구체적으로 명시된 것을 제외한 질환 또는 상해의 진단 또는 치료와 관련 없는 신체, 눈, 청각 검사.
- 외국 여행 또는 직업상 목적의 성인 또는 어린이에 대한 예방접종 또는 접종.
- 보장되는 질환 또는 상해와 관련 없는 서비스. 비보장 성형수술로 인해 발생한 합병증과 같은 비보장 서비스로 인해 발생한 합병증의 치료는 보장됩니다.
- 간병 또는 자가치료.
- 주로 외래환자 신분으로 안전하게 수행할 수 있는 진단 테스트에 대해 병원 입원 또는 기타 입원환자 치료 시설과 연계된 발생한 입원환자 병실 및 식사 비용.
- 병원 입원과 관련한 환경 변화, 물리 치료, 만성 통증 치료에 주로 지불되는 입원환자 병실 또는 숙식 비용.
- 어떻게 지정되든지 상관없이 합법적으로 운영되지 않는 병원, 호스피스 또는 Medicare가 승인한 전문 요양 시설, 혹은 노인들이 주로 거처하는 곳, 요양원 또는 모든 유사한 기관인 비자격 기관에 의해 제공된 모든 서비스 또는 용품. 이 예외규정은 중증 정신 질환, 중증 아동 정서 불안, 자폐증, 전반발달장애에 필요한 서비스에는 적용되지 않습니다.
- 병원(또는 기타 입원환자 시설)의 가장 일반적인 일반 병실 요금을 초과한 비용.
- 불임 치료 서비스.
- 개인 간호.
- 보험 증서에서 명시된 것을 제외한 일반의약품 (Over-The-Counter) 의료 용품.
- 개인 편의 물품.
- 보험자의 신체에 맞도록 맞춤형으로 제작되고 보험 증서에 명시되지 않는 경우를 제외한 보장구.
- 보험 증서에서 명시된 것을 제외한 교육 서비스 또는 영양 상담.
- 보청기
- 보험 증서에서 명시된 것을 제외한 비만 관련 서비스.
- 납입 또는 추가 보험료 없이 Medicare 혜택에 의해 받은 모든 서비스.
- 보험 보장의 효력 발생일 이전에 받은 서비스
- 보장 만료 이후에 받은 서비스.
- 정부 기관에 의해 운영되지 않는 자선 연구 병원에서 받은 서비스를 제외한 보험 보장이 없는 상태에서 보험자에게 무료로 이루어진 서비스.
- 의사 자가 치료.
- 보험자의 집에 거주하고 있는 사람 또는 혈연 또는 결혼에 의해 보험자와 혈연 관계에 있는 사람에 의해 행하여진 서비스.
- 가정 폭력으로 인해 발생한 부상 또는 의료 상태로 인한 부상이 아닌 보험자의 범법 행위 (또는 미수 행위)로 유발된 상태.
- 정부의 보유 기금이 있는 경우, 핵 에너지의 방출로 인해 유발된 상태.
- 지역, 주, 또는 연방 정부 기관에 의해 제공되거나 지불이 이루어진 서비스. 이 제한은 Medi-Cal, Medicaid 또는 Medicare에 적용되지 않습니다.
- 대리모가 Health Net Life의 보험 가입자인 경우, 대리모 임신이 보장되는 서비스. 하지만 대리 임신에 대해 보상이 이루어진 경우, 해당 플랜은 의료 비용을 회수하기 위해 그러한 보상에 대해 유치권을 설정합니다.
- 보험 증서에서 명시된 것을 제외한 모든 외래환자 환경에서 조제 또는 투약된 모든 외래환자 약, 의약품 또는 기타 물질.
- 응급진료를 제외한 외국에 있는 동안 구해진 서비스 및 용품.

- 응급진료 기준이 충족되지 않았던 경우의 가정 출산.
- 보험 보장이 없는 경우, 보장을 받는 사람이 해당 공급자에 지불할 법적 구속을 받지 않는 서비스에 대한 환급.
- 보장 비용을 초과한다고 Health Net Life가 판단한 보장 의료 서비스 및 치료에 대한 비네트워크 소속 공급자에 의해 부과된 금액.
- 의사에 의한 승인을 받은 여부에 상관 없이 다음 물품과 관련된 모든 비용: (a) 승강기 설치를 포함해 보험자의 신체 또는 의료 상태에 대한 편의 제공을 위한 해당 보험자 거주지의 변경, (b) 보장구, 깁스, 부목을 제외한 교정 기기, (c) 공기 청정기, 에어컨, 가습기, (d) 보험 증서에서 구체적으로 제공된 경우를 제외한 교육 서비스 또는 영양 상담.
- 보험 증서에서 열거된 당뇨병 용품을 제외한 가정 사용용 일회용 용품.

일부 서비스들은 서비스를 받기 전에 Health Net Life로부터 사전 인증을 받아야 합니다. 어떤 서비스와 시술에 사전 인증이 필요한가에 대한 자세한 내용은 귀하 보험 증서를 참조해 주십시오.

Health Net Life는 투석 서비스 또는 산과 의료에 있어 사전 인증을 요구하지 않습니다. 하지만 투석 서비스를 시작할 때 또는 첫 산전 진료 방문 시 고객센터 센터에 1-888-926-4988번으로 전화해 주십시오.

사전 인증은 자폐증에 대한 행동 건강 치료에 있어서도 필요하지 않습니다. 하지만 면허 소지 의사 또는 면허 소지 심리학자가 자폐증 진단을 확정했다는 문서를 Health Net Life에 제출해 주십시오. 또한 유자격 자폐증 서비스 공급자는 반드시 Health Net Life에 최초 치료 플랜을 제출해야 합니다. 자세한 설명은 보험 약관을 참조하십시오.

본 보험 증서의 갱신 가능성

보험 약관에 명시된 종료 조항에 따라 매달 보험료가 납부되고 Health Net Life에 접수되는 기간에 한해 보험 보장의 효력은 유지되게 됩니다.

보험료

당사는 귀하의 보험료를 조정 또는 변경할 수 있습니다. 당사가 귀하의 보험료 금액을 변경할 경우, 보험료 변경의 효력일 최소 60일 이전에 공지서를 우편으로 우송해 드릴 것입니다. 보험료는 귀하, 본인의 부양 배우자 또는 등록된 동거인의 연령에 따라 자동으로 조정됩니다. 보험료는 거주지 주소가 변경될 때에도 조정될 수 있습니다.

청구 대 보험료 비율

Health Net Life의 2015년 위험 보장 및 Individual & Family PPO and EPO 보험 플랜의 재보험료를 반영한 후 발생한 보험 청구액수 대 보험료 소득 비율은 152.3 퍼센트였습니다. 발생한 보험 청구액수 대 보험료 소득 계산은 저렴한 의료 개혁 법안(Affordable Care Act.) 하에서 정해진 의료 손실 비율 계산과 다릅니다.

Health Net는 적용 가능한 연방민권법을 준수하고 인종, 피부색, 출신국가, 나이, 장애, 또는 성별에 따라 차별하지 않습니다. Health Net는 인종, 피부색, 출신국가, 나이, 장애, 또는 성별에 따라 가입자를 제외시키거나 다르게 대우하지 않습니다.

Health Net는

- 유저격 수화 통역사, 다른 형식(대형 인쇄체, 이용 가능한 전자 형식, 기타 다른 형식)으로 된 서면 정보와 같이 장애를 앓고 있는 분들과 효과적으로 소통하기 위해 무료 보조 도구 및 서비스를 제공합니다.
- 유저격 통역사, 다른 언어로 작성된 정보와 같이 영어를 주 언어로 구사하지 않는 분에게 무료 언어 서비스를 제공합니다.

이러한 서비스들이 필요하시면 Health Net의 고객센터 센터에 **1-800-522-0088(TTY: 711)**번으로 연락해 주십시오.

Health Net가 이러한 서비스를 제공하지 않았거나 인종, 피부색, 나이, 장애, 또는 성별에 따른 다른 방법으로 차별하였다고 생각하시면 위의 번호로 전화하여 고충처리를 제기하는데 도움이 필요하시다고 말하며 고충처리를 제기하실 수 있습니다. Health Net의 고객센터 센터는 귀하에게 도움을 제공해 드릴 수 있습니다. 또한 다음 방식으로도 고충처리를 제기하실 수 있습니다. 우편:

Health Net Life Insurance Company, PO Box 10348, Van Nuys, California 91410-0348, 팩스: 1-877-831-6019, 또는 온라인: healthnet.com.

미 보건복지부, 민권사무국에 민권 관련 불만을 민권사무국 불만 포털을 통해 전자적(<https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>)

또는 아래로 우편 혹은 전화로 제기하실 수도 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).

불만 서식은 <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>에서 받아보실 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 գանգահարեք մեզ ձեր ID քարտի վրա նշված հեռախոսահամարով կամ գանգահարեք 1-800-522-0088 (TTY: 711) հեռախոսահամարով: Եթե ապահովագրում եք գնել Կալիֆորնիայի շուկայական հրապարակի միջոցով, գանգահարեք 1-888-926-4988 (TTY: 711) հեռախոսահամարով: Լրացուցիչ օգնության համար, եթե անդամագրված եք Health Net Life Insurance Company-ի PPO կամ EPO ապահովագրությանը, գանգահարեք Կալիֆորնիայի Ապահովագրության բաժին՝ 1-800-927-4357 հեռախոսահամարով: Եթե անդամագրված եք Health Net of California, Inc.-ի HMO կամ HSP ծրագրին, գանգահարեք DMHC օգնության զիծ՝ 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

សេវាភាសាដោយឥតគិតថ្លៃ។ 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'dólzinígíí 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 jinízingo: 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 Individual & Family Plans
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 (만다린어)
1-800-331-1777 (스페인어)
1-877-891-9051 (타갈로그어)
1-877-339-8621 (베트남어)

청각, 언어 장애인을 위한 지원

TTY 사용자는 711로 전화해 주십시오.

www.healthnet.com