

Resumen del Plan **Bronze 60 PPO 6300/75 + Cobertura Dental Pediátrica**

El objetivo de esta matriz es que se la use como ayuda para comparar sus beneficios de cobertura; pero es sólo un resumen. Para obtener una descripción detallada de los beneficios y las limitaciones de la cobertura, se debe consultar el **Certificado de Seguro** (por sus siglas en inglés, COI).

Para encontrar qué proveedores están disponibles en la red de proveedores PPO, use *Búsqueda de Proveedores* en www.healthnet.com. A menos que se indique lo contrario, se aplica el deducible.

Descripción del beneficio	Responsabilidad del/de los afiliado/s	
	Dentro de la red ^{1,2}	Fuera de la red ^{1,3}
Máximo ilimitado de por vida.	✓	✓
Máximos del plan		
Deducible por año calendario (individual/familiar) ⁴	\$6,300 / \$12,600	\$12,600 / \$25,200
Desembolso máximo (individual/familiar) ⁵	\$7,550 / \$15,100	\$15,100 / \$30,200
Servicios profesionales		
Visita al consultorio ⁶	Consultas 1 a 3: \$75 (sin ded.) / Consulta 4 en adelante: \$75 ⁷	50%
Consulta con un especialista	Consultas 1 a 3: \$105 (sin ded.) / Consulta 4 en adelante: \$105 ⁷	50%
Servicios de telesalud a través de Teladoc ⁸	\$0 (sin ded.)	Sin cobertura
Terapia de rehabilitación y habilitación	\$75 (sin ded.)	Sin cobertura
Procedimientos de Laboratorio/Rayos X	100% ⁹ / \$40 (sin ded.)	100% ⁹ / 50%
Servicios de radiología compleja (imágenes por resonancia magnética [MRI], tomografías [CT], tomografías por emisión de positrones [PET])	100% ⁹	100% ⁹
Servicios para pacientes ambulatorios		
Cirugía para pacientes ambulatorios (sólo cargos del centro quirúrgico ambulatorio/hospital)	100% ⁹	100% ⁹
Servicios hospitalarios		
Hospital para pacientes internados	100% ⁹	100% ⁹
Centro de enfermería especializada	100% ⁹	100% ⁹
Servicios de emergencia		
Sala de emergencias (sin copago si es admitido)	100% ⁹	100% ⁹
Atención de urgencia	Consultas 1 a 3: \$75 (sin ded.) / Consulta 4 en adelante: \$75 ⁷	50%
Servicios de salud mental/del comportamiento / para trastornos por abuso de sustancias ¹⁰		
Servicios de Salud mental/del comportamiento / para Trastornos por abuso de sustancias (pacientes hospitalizados)	100% ⁹	100% ⁹
Servicios de Salud mental/del comportamiento / para Trastornos por abuso de sustancias (visita al consultorio para pacientes ambulatorios)	\$0 (sin ded.)	50%
Otros servicios		
Equipo médico duradero	100% ⁹	Sin cobertura
Acupuntura (medicamento necesaria) ¹¹	Consultas 1 a 3: \$75 (sin ded.) / Consulta 4 en adelante: \$75 ⁷	Sin cobertura
Cobertura para medicamentos que requieren receta médica ^{12,13}		
Deducible por medicamentos de marca por año calendario (individual/familiar)	\$500 / \$1,000 Ded. de farmacia para todos los medicamentos	Sin cobertura
Medicamentos que requieren receta médica del Nivel 1/Nivel 2/ Nivel 3 (suministro para un período de hasta 30 días surtido a través de una farmacia participante) ¹⁴	100% (el afiliado es responsable del costo contratado total) (tope de \$500)	Sin cobertura
Medicamentos del Nivel 4 ¹⁵	100% (el afiliado es responsable del costo contratado total) (tope de \$500)	Sin cobertura

Descripción del beneficio	Responsabilidad del/de los afiliado/s	
	Dentro de la red ^{1,2}	Fuera de la red ^{1,3}
Cobertura dental pediátrica¹⁶		
Servicios preventivos y de diagnóstico	\$0	10%
Cobertura de la vista pediátrica¹⁷		
Examen de la vista de rutina	\$0	Sin cobertura
Anteojos (se aplican limitaciones)	\$0	Sin cobertura

¹Determinados servicios requieren la certificación previa de Health Net. Sin certificación previa, se aplica un cargo adicional de \$250. Si desea conocer los detalles, consulte el COI.

²La persona asegurada paga la tasa negociada, que es la tasa que los proveedores participantes o preferidos han acordado aceptar para brindar un servicio cubierto.

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

⁴Cualquier cantidad que se aplique para alcanzar el deducible por año calendario (si corresponde) por servicios y suministros cubiertos recibidos de parte de un proveedor dentro de la red no se aplicará al deducible por año calendario para proveedores fuera de la red. Además, cualquier cantidad que se aplique para alcanzar el deducible por año calendario por servicios y suministros cubiertos recibidos de parte de un proveedor fuera de la red no se aplicará al deducible por año calendario para proveedores dentro de la red. A menos que se especifique lo contrario, el deducible se aplica a todos los servicios.

⁵Los copagos o el coseguro pagados por servicios dentro de la red no se aplicarán al desembolso máximo para proveedores fuera de la red, y el coseguro pagado por servicios fuera de la red no se aplicará al desembolso máximo para proveedores preferidos.

⁶Los 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 fueron adoptadas por el Director de los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (por sus siglas en inglés, CDC); la atención preventiva y los exámenes de detección para la mujer que se establecen en las pautas integrales respaldadas por la Administración de Recursos y Servicios 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 aplicable para atención preventiva se aplicará a estos servicios.

⁷Consultas 1 a 3 (combinadas entre visitas al consultorio, consultas de atención de urgencia, consultas prenatales y postnatales): No se aplica el deducible por año calendario. Consulta 4 en adelante (sin límite): Se aplica el deducible por año calendario.

⁸Health Net tiene un contrato con Teladoc para brindar servicios de telesalud para problemas médicos, trastornos mentales y afecciones de dependencia de sustancias químicas. Los servicios de Teladoc no tienen el objetivo de reemplazar los servicios de su médico, sino que constituyen un servicio suplementario. Los servicios de telesalud que no son proporcionados por Teladoc no están cubiertos. Los servicios de consulta de Teladoc no cubren: servicios de especialistas, ni recetas para sustancias controladas por la DEA, medicamentos no terapéuticos u otros medicamentos determinados que pueden ser perjudiciales debido a la posibilidad de abuso.

⁹Después de que se haya alcanzado el deducible médico, el afiliado es responsable del 100% de los cargos elegibles hasta que se cumpla el límite de desembolso máximo.

¹⁰Los beneficios son administrados por MHN Services, una compañía afiliada de servicios administrativos de salud del comportamiento, que proporciona servicios del comportamiento.

¹¹El cuidado de acupuntura está asegurado por Health Net Life Insurance Company para los planes PPO.

¹²Los tres niveles de medicamentos que requieren receta médica son: Nivel 1 – La mayoría de los medicamentos genéricos y de marca preferidos de bajo costo. Nivel 2 – Medicamentos genéricos no preferidos; medicamentos de marca preferidos; o medicamentos recomendados por el Comité de Farmacia y Terapéutica (por sus siglas en inglés, P&T) del plan según la seguridad, la eficacia y el costo del medicamento. Nivel 3 – Medicamentos de marca no preferidos; medicamentos recomendados por el Comité de P&T según la seguridad, la eficacia y el costo del medicamento; o medicamentos que por lo general tienen una alternativa terapéutica preferida y habitualmente menos costosa en un nivel más bajo. La Lista de Medicamentos que Requieren Receta Médica Esenciales es una lista de medicamentos que requieren receta médica cubiertos por este plan. Algunos medicamentos requieren la autorización previa de Health Net. Si desea obtener una copia de la Lista de Medicamentos Esenciales con Receta, visite el sitio Web de Health Net. Consulte el COI para obtener información completa sobre los medicamentos que requieren receta médica. Los planes cubrirán la mayoría de los anticonceptivos femeninos que requieren receta médica a un costo compartido de \$0. Es posible que la cobertura de algunos medicamentos no siga el sistema de niveles de medicamentos genéricos y de marca. Consulte su COI y la Lista de Medicamentos Esenciales con Receta de Health Net para obtener información sobre la cobertura, los costos compartidos y los niveles. El COI es un documento legal y vinculante. Si la información que aparece en este folleto difiere de la información que aparece en el COI, regístrate en el COI. Los medicamentos que requieren receta médica surtidos a través de la compra por correo (suministro para un período de hasta 90 días) requieren un nivel de copago doble. Para obtener detalles con respecto a un medicamento específico, visite www.healthnet.com.

¹³Los medicamentos preventivos y los anticonceptivos para la mujer aprobados por la Administración de Medicamentos y Alimentos están cubiertos sin cargo para el afiliado. Los medicamentos preventivos son medicamentos de venta libre recetados o medicamentos que requieren receta médica que se utilizan a efectos de la salud preventiva de acuerdo con las recomendaciones de grado A y B del Grupo Especial de Servicios Preventivos de los EE. UU. Los anticonceptivos cubiertos son anticonceptivos para la mujer aprobados por la Administración de Medicamentos y Alimentos (por sus siglas en inglés, FDA) que se encuentran disponibles en forma de medicamentos de venta libre, o bien, que sólo están disponibles con una receta. Si se despacha un medicamento de marca, y un medicamento genérico equivalente se encuentra comercialmente disponible, usted deberá pagar la diferencia del costo entre el medicamento genérico y el medicamento de marca. No obstante, si un medicamento de marca es médicamente necesario y el médico obtiene la autorización previa de Health Net, entonces el medicamento de marca se despachará sin cargo. Los anticonceptivos vaginales, orales, transdérmicos y de emergencia están cubiertos conforme al beneficio de medicamentos que requieren receta médica. Los DIU, así como los anticonceptivos implantables e inyectables están cubiertos (cuando son administrados por un médico) conforme al beneficio médico.

¹⁴Después de que se haya alcanzado el deducible de farmacia, el afiliado será responsable del 100% del costo de todos los medicamentos del Nivel 1, 2, 3 y 4 hasta que se cumpla el límite de desembolso máximo. Los medicamentos del Nivel 1, 2, 3 y 4 tendrán un pago máximo después del deducible de \$500 por una receta individual de un suministro para un período de hasta 30 días. Los medicamentos que requieren receta médica del Nivel 3 tendrán un máximo de \$1,500 por una receta de un suministro para un período de 90 días a través de la compra por correo una vez alcanzado el deducible.

¹⁵Los medicamentos del Nivel 4 incluyen: Medicamentos para los cuales la FDA o el fabricante del medicamento limitan la distribución a farmacias especializadas; o cuya autoadministración requiere capacitación, control clínico; o que fueron fabricados mediante el uso de la biotecnología; o para los que el costo del plan (libre de reembolsos) es mayor de \$600. Los medicamentos especializados incluyen medicamentos de alto costo utilizados para tratar afecciones médicas complejas, incluyendo medicamentos auto inyectables distintos de la insulina. Los medicamentos especializados requieren autorización previa y deben surtirse en un proveedor de especialidades farmacéuticas contratado.

¹⁶Los planes dentales pediátricos PPO están asegurados por Health Net Life Insurance Company y son administrados por Dental Benefit Administrative Services (por sus siglas en inglés, DBP). DBP no está afiliada a Health Net. Consulte el *Certificado de Seguro* del plan para obtener detalles.

¹⁷Health 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.

Los planes de seguro Health Net PPO están asegurados por Health Net Life Insurance Company. Health Net Life Insurance Company es una subsidiaria de Health Net, Inc. Health Net es una marca de servicio registrada de Health Net, Inc. Todas las demás marcas comerciales/marcas de servicio identificadas continúan siendo propiedad de sus respectivas compañías. Todos los derechos reservados.

Aviso de No Discriminación

Health Net Life Insurance Company (Health Net) cumple con las leyes federales aplicables sobre derechos civiles y no discrimina, no excluye a las personas ni las trata de manera diferente por motivos de raza, color, nacionalidad, ascendencia, religión, estado civil, género, identidad sexual, orientación sexual, edad, discapacidad o sexo.

Health Net:

- Proporciona aparatos y servicios gratuitos a las personas con discapacidades para que se comuniquen eficazmente con nosotros, como intérpretes calificados de lenguaje de señas e información escrita en otros formatos (letra grande, formatos electrónicos accesibles, otros formatos).
- Proporciona servicios de idiomas gratuitos a las personas cuyo idioma principal no es el inglés, como intérpretes calificados e información escrita en otros idiomas.

Si necesita estos servicios, llame al Centro de Comunicación con el Cliente de Health Net al:

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

Si considera que Health Net no proporcionó estos servicios o ejerció algún otro tipo de discriminación en función de una de las características antes mencionadas, puede presentar una queja formal llamando al Centro de Comunicación con el Cliente de Health Net al número que se indica más arriba y diciéndoles que necesita ayuda para presentar una queja formal. El Centro de Comunicación con el Cliente de Health Net está disponible para ayudarle a presentar una queja formal. También puede presentar una queja formal por correo postal, fax o correo electrónico:

Health Net Life Insurance Company Appeals & Grievances

PO Box 10348

Van Nuys, CA 91410-0348

Fax: 1-877-831-6019

Correo electrónico: Member.Discrimination.Complaints@healthnet.com (Personas Cubiertas) o

Non-Member.Discrimination.Complaints@healthnet.com (Solicitantes)

Para presentar una queja, puede llamar al Departamento de Seguros de California al 1-800-927-4357 o visitar <https://www.insurance.ca.gov/01-consumers/101-help/index.cfm>.

Si considera que se le ha discriminado por cuestiones de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo, también puede presentar una queja sobre derechos civiles ante el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos, Oficina de Derechos Civiles (por sus siglas en inglés, OCR), de manera electrónica a través del Portal de Quejas de la OCR, disponible en <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, o bien, por correo postal o teléfono: 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).

Hay formularios de quejas 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, if you have an ID card, please call the Customer Contact Center number. Employer group applicants please call Health Net's Commercial Contact Center at 1-800-522-0088 (TTY: 711). Individual & Family Plan (IFP) applicants please call 1-877-609-8711 (TTY: 711).

Arabic

خدمات لغوية مجانية. يمكننا أن نوفر لك مترجم فوري. ويمكننا أن نقرأ لك الوثائق بلغتك. للحصول على المساعدة، يرجى الاتصال برقم مركز خدمة العملاء المبين على بطاقتك. فيما يتعلق بمقدمي طلبات مجموعة صاحب العمل، يرجى التواصل مع مركز الاتصال التجاري في Health Net عبر الرقم: 1-800-522-0088 (TTY: 711). فيما يتعلق بمقدمي طلبات خطة الأفراد والعائلة، يرجى الاتصال بالرقم 1-877-609-8711 (TTY: 711).

Armenian

Անվճար լեզվական ծառայություններ: Դուք կարող եք բանավոր թարգմանիչ ստանալ: Փաստաթղթերը կարող են կարդալ ձեր լեզվով: Եթե ID քարտ ունեք, օգնության համար խնդրում ենք զանգահարել Հաճախորդների սպասարկման կենտրոնի հեռախոսահամարով: Գործատուի խմբի դիմորդներին խնդրում ենք զանգահարել Health Net-ի Կոմերցիոն սպասարկման կենտրոն 1-800-522-0088 հեռախոսահամարով (TTY՝ 711): Individual & Family Plan (IFP) դիմորդներին խնդրում ենք զանգահարել 1-877-609-8711 հեռախոսահամարով (TTY՝ 711):

Chinese

免費語言服務。您可使用口譯員服務。您可請人將文件唸給您聽並請我們將某些文件翻譯成您的語言寄給您。如需協助且如果您有會員卡，請撥打客戶聯絡中心電話號碼。雇主團保計畫的申請人請撥打 1-800-522-0088（聽障專線：711）與 Health Net 私人保險聯絡中心聯絡。Individual & Family Plan (IFP) 的申請人請撥打 1-877-609-8711（聽障專線：711）。

Hindi

बिना शुल्क भाषा सेवारं। आप एक दुभाषिया प्राप्त कर सकते हैं। आप दस्तावेजों को अपनी भाषा में पढ़वा सकते हैं। मदद के लिए, यदि आपके पास आईडी कार्ड है तो कृपया ग्राहक संपर्क केंद्र के नंबर पर कॉल करें। नियोक्ता सामूहिक आवेदक कृपया हेल्थ नेट के कमर्शियल संपर्क केंद्र को 1-800-522-0088 (TTY: 711) पर कॉल करें। व्यक्तिगत और फैमिली प्लान (आईएफपी) आवेदक कृपया 1-877-609-8711 (TTY: 711) पर कॉल करें।

Hmong

Tsis Muaj Tus Nqi Pab Txhais Lus. Koj tuaj yeem tau txais ib tus kws pab txhais lus. Koj tuaj yeem muaj ib tus neeg nyeem cov ntaub ntauv rau koj ua koj hom lus hais. Txhawm rau pab cuam, yog tias koj muaj daim npav ID, thov hu rau Neeg Qhua Lub Chaw Tiv Toj tus npawb. Tus tswv ntiav neeg ua haujlwm pab pawg sau ntauv thov ua haujlwm thov hu rau Health Net Qhov Chaw Tiv Toj Kev Lag Luam ntawm 1-800-522-0088 (TTY: 711). Tus Neeg thiab Tsev Neeg Qhov Kev Npaj (IFP) cov neeg thov ua haujlwm thov hu rau 1-877-609-8711 (TTY: 711).

Japanese

無料の言語サービスを提供しております。通訳者もご利用いただけます。日本語で文書をお読みすることも可能です。ヘルプについては、IDカードをお持ちの場合は顧客連絡センターまでお電話ください。雇用主を通じた団体保険の申込者の方は、Health Netの顧客連絡センター（1-800-522-0088、TTY: 711）までお電話ください。個人・家族向けプラン（IFP）の申込者の方は、1-877-609-8711（TTY: 711）までお電話ください。

Khmer

សេវាភាសាដោយឥតគិតថ្លៃ។ លោកអ្នកអាចទទួលបានអ្នកបកប្រែផ្ទាល់មាត់។ លោកអ្នកអាចស្តាប់គេអានឯកសារឱ្យ
លោកអ្នកជាភាសារបស់លោកអ្នក។ សម្រាប់ជំនួយ ប្រសិនបើលោកអ្នកមានបំណុលសម្គាល់ខ្លួន សូមហៅទូរស័ព្ទទៅកាន់
លេខរបស់មជ្ឈមណ្ឌលទំនាក់ទំនងអតិថិជន។ អ្នកដាក់ពាក្យសុំគម្រោងជាក្រុមដែលជាបុគ្គលិក សូមហៅទូរស័ព្ទទៅ
កាន់មជ្ឈមណ្ឌលទំនាក់ទំនងរបស់ Health Net តាមរយៈលេខ 1-800-522-0088 (TTY: 711)។ អ្នកដាក់ពាក្យសុំ
គម្រោងជាលក្ខណៈបុគ្គល និងក្រុមគ្រួសារ (IFP) សូមហៅទូរស័ព្ទទៅកាន់លេខ 1-877-609-8711 (TTY: 711)។

Korean

무료 언어 서비스입니다. 통역 서비스를 받으실 수 있습니다. 문서 낭독 서비스를 받으실 수 있으며
일부 서비스는 귀하가 구사하는 언어로 제공됩니다. 도움이 필요하시면 ID 카드에 수록된 번호로
고객서비스 센터에 연락하십시오. 고용주 그룹 신청인의 경우 Health Net의 상업 고객서비스 센터에
1-800-522-0088(TTY: 711)번으로 전화해 주십시오. 개인 및 가족 플랜(IFP) 신청인의 경우
1-877-609-8711(TTY: 711)번으로 전화해 주십시오.

Navajo

Doo bą́ąh ílínígóó saad bee háká ada'iiyeed. Ata' halne'ígíí da ła' ná hádíóót'ííł. Naaltsoos da t'áá
shí shizaad k'éhjí shichí' yídooltaah nínízingo t'áá ná ákódoolnííł. Ákót'éego shíká a'doowoł nínízingo
Customer Contact Center hoolyéhíjí' hodíílnih ninaaltsoos nanítingo bee néého'dolzinígíí hodoonihjí'
bikáá'. Naaltsoos nehiltsóosgo naanish bá dahikahígíí éí kojí' hodíílnih Health Net's Commercial
Contact Center 1-800-522-0088 (TTY: 711). T'áá hó dóó ha'áłchíní (IFP) báhígíí éí kojí' hojilnih
1-877-609-8711 (TTY: 711).

Persian (Farsi)

خدمات زبان بدون هزینه. می توانید یک مترجم شفاهی بگیرید. می توانید درخواست کنید اسناد به زبان شما برایتان خوانده شوند. برای
دریافت کمک، اگر کارت شناسایی دارید، لطفاً با شماره مرکز تماس مشتریان تماس بگیرید. متقاضیان گروه کارفرما لطفاً با مرکز تماس
تجاری Health Net به شماره 1-800-522-0088 (TTY:711) تماس بگیرید. متقاضیان طرح فردی و خانوادگی (IFP) *لطفاً با
شماره 1-877-609-8711 (TTY:711) تماس بگیرید.

Panjabi (Punjabi)

ਬਿਨਾਂ ਕਿਸੇ ਲਾਗਤ ਵਾਲੀਆਂ ਭਾਸ਼ਾ ਸੇਵਾਵਾਂ। ਤੁਸੀਂ ਇੱਕ ਦੁਆਰੀਏ ਦੀ ਸੇਵਾ ਹਾਸਲ ਕਰ ਸਕਦੇ ਹੋ। ਤੁਹਾਨੂੰ ਦਸਤਾਵੇਜ਼ ਤੁਹਾਡੀ ਭਾਸ਼ਾ
ਵਿੱਚ ਪੜ੍ਹ ਕੇ ਸੁਣਾਏ ਜਾ ਸਕਦੇ ਹਨ। ਮਦਦ ਲਈ, ਜੇ ਤੁਹਾਡੇ ਕੋਲ ਇੱਕ ਆਈਡੀ ਕਾਰਡ ਹੈ, ਤਾਂ ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ ਗਾਹਕ ਸੰਪਰਕ
ਕੇਂਦਰ ਨੰਬਰ ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ। ਮਾਲਕ ਦਾ ਗਰੁੱਪ ਬਿਨੈਕਾਰ, ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ ਹੈਲਥ ਨੈੱਟ ਦੇ ਵਪਾਰਕ ਸੰਪਰਕ ਕੇਂਦਰ ਨੂੰ
1-800-522-0088 (TTY: 711) 'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ। ਵਿਅਕਤੀਗਤ ਅਤੇ ਪਰਿਵਾਰਕ ਯੋਜਨਾ (IFP) ਬਿਨੈਕਾਰਾਂ ਨੂੰ ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ
1-877-609-8711 (TTY: 711) 'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ।

Russian

Бесплатная помощь переводчиков. Вы можете получить помощь переводчика. Вам могут прочитать
документы на Вашем родном языке. Если Вам нужна помощь и у Вас при себе есть карточка
участника плана, звоните по телефону Центра помощи клиентам. Участники коллективных планов,
предоставляемых работодателем: звоните в коммерческий центр помощи Health Net по телефону
1-800-522-0088 (TTY: 711). Участники планов для частных лиц и семей (IFP): звоните по телефону
1-877-609-8711 (TTY: 711).

Spanish

Servicios de idiomas sin costo. Puede solicitar un intérprete, obtener el servicio de lectura de documentos y recibir algunos en su idioma. Para obtener ayuda, si tiene una tarjeta de identificación, llame al número del Centro de Comunicación con el Cliente. Los solicitantes del grupo del empleador deben llamar al Centro de Comunicación Comercial de Health Net, al 1-800-522-0088 (TTY: 711). Los solicitantes de planes individuales y familiares deben llamar al 1-877-609-8711 (TTY: 711).

Tagalog

Walang Bayad na Mga Serbisyo sa Wika. Makakakuha kayo ng interpreter. Makakakuha kayo ng mga dokumento na babasahin sa inyo sa inyong wika. Para sa tulong, kung mayroon kayong ID card, mangyaring tumawag sa numero ng Customer Contact Center. Para sa mga grupo ng mga aplikante ng tagapag-empleyo, mangyaring tumawag sa Commercial Contact Center ng Health Net sa 1-800-522-0088 (TTY: 711). Para sa mga aplikante ng Planong Pang-individuwal at Pampamilya (Individual & Family Plan, IFP), mangyaring tumawag sa 1-877-609-8711 (TTY: 711).

Thai

ไม่มีค่าบริการด้านภาษา คุณสามารถใช้สามได้ คุณสามารถให้อ่านเอกสารให้ฟังเป็นภาษาของคุณได้ หากต้องการความช่วยเหลือ และคุณมีบัตรประจำตัว โปรดโทรหมายเลขศูนย์ลูกค้าสัมพันธ์ ผู้สมัครกลุ่มนายจ้าง โปรดโทรหาศูนย์ลูกค้าสัมพันธ์เชิงพาณิชย์ของ Health Net ที่หมายเลข 1-800-522-0088 (โทรมด TTY: 711) ผู้สมัครแผนบุคคลและครอบครัว (Individual & Family Plan: IFP) โปรดโทร 1-877-609-8711 (โทรมด TTY: 711)

Vietnamese

Các Dịch Vụ Ngôn Ngữ Miễn Phí. Quý vị có thể có một phiên dịch viên. Quý vị có thể yêu cầu được đọc cho nghe tài liệu bằng ngôn ngữ của quý vị. Để được giúp đỡ, nếu quý vị có thẻ ID, vui lòng gọi đến số điện thoại của Trung Tâm Liên Lạc Khách Hàng. Những người nộp đơn xin bảo hiểm nhóm qua hãng sở vui lòng gọi Trung Tâm Liên Lạc Thương Mại của Health Net theo số 1-800-522-0088 (TTY: 711). Người nộp đơn thuộc Chương Trình Cá Nhân & Gia Đình (IFP), vui lòng gọi số 1-877-609-8711 (TTY: 711).

CA Commercial On and Off-Exchange Member Notice of Language Assistance

FLY017550EH00 (12/17)