

## Resumen del Plan

# WholeCare HMO

## Gold \$35

El objetivo de esta matriz es que se 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 la *Evidencia de Cobertura* (por sus siglas en inglés, EOC).

Para encontrar qué proveedores están disponibles en la red de proveedores WholeCare HMO, use *Búsqueda de Proveedores* en [www.healthnet.com](http://www.healthnet.com).

Descripción del beneficio	Gold \$35
<b>Máximo ilimitado de por vida</b>	✓
<b>Máximos del plan</b>	
Deducible por año calendario (individual/familiar)	N/A
Desembolso máximo (individual/familiar)	\$6,000 / \$12,000
<b>Servicios profesionales<sup>1</sup></b>	
Visita al consultorio	\$35
Consulta con un especialista	\$55
Terapia de rehabilitación y habilitación	\$35
MinuteClinic <sup>2</sup>	\$30
Procedimientos de Laboratorio/Rayos X	\$50 / \$40
<b>Servicios de radiología compleja</b> (imágenes por resonancia magnética [MRI], tomografías [CT], tomografías por emisión de positrones [PET])	\$300
<b>Servicios para pacientes ambulatorios</b>	
Cirugía para pacientes ambulatorios (sólo cargos del centro quirúrgico ambulatorio/hospital)	\$480 / \$1,200
<b>Servicios hospitalarios</b>	
Hospital para pacientes internados	\$750 por día (copago máx. de 3 días por cada admisión)
Centro de enfermería especializada	\$25 por día
<b>Servicios de emergencia</b>	
Sala de emergencias (sin copago si es admitido)	\$300
Atención de urgencia	\$55
<b>Servicios de salud mental/del comportamiento / para trastornos por abuso de sustancias<sup>3</sup></b>	
Servicios de salud mental/del comportamiento / para trastornos por abuso de sustancias (pacientes hospitalizados)	\$750 por día (copago máx. de 3 días por cada admisión)
Servicios de salud mental/del comportamiento / para trastornos por abuso de sustancias (visita al consultorio para pacientes ambulatorios)	\$35
<b>Otros servicios</b>	
Equipo médico duradero	30%
Acupuntura (medicamento necesaria) <sup>4</sup>	\$10
<b>Cobertura para medicamentos que requieren receta médica<sup>5,6</sup></b>	
Deducible por medicamentos de marca por año calendario (individual/familiar)	\$0
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) <sup>5</sup>	\$15 / \$50 / \$70
Medicamentos del Nivel 4 <sup>7</sup>	30%
<b>Cobertura dental pediátrica<sup>8</sup></b>	
Servicios preventivos y de diagnóstico	\$0
<b>Cobertura de la vista pediátrica<sup>9</sup></b>	
Examen de la vista de rutina	\$0
Anteojos (se aplican limitaciones)	\$0

<sup>1</sup>Los servicios de atención preventiva están cubiertos para niños y adultos, según las indicaciones de su médico, de acuerdo con las pautas establecidas por las recomendaciones de Grado A y B del Grupo Especial de Servicios Preventivos de los EE. UU.; las recomendaciones del Comité Asesor sobre Prácticas de Vacunación (por sus siglas en inglés, ACIP) que fueron adoptadas por los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (por sus siglas en inglés, CDC), y las pautas para bebés, niños, adolescentes y el cuidado de la salud preventivo de la mujer respaldadas por la Administración de Recursos y Servicios de Salud (por sus siglas en inglés, HRSA). Los servicios de atención preventiva incluyen, pero no se limitan a, evaluaciones periódicas de salud, vacunas, procedimientos de diagnóstico preventivos, como servicios de atención preventiva para el embarazo, y exámenes preventivos de la vista y la audición, prueba de detección del virus del papiloma humano (por sus siglas en inglés, HPV) aprobada por la Administración federal de Medicamentos y Alimentos (por sus siglas en inglés, FDA) y la opción de una prueba de detección de cáncer de cuello uterino aprobada por la FDA. Se cubrirá un extractor de leche materna y los suministros necesarios para su uso en cada embarazo sin costo para la afiliada. Determinaremos el tipo de equipo, si se deberá alquilar o comprar y el proveedor que lo proporciona.

<sup>2</sup>No hay MinuteClinics disponibles en todos los condados de California. Para obtener las ubicaciones más actualizadas, consulte [www.minuteclinic.com](http://www.minuteclinic.com).

<sup>3</sup>Los beneficios son administrados por MHN Services, una compañía afiliada de servicios administrativos de salud del comportamiento, que proporciona servicios de salud del comportamiento.

<sup>4</sup>El cuidado de acupuntura es administrado por American Specialty Health Plans of California, Inc., una subsidiaria de American Specialty Health Incorporated (ASH).

<sup>5</sup>Los 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.

<sup>6</sup>Los 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 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 medicamento 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.

<sup>7</sup>Los medicamentos del Nivel 4 incluyen: Medicamentos para los cuales la Administración de Medicamentos y Alimentos (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 auto inyectables (distintos de la insulina) se consideran medicamentos especializados. Los medicamentos especializados requieren autorización previa y deben surtirse en un proveedor de especialidades farmacéuticas contratado. Los medicamentos del Nivel 4 tendrán un copago y coseguro máximo de \$250 por una receta individual de un suministro para un período de hasta 30 días.

<sup>8</sup>Los planes dentales pediátricos son ofrecidos y administrados por Dental Benefit Providers of California, Inc. (DBP). DBP no está afiliada a Health Net. Se cubren beneficios dentales pediátricos adicionales. Consulte la EOC del plan para obtener detalles.

<sup>9</sup>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.

# *Nondiscrimination* Notice

In addition to the State of California nondiscrimination requirements (as described in benefit coverage documents), Health Net of California, Inc. (Health Net) complies with applicable federal civil rights laws and does not discriminate, exclude people or treat them differently on the basis of race, color, national origin, ancestry, religion, marital status, gender, gender identity, sexual orientation, age, disability, or sex.

**Health Net:**

- Provides free aids and services to people with disabilities to communicate effectively with us, such as qualified sign language interpreters and written information in other formats (large print, accessible electronic formats, other formats).
- Provides free language services to people whose primary language is not English, such as qualified interpreters and information written in other languages.

If you need these services, contact Health Net's Customer Contact Center at:

**Group Employer Applicants** 1-800-522-0088 (TTY: 711)

**Individual & Family Plan (IFP) Off-Exchange** 1-877-609-8711 (TTY: 711)

If you believe that Health Net has failed to provide these services or discriminated in another way, you can file a grievance by calling the number above and telling them you need help filing a grievance; Health Net's Customer Contact Center is available to help you. You can also file a grievance by mail, fax or online at:

Health Net of California, Inc.

PO Box 10348

Van Nuys, CA 91410-0348

Fax: 1-877-831-6019

Online: [healthnet.com](http://healthnet.com) (Group) or [myhealthnetca.com](http://myhealthnetca.com) (IFP)

*(continúa)*

If you are not satisfied with Health Net's decision or it has been more than 30 days since you filed the complaint, you may submit a complaint form to the Department of Managed Health Care (DMHC). The form is available at [www.dmhc.ca.gov/FileaComplaint](http://www.dmhc.ca.gov/FileaComplaint). You can also file a civil rights complaint with the U.S. Department of Health and Human Services, Office for Civil Rights, electronically through the Office for Civil Rights Complaint Portal, available at <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, or by mail or phone at: U.S. Department of Health and Human Services, 200 Independence Avenue SW, Room 509E, HHH Building, Washington, DC 20201, 1-800-368-1019 (TDD: 1-800-537-7697) if there is a concern of discrimination based on race, color, national origin, age, disability, or sex.

Complaint forms are available at <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**

សេវាកាសាដោយឥតគិតថ្លៃ។ លោកអ្នកអាចទទួលបានអ្នកបកប្រែផ្ទាល់មាត់។ លោកអ្នកអាចស្តាប់គេអានឯកសារឱ្យ  
លោកអ្នកជាភាសារបស់លោកអ្នក។ សម្រាប់ជំនួយ ប្រសិនបើលោកអ្នកមានប័ណ្ណសម្គាល់ខ្លួន 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 bą́ą́h ílínígóó saad bee háká ada'iiyeed. Ata' halne'ígíí da ła' ná hádíóót'íjį́. Naaltsos da t'áá  
shí shizaad k'éhjí shichí' yídooltaah nínízingo t'áá ná ákódooníí. Ákót'éego shíká a'doowoł nínízingo  
Customer Contact Center hoolyéhíjį́' hodíílnih ninaaltsos nanítingo bee néého'dolzinígíí hodoonihjį́'  
bikáá'. Naaltsos nehiltsóosgo naanish bá dahikahígíí éí kojį́' hodíílnih Health Net's Commercial  
Contact Center 1-800-522-0088 (TTY: 711). T'áá hó dóó ha'á'chíní (IFP) báhígíí éí kojį́' 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 ਦੁਭਾਸ਼ੀਏ 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 прочесть  
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 คุณสามารถใช้ล่ามได้ คุณสามารถให้อ่านเอกสารให้ฟังเป็นภาษาของคุณได้ หากต้องการความช่วยเหลือ และคุณมีบัตรประจำตัว โปรดโทรหมายเลขศูนย์ลูกค้าสัมพันธ์ ผู้สมัครกลุ่มนายจ้าง โปรดโทรหาศูนย์ลูกค้าสัมพันธ์เชิงพาณิชย์ของ Health Net ที่หมายเลข 1-800-522-0088 (โหมด TTY: 711) ผู้สมัครแผนบุคคลและครอบครัว (Individual & Family Plan: IFP) โปรดโทร 1-877-609-8711 (โหมด 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)