

# Dental PPO<sup>1</sup>

DPPO Classic 5 1500

## Características clave de Dental PPO

- Una amplia red de proveedores dentales de PPO, que se extiende a nivel nacional y por todo el estado, puede encontrarse en línea en [www.healthnet.com](http://www.healthnet.com) o llamando al 1-866-249-2382.
- Los servicios de endodoncia, periodoncia y cirugía oral están cubiertos conforme a Servicios generales.
- No hay período de espera para ningún servicio cubierto.
- Las embarazadas son elegibles para recibir servicios adicionales durante su segundo y tercer trimestre, si simplemente solicitan a sus dentistas que registren el embarazo, la fecha de parto y el nombre del médico a cargo o del obstetra en el formulario de reclamos dentales (consulte Atención dental prenatal).

Andre Hamil  
Health Net

Descripción del beneficio	Beneficios del plan <sup>2</sup>	
	Dentro de la red	Fuera de la red <sup>3</sup>
Máximo por año calendario	\$1,500	
Deducible	\$50 individual / \$150 familiar	\$75 individual / \$225 familiar
<b>Servicios preventivos</b> (examen bucal inicial/de rutina, limpieza dental y eliminación del sarro de rutina, tratamiento con fluoruro, sellador [niños menores de 16 años], separadores, rayos X como parte de un examen general, examen de emergencia)	100%, sin deducible	
<b>Atención dental prenatal</b> Si es médicamente necesario, las mujeres que se encuentran en su segundo y tercer trimestre de embarazo son elegibles para recibir los servicios adicionales de profilaxis, limpieza profunda, desbridamiento y mantenimiento periodontal (los gastos cubiertos no se aplican al máximo por año calendario)	100%, sin deducible	
<b>Servicios generales</b> (empastes, anestesia general, cirugía oral, periodoncia, endodoncia)	80% después del deducible	80% después del deducible
<b>Servicios principales</b> (coronas, puentes fijos y extraíbles, dentaduras postizas completas y parciales)	50% después del deducible	50% después del deducible
Ortodoncia (niños y adultos) <sup>4</sup>	50% después del deducible/\$1,500 de máximo de por vida	

<sup>1</sup>Los planes Health Net Dental PPO están asegurados por Unimerica Life Insurance Company. Las obligaciones de Unimerica Life Insurance Company no son las obligaciones de Health Net, Inc., ni de sus compañías afiliadas, ni están garantizadas por ellas.

<sup>2</sup>Este es sólo un resumen de los beneficios. Consulte el Certificado de Cobertura si desea conocer los términos y condiciones de la cobertura, incluyendo los servicios que están limitados o excluidos de la cobertura.

<sup>3</sup>Los beneficios fuera de la red se reembolsan de acuerdo con las cantidades Habituales, Acostumbradas y Razonables (por sus siglas en inglés, UCR) según lo determinado por Fair Health, Inc.

<sup>4</sup>Usted recibe la cantidad total del máximo de por vida para ortodoncia, aun cuando haya comenzado el tratamiento conforme al plan dental PPO de otra compañía de seguros.

## Limitaciones

### General

**Evaluación bucal periódica** Limitada a 2 veces cada 12 meses consecutivos.

**Serie completa o radiografías panorex** Limitadas a 1 vez cada 36 meses consecutivos. Se hará una excepción a este límite para las radiografías panorex que se tomen para el diagnóstico de terceros molares, quistes o neoplasmas.

**Radiografías de aleta de mordida (Bitewing)** Limitadas a 1 serie de películas por año calendario.

**Radiografías extrabucales** Limitadas a 2 películas por año calendario.

**Profilaxis dental** Limitada a 2 veces cada 12 meses consecutivos.

**Tratamientos con fluoruro** Limitados a las personas cubiertas menores de 16 años y limitados a 2 veces cada 12 meses consecutivos.

**Separadores** Limitados a las personas cubiertas menores de 16 años y limitados a 1 cada 60 meses consecutivos. El beneficio incluye todos los ajustes realizados dentro de los 6 meses de la colocación.

**Selladores** Limitados a las personas cubiertas menores de 16 años y a una vez por cada primer o segundo molar permanente cada 36 meses consecutivos.

**Restauraciones** Las restauraciones múltiples en una única superficie se tratarán como un solo empaste.

**Retención del perno** Limitada a 2 pernos por diente; sin cobertura como complemento de la restauración del molde.

**Incrustaciones y recubrimientos** Limitados a 1 vez por diente cada 60 meses consecutivos. Cubiertas sólo cuando el diente no se puede restaurar con un empaste.

**Coronas** Limitadas a 1 vez por diente cada 60 meses consecutivos. Cubiertas sólo cuando el diente no se puede restaurar con un empaste.

**Espiga y muñones** Cubiertos sólo para los dientes que han tenido un tratamiento de conducto.

**Empastes sedantes** Cubiertos como un beneficio aparte sólo si no se realizó ningún otro servicio, que no sean rayos X y examen, en el mismo diente durante la consulta.

**Eliminación del sarro y alisamiento radicular** Limitados a 1 vez por cuadrante cada 24 meses consecutivos.

**Mantenimiento periodontal** Limitado a 2 veces cada 12 meses consecutivos después de una terapia periodontal activa y complementaria, sin incluir desbridamiento importante.

**Dentaduras postizas completas** Limitadas a 1 vez cada 60 meses consecutivos. Sin asignaciones adicionales para aditamentos de precisión o semiprecisión.

**Dentaduras postizas parciales** Limitadas a 1 vez cada 60 meses consecutivos. Sin asignaciones adicionales para aditamentos de precisión o semiprecisión.

**Nueva realización del borde y rebasado de dentaduras postizas** Limitados a la nueva realización del borde/al rebasado que se realiza más de 6 meses después de la inserción inicial. Limitados a 1 vez cada 12 meses consecutivos.

**Reparaciones de dentaduras postizas completas, dentaduras postizas parciales, puentes** Limitadas a las reparaciones o los ajustes que se realizan más de 12 meses después de la inserción inicial. Limitadas a 1 cada 6 meses consecutivos.

**Tratamiento paliativo** Cubierto como un beneficio aparte sólo si no se realizó ningún otro servicio, que no sean el examen y las radiografías, en el mismo diente durante la consulta.

**Protectores oclusales** Limitados a 1 protector cada 36 meses consecutivos y sólo si se recetan para controlar la abrasión dental habitual.

**Desbridamiento de boca completa** Limitado a 1 vez cada 36 meses consecutivos.

**Anestesia general** Cubierta sólo cuando es clínicamente necesaria.

**Injertos óseos** Limitados a 1 por cuadrante o lugar cada 36 meses consecutivos.

**Cirugía periodontal** Las cirugías periodontales de tejido duro y tejido blando se limitan a 1 por cuadrante o sitio cada 36 meses consecutivos por cada zona quirúrgica.

**Reemplazo de dentaduras postizas completas, dentaduras postizas parciales fijas o extraíbles, coronas, incrustaciones o recubrimientos** El reemplazo de dentaduras postizas completas, dentaduras postizas parciales fijas o extraíbles, coronas, incrustaciones o recubrimientos, que se haya presentado previamente para el pago conforme al plan, se limita a 1 vez cada 60 meses consecutivos a partir de la colocación inicial o suplementaria. Esto incluye retenedores, aparatos de hábitos y cualquier aparato de ortodoncia interceptiva que sea fijo o extraíble.

### Exclusiones generales

No está cubierto lo siguiente:

1. Servicios dentales que no son necesarios.
2. Cargos de hospitalización u otros cargos del centro.
3. Cualquier procedimiento dental realizado únicamente con fines cosméticos/estéticos. (Los procedimientos cosméticos son aquellos que mejoran la apariencia física).
4. Cirugía reconstructiva independientemente de si la cirugía está relacionada con una enfermedad, lesión o anomalía congénita dental, en la que el objetivo principal es mejorar el funcionamiento fisiológico de la parte del cuerpo afectada.
5. Cualquier procedimiento dental que no esté directamente relacionado con una enfermedad dental.
6. Cualquier procedimiento no realizado en un centro dental.
7. Procedimientos que se consideran experimentales, de investigación o no probados. Esto incluye los regímenes farmacológicos no aceptados por el Consejo de Terapéutica Dental de la American Dental Association (Asociación Dental Americana, ADA). El hecho de que un servicio, tratamiento, dispositivo o régimen farmacológico experimental, de investigación o no probado sea el único tratamiento disponible para una afección en particular no posibilitará la cobertura si el procedimiento se considera experimental, de investigación o no probado en el tratamiento de esa afección en particular.
8. Servicios para lesiones o afecciones cubiertas por leyes de indemnización por accidentes y enfermedades laborales o leyes de responsabilidad del empleador, y servicios que son proporcionados sin costo para la persona cubierta por un municipio, condado u otra subdivisión política. Esta exclusión no se aplica a ningún servicio cubierto por Medicaid o Medicare.
9. Gastos por procedimientos dentales que comenzaron antes de que la persona cubierta se convierta en afiliado conforme a la póliza.
10. Servicios dentales cubiertos de otro modo conforme a la póliza, pero prestados después de la fecha de terminación de la cobertura individual conforme a la póliza, incluyendo servicios dentales para afecciones dentales que hayan surgido antes de la fecha de terminación de la cobertura individual conforme a la póliza.
11. Servicios prestados por un proveedor con el mismo domicilio legal que una persona cubierta o que sea familiar de una persona cubierta, incluyendo cónyuge, hermano/a, padre, madre o hijo/a.
12. Los servicios recibidos en el extranjero no están cubiertos a menos que se requieran en una emergencia.
13. Reemplazo de dentaduras postizas completas, dentaduras postizas parciales fijas y extraíbles, o coronas si el daño o la rotura están relacionados directamente con un error del proveedor. Este tipo de reemplazo es responsabilidad del dentista. Si el reemplazo es necesario debido a la falta de cumplimiento del paciente, el paciente es responsable del costo del reemplazo.
14. Procedimientos de restauración de prostodoncia fija o extraíble para la rehabilitación o reconstrucción bucal completa.
15. Aditamentos de prótesis convencionales extraíbles o puentes fijos. Incluyen aditamentos de precisión o semiprecisión relacionados con dentaduras postizas parciales, soportes de puentes o coronas, dentaduras postizas sobrepuestas completas o parciales, cualquier aditamento interno relacionado con una prótesis implantada, y cualquier procedimiento de endodoncia electiva relacionado con un diente o raíz que forme parte de la construcción de una prótesis de esta naturaleza.
16. Procedimientos relacionados con la reconstrucción de la dimensión vertical de oclusión (VDO, por sus siglas en inglés) correcta de un paciente.
17. Colocación de dentaduras postizas parciales fijas, únicamente con el objetivo de lograr la estabilidad periodontal.
18. Tratamiento de neoplasmas, quistes u otras patologías de naturaleza benigna que incluyan lesiones benignas, excepto la extracción por medios quirúrgicos. Tratamiento de neoplasmas malignos o anomalías congénitas del tejido duro o blando, incluyendo la extirpación.
19. Reducción de fracturas óseas faciales y cualquier tratamiento relacionado con la dislocación de tejidos duros del esqueleto facial.
20. Servicios relacionados con la articulación temporomandibular (por sus siglas en inglés, TMJ), tanto bilaterales como unilaterales. Cirugía de la mandíbula superior e inferior (incluyendo la cirugía relacionada con la articulación temporomandibular). No se proporciona cobertura para alineación de la mandíbula mediante cirugía ortognática ni para el tratamiento de la articulación temporomandibular.
21. Acupuntura, acupresión y otras formas de tratamiento alternativo, ya sea que se utilicen o no como anestesia.
22. Medicinas/medicamentos que se obtienen con o sin receta médica, a menos que sean despachados y utilizados durante la visita del paciente al consultorio dental.
23. Cargos por no asistir a una cita programada sin avisar al consultorio dental con 24 horas de anticipación.
24. Protectores oclusales utilizados como artículos de seguridad o para modificar el rendimiento, principalmente en actividades relacionadas con los deportes.
25. Servicios dentales recibidos como resultado de una enfermedad o lesión producto de una guerra o un acto de guerra, declarado o no declarado, o que sea causada durante el servicio en las fuerzas armadas de cualquier país.
26. La cobertura de ortodoncia no incluye la colocación de un separador, ningún tratamiento relacionado con el tratamiento de la articulación temporomandibular, ningún procedimiento quirúrgico para corregir una oclusión dental defectuosa, el reemplazo de retenedores rotos o extraviados y/o aparatos de hábitos, ni ningún aparato interceptivo de ortodoncia que sea fijo o extraíble, presentados previamente para el pago conforme al plan.

# *Aviso de* No Discriminación

Health Net Life Insurance Company (Health Net) cumple con las leyes federales aplicables sobre derechos civiles y no discrimina por cuestiones de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad ni sexo. Health Net no excluye a las personas ni las trata de manera diferente por motivos de raza, color, nacionalidad, 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:

**Del Intercambio/Covered California** 1-888-926-4988 (TTY: 711)

**Fuera del Intercambio** 1-800-522-0088 (TTY: 711)

Si considera que Health Net no proporcionó estos servicios o ejerció algún otro tipo de discriminación por cuestiones de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo, puede presentar una queja formal llamando 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. También puede presentar una queja formal por correo, fax o en línea:

Health Net Life Insurance Company

PO Box 10348

Van Nuys, CA 91410-0348

Fax: 1-877-831-6019

Sitio Web: [healthnet.com](http://healthnet.com)

También puede presentar una queja sobre derechos civiles ante el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos, Oficina de Derechos Civiles, de manera electrónica a través del Portal de Quejas de la Oficina de Derechos Civiles 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, call us at the number listed on your ID card or call 1-800-522-0088 (TTY: 711).

If you bought coverage through the California marketplace call 1-888-926-4988 (TTY: 711). For more help:

If you are enrolled in a PPO or EPO insurance policy from Health Net Life Insurance Company, call the CA Dept. of Insurance at 1-800-927-4357. If you are enrolled in an HMO or HSP plan from Health Net of California, Inc., call the DMHC Helpline at 1-888-HMO-2219.

## Arabic

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

## Armenian

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

## Chinese

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

## Hindi

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

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

**Korean**

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

**Navajo**

Saad Bee Áká E'eyeed T'áá Jíík'e. Ata' halne'ígíí hóló. T'áá hó hazaad k'ehjí naaltsoos hach'í' wóltah. Shíká a'doowoł nínízingo naaltsoos bee néiho'dólzínígíí bikáa'gi béésh bee hane'í bikáá' áají' hodíílnih éí doodaii' 1-800-522-0088 (TTY: 711). California marketplace hoolyéhíjí béeso ách'áá' naaniilí ats'íis baa áháyá' biniiyé nahínílnii'go éí kojí' hólne' 1-888-926-4988 (TTY: 711). Shíká anáa'doowoł jinízingo: PPO éí doodaii' EPOqjí Health Net Life Insurance Company wolyéhíjí béeso ách'áá' 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'áá' 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 ਕਵਰੇਜ 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 โทรหาเราตาม หมายเลขที่ให้ไว้บนบัตรประจำตัวของคุณ 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 โทรหากรมการประกันภัยรัฐ แคลิฟอร์เนียได้ที่ 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.