



**Este es solo un resumen.** Si desea más información sobre la cobertura y los precios, puede obtener los documentos del plan o los términos completos de la póliza en [www.healthnet.com](http://www.healthnet.com) o llamando al 1-800-522-0088. The English version of the SBC is the official version and this translated foreign language version is for informational purposes only. La versión en inglés del SBC es la oficial. La siguiente versión traducida en el idioma extranjero tiene fines informativos únicamente.

Preguntas importantes	Respuestas	¿Por qué es importante?
¿Cuál es el <b>deducible</b> general?	\$0	Consulte el cuadro que comienza en la página 2 para obtener los costos de los servicios que cubre este plan.
¿Hay otros <b>deducibles</b> para servicios específicos?	No.	Usted no tiene que pagar <b>deducibles</b> para servicios específicos, pero debe consultar el cuadro que comienza en la página 2 para obtener los precios de otros servicios cubiertos por el plan.
¿Hay un <b>límite de gastos del bolsillo</b> ?	Sí. \$1,000 por miembro; \$2,000 por dos personas; \$3,000 por familia, por año calendario.	El <b>límite de gastos del bolsillo</b> es la cantidad máxima que usted pagará como su parte del costo por los servicios cubiertos durante el período de cobertura (en general, un año). Este límite le permite planificar sus gastos médicos.
¿Cuáles son los gastos que no cuentan para el <b>límite de gastos del bolsillo</b> ?	Primas y atención médica que el plan no cubre.	Si bien usted paga estos costos, estos no se tendrán en cuenta para el <b>límite de gastos del bolsillo</b> .
¿Hay un límite anual general para lo que paga el plan?	No.	El cuadro que comienza en la página 2 describe los límites de cobertura del plan para servicios cubiertos <i>específicos</i> , como los límites al número de visitas médicas.
¿Tiene este plan una <b>red de proveedores</b> ?	Sí. Para obtener una lista de <b>proveedores preferidos</b> , consulte <a href="http://www.healthnet.com/uc">www.healthnet.com/uc</a> o llame al 1-800-539-4072.	Si usted se atiende con médicos u otros <b>proveedores</b> médicos de la red, el plan pagará algunos o todos los servicios cubiertos. Tenga en cuenta que su médico u hospital de la red podrían usar algún <b>proveedor</b> que no pertenezca a la red para algunos servicios. Los planes usan términos como perteneciente a la red, <b>preferido</b> o participante, para referirse a los <b>proveedores</b> de la <b>red</b> del plan. Consulte el cuadro que comienza en la página 2 para averiguar cómo este plan les paga a sus distintos <b>proveedores</b> .
¿Necesito un referido para ver a un <b>especialista</b> ?	Sí. Requiere autorización previa por escrito.	Este plan pagará algunos o todos los costos de los servicios cubiertos de un <b>especialista</b> , solamente si usted tiene la autorización del plan para consultar al <b>especialista</b> .
¿Hay servicios que este plan no cubre?	Sí.	Algunos servicios que este plan no cubre se mencionan en la página 5. Para averiguar cuáles son los <b>servicios excluidos</b> , vea los documentos del plan o la póliza.

**Preguntas:** Llame al número que aparece en su tarjeta de identificación de Health Net (miembros actuales) o al 1-800-539-4072, o visite [www.healthnet.com/uc](http://www.healthnet.com/uc). Si no entiende alguno de los términos en negrita que se usan en este formulario, consulte el Glosario. Puede verlo en <http://ccio.cms.gov> o llamar al 1-800-539-4072 o al número que aparece en su tarjeta de identificación de Health Net para solicitar una copia.



- **Copago** es una cantidad fija (por ejemplo, \$15) que usted paga por los servicios médicos cubiertos, generalmente en el momento de recibirlos.
- **Coseguro** es la parte que le corresponde pagar a *usted* por un servicio cubierto, que es un porcentaje de la **cantidad aprobada** para dicho servicio. Por ejemplo, si la **cantidad aprobada** por el plan para pasar la noche en el hospital es \$1,000, su **coseguro** será el 20% de esa cantidad, o sea, \$200. Esta cantidad puede cambiar si usted aún no ha pagado el **deducible**.
- El pago del plan por los servicios cubiertos está basado en la **cantidad aprobada**. Si un **proveedor** fuera de la red (que no pertenece a la red del plan) le cobra más de la **cantidad aprobada**, usted tendrá que pagar la diferencia. Por ejemplo, si en un hospital que no pertenece a la red le cobran por pasar la noche internado \$1,500 y la **cantidad aprobada** es \$1,000, usted tendrá que pagar la diferencia de \$500. (Esto se llama **saldo de facturación**).
- El plan puede animarlo a que use **proveedores participantes** cobrándole **deducibles, copagos y coseguros** más bajos.

Eventos médicos comunes	Los servicios que podría necesitar	Su costo si usa un proveedor dentro de la red	Su costo si usa un proveedor fuera de la red	Limitaciones y excepciones
Si se atiende en la clínica o consultorio del <b>proveedor</b> médico	Visita a su médico principal para tratar una herida o enfermedad	\$20/visita	Sin cobertura	—————Ninguna—————
	Visita a un especialista	\$20/visita	Sin cobertura	Requiere autorización previa.
	Visita al consultorio de otro profesional	Sin cobertura	Sin cobertura	Consulte la página 5 para saber la cobertura que brinda American Specialty Health (ASH).
	Atención preventiva, exámenes, vacunas	Sin cargo	Sin cobertura	—————Ninguna—————
Si tiene que hacerse un examen	Pruebas de diagnóstico (radiografías, análisis de sangre)	Sin cargo	Sin cobertura	Requiere referido.
	Diagnóstico por imágenes (CT, PET, MRI)	Sin cargo	Sin cobertura	Requiere autorización previa.

**Preguntas:** Llame al número que aparece en su tarjeta de identificación de Health Net (miembros actuales) o al 1-800-539-4072, o visite [www.healthnet.com/uc](http://www.healthnet.com/uc). Si no entiende alguno de los términos en negrita que se usan en este formulario, consulte el Glosario. Puede verlo en <http://ccio.cms.gov> o llamar al 1-800-539-4072 o al número que aparece en su tarjeta de identificación de Health Net para solicitar una copia.

Eventos médicos comunes	Los servicios que podría necesitar	Su costo si usa un proveedor dentro de la red	Su costo si usa un proveedor fuera de la red	Limitaciones y excepciones
<b>Si necesita un medicamento para tratar su enfermedad o afección</b> Para más información sobre la <b>cobertura de recetados</b> visite <a href="http://www.healthnet.com">www.healthnet.com</a> .	Medicamentos genéricos preferidos	\$5/orden minorista; \$10/orden por correo	Sin cobertura	Suministro/orden: hasta 30 días (minorista); 35-90 días (por correo), salvo si corresponden límites de cantidad. Se requiere autorización previa para algunos medicamentos. Puede usar algunas farmacias UC o CVS para obtener medicamentos de mantenimiento de hasta 90 días de suministro. Si usted compra un medicamento de marca que tiene un equivalente genérico, usted paga la diferencia de costo entre el medicamento de marca y el genérico más el copago o coseguro por el genérico.
	Medicamentos de marca preferidos	\$25/orden minorista; \$50/orden por correo	Sin cobertura	
	Medicamentos genéricos y de marca no preferidos	\$40/orden minorista; \$80/orden por correo	Sin cobertura	
	Medicamentos especializados	Medicamentos autoinyectables: \$20/orden Consulte la <i>Lista de Medicamentos Recomendados</i> sobre otros medicamentos considerados como especializados.	Sin cobertura	
<b>Si le hacen una cirugía ambulatoria</b>	Arancel del centro (por ejemplo, centro de cirugía ambulatoria)	\$100/procedimiento	Sin cobertura	Requiere autorización previa.
	Arancel del médico/cirujano	Sin cargo	Sin cobertura	—————Ninguna—————
<b>Si necesita atención médica inmediata</b>	Servicios de la sala de emergencias	\$75/visita	\$75/visita	Sin copago en caso de internación.
	Traslado médico de emergencia	Sin cargo	Sin cargo	—————Ninguna—————
	Cuidado urgente	\$20/visita	\$20/visita	Sin copago en caso de internación.
<b>Si lo admiten en el hospital</b>	Arancel del hospital (por ejemplo, habitación)	\$250/internación	Sin cobertura	Requiere autorización previa.
	Arancel del médico/cirujano	Sin cargo	Sin cobertura	—————Ninguna—————
<b>Si tiene problemas de salud mental, de conducta o de abuso de sustancias</b>	Servicios ambulatorios de salud mental y de la conducta	Las primeras tres visitas: copago de \$0 A partir de la cuarta visita: \$20 de copago/visita	Solo cobertura en casos de emergencia al nivel dentro de la red	Los servicios que no son de rutina requieren autorización previa. Sin copago para paciente ambulatorio intensivo y hospitalización parcial.

**Preguntas:** Llame al número que aparece en su tarjeta de identificación de Health Net (miembros actuales) o al 1-800-539-4072, o visite [www.healthnet.com/uc](http://www.healthnet.com/uc). Si no entiende alguno de los términos en negrita que se usan en este formulario, consulte el Glosario. Puede verlo en <http://ccio.cms.gov> o llamar al 1-800-539-4072 o al número que aparece en su tarjeta de identificación de Health Net para solicitar una copia.

Eventos médicos comunes	Los servicios que podría necesitar	Su costo si usa un proveedor dentro de la red	Su costo si usa un proveedor fuera de la red	Limitaciones y excepciones
	Servicios de salud mental y de la conducta para pacientes internados	Copago de \$250/admisión	Solo cobertura en casos de emergencia dentro de la red	—————Ninguna—————
	Servicios ambulatorios para el problema de abuso de sustancias	Visitas 1 a 3: copago de \$0 A partir de la visita 4: \$20 de copago/visita	Solo cobertura en casos de emergencia dentro de la red	Los servicios que no son de rutina requieren autorización previa. Sin copago para paciente ambulatorio intensivo y hospitalización parcial.
	Servicios de internación para el problema de abuso de sustancias	Copago de \$250/admisión	Solo cobertura en casos de emergencia dentro de la red	—————Ninguna—————
<b>Si está embarazada</b>	Cuidados prenatales y posparto	Sin cargo	Sin cobertura	—————Ninguna—————
	Parto y todos los servicios de internación	\$250/internación	Sin cobertura	Requiere autorización previa.
<b>Si necesita servicios de recuperación u otras necesidades especiales</b>	Cuidado de la salud en el hogar	Sin cargo	Sin cobertura	Requiere autorización previa.
	Servicios de rehabilitación	\$20/visita	Sin cobertura	Requiere autorización previa.
	Servicios de recuperación de las habilidades	Sin cobertura	Sin cobertura	—————Ninguna—————
	Cuidado de enfermería especializado	Sin cargo	Sin cobertura	Limitado a 100 días por año calendario. Requiere autorización previa.
	Equipo médico duradero	Sin cargo	Sin cobertura	Requiere autorización previa.
	Servicio de hospicio	Sin cargo	Sin cobertura	Requiere autorización previa.
<b>Si su hijo necesita atención dental o de la vista</b>	Examen de la vista	\$20/visita	Sin cobertura	Sin cargo si el examen se realiza durante una evaluación periódica de salud preventiva.
	Anteojos	Sin cobertura	Sin cobertura	—————Ninguna—————
	Consulta dental	Sin cobertura	Sin cobertura	—————Ninguna—————

**Preguntas:** Llame al número que aparece en su tarjeta de identificación de Health Net (miembros actuales) o al 1-800-539-4072, o visite [www.healthnet.com/uc](http://www.healthnet.com/uc). Si no entiende alguno de los términos en negrita que se usan en este formulario, consulte el Glosario. Puede verlo en <http://cciio.cms.gov> o llamar al 1-800-539-4072 o al número que aparece en su tarjeta de identificación de Health Net para solicitar una copia.

## Servicios excluidos y otros servicios cubiertos:

**Los servicios que su plan NO cubre.** (Esta es una lista parcial. Consulte su póliza o los documentos del plan para averiguar cuáles son los otros servicios excluidos).

- Cirugía cosmética.
- Atención dental (niños y adultos).
- Anteojos.
- Servicios de recuperación de las habilidades.
- Cuidado a largo plazo.
- Atención que no es de emergencia cuando viaja fuera de los EE. UU.
- Enfermería privada.
- Cuidado de los pies de rutina.
- Programas para bajar de peso.

**Otros servicios cubiertos.** (Esta es una lista parcial. Consulte su póliza o los documentos del plan para otros servicios cubiertos y sus precios).

- Acupuntura: su grupo compró un anexo de beneficio de acupuntura. Cuando consulta a un profesional de la red de American Specialty Health Plan, la acupuntura está cubierta con un copago de \$20/visita, hasta 24 visitas por año calendario, combinados con cuidado quiropráctico. Puede autorreferirse para la visita inicial; las visitas siguientes requieren autorización previa.
- Atención de quiropráctico: su grupo compró un anexo de beneficio de quiropráctico. Cuando consulta a un profesional de la red de American Specialty Health Plan, la atención de quiropráctico está cubierta con un copago de \$20/visita, hasta 24 visitas por año calendario, combinado con acupuntura. Puede autorreferirse para la visita inicial; las visitas siguientes requieren autorización previa.
- Cirugía bariátrica.
- Servicios para tratar la infertilidad.
- Atención de la vista de rutina (adultos).
- Audífonos (limitado a 2 dispositivos cada 36 meses con un beneficio máximo de \$2,000).

**Preguntas:** Llame al número que aparece en su tarjeta de identificación de Health Net (miembros actuales) o al 1-800-539-4072, o visite [www.healthnet.com/uc](http://www.healthnet.com/uc). Si no entiende alguno de los términos en negrita que se usan en este formulario, consulte el Glosario. Puede verlo en <http://ccio.cms.gov> o llamar al 1-800-539-4072 o al número que aparece en su tarjeta de identificación de Health Net para solicitar una copia.

## Su derecho a continuar con la cobertura:

Si pierde la cobertura que brinda este plan, y según sus circunstancias, las leyes federales y estatales pueden protegerlo y permitirle mantener su cobertura médica. La duración de dicho derecho puede ser limitada y se le exigirá que pague una **prima**, que puede ser bastante más alta que la prima que paga mientras está cubierto por el plan. Su derecho a continuar con la cobertura también puede limitarse de otras maneras.

Para obtener más información sobre sus derechos a continuar con la cobertura, comuníquese con el plan al 1-800-539-4072. También puede comunicarse con el Departamento de Seguros de su estado, con la Administración para la Seguridad de los Beneficios del Trabajador del Departamento de Trabajo de los EE. UU., al 1-866-444-3272, o en [www.dol.gov/ebsa](http://www.dol.gov/ebsa), o con el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU., al 1-877-267-2323 (extensión 61565), o en [www.cciio.cms.gov](http://www.cciio.cms.gov).

## Su derecho a presentar una queja o una apelación:

Si tiene una queja o no está conforme con una denegación de cobertura de su plan, puede **apelar** la decisión o presentar una **queja**. Si tiene preguntas sobre sus derechos, este aviso o necesita ayuda, comuníquese con el Centro de Contacto con el Cliente de Health Net, al 1-800-539-4072; envíe un formulario de queja a través de [www.healthnet.com](http://www.healthnet.com); o presente una queja por escrito a Health Net Appeals and Grievance Department, P.O. Box 10348, Van Nuys, CA 91410-0348. Si tiene una queja contra Health Net, también puede comunicarse con el Departamento de Atención Médica Administrada de California, al 1-800-HMO-2219 o en [www.hmohelp.ca.gov](http://www.hmohelp.ca.gov). Si desea obtener información sobre la cobertura médica de grupo sujeta a ERISA, comuníquese con la Administración para la Seguridad de los Beneficios del Trabajador del Departamento de Trabajo de los EE. UU., al 1-866-444-EBSA (3272), o en [www.dol.gov/ebsa/healthreform](http://www.dol.gov/ebsa/healthreform).

## ¿Esta cobertura ofrece una cobertura mínima esencial?

La Ley de Cuidado de Salud Asequible requiere que la mayoría de las personas tenga una cobertura médica que se define como “cobertura mínima esencial”. **Este plan o póliza proporciona una cobertura mínima esencial.**

## ¿Esta cobertura cumple con la norma de valor mínimo?

La Ley de Cuidado de Salud Asequible establece una norma de valor mínimo de los beneficios de un plan de salud. La norma de valor mínimo es del 60% (valor actuarial). **Esta cobertura médica cumple con la norma de valor mínimo para los beneficios que ofrece.**

## Servicios de acceso en idiomas:

Español: Para obtener asistencia en español, llame al 1-800-539-4072.

Tagalo: Kung kailangan ninyo ang tulong sa Tagalog tumawag sa 1-800-539-4072.

Chino (中文): 如果需要中文的帮助, 请拨打这个号码 1-800-539-4072.

Navajo (Dine): Dinek'ehgo shika at'ohwol ninisingo, kwiiijigo holne' 1-800-539-4072.

—————*Para ver ejemplos sobre cómo este plan paga los servicios en una situación médica específica, consulte la página siguiente.*—————

**Preguntas:** Llame al número que aparece en su tarjeta de identificación de Health Net (miembros actuales) o al **1-800-539-4072**, o visite [www.healthnet.com/uc](http://www.healthnet.com/uc). Si no entiende alguno de los términos en negrita que se usan en este formulario, consulte el Glosario. Puede verlo en <http://cciio.cms.gov> o llamar al **1-800-539-4072** o al número que aparece en su tarjeta de identificación de Health Net para solicitar una copia.



## Sobre los ejemplos de cobertura:

Estos ejemplos le muestran cómo cubriría el plan la atención médica en una situación específica. Úselos para tener una idea de cuánta cobertura económica podría obtener el paciente del ejemplo de los distintos planes.



### Esta no es una herramienta de cálculo de costos

No use estos ejemplos para calcular los costos reales de su plan. La atención que usted reciba y los precios pueden ser distintos a los mencionados en los ejemplos.

Para información importante sobre estos ejemplos, consulte la página siguiente.

### Nacimiento (parto normal)

- **El proveedor cobra:** \$7,540
- **El plan paga:** \$7,040
- **El paciente paga:** \$500

#### Ejemplos de los costos:

El costo del hospital (madre)	\$2,700
Atención de rutina del obstetra	\$2,100
El costo del hospital (bebé)	\$900
Anestesia	\$900
Análisis de laboratorio	\$500
Medicamentos recetados	\$200
Radiología	\$200
Vacunas y otros servicios preventivos	\$40
<b>Total</b>	<b>\$7,540</b>

#### El paciente paga:

Deducibles	\$0
Copagos	\$300
Coseguro	\$0
Límites o exclusiones	\$200
<b>Total</b>	<b>\$500</b>

### Control de la diabetes tipo 2 (control rutinario de la enfermedad bien controlada)

- **El proveedor cobra:** \$5,400
- **El plan paga:** \$4,800
- **El paciente paga:** \$600

#### Ejemplos de los costos:

Medicamentos recetados	\$2,900
Equipo médico e insumos	\$1,300
Visitas al consultorio y procedimientos médicos	\$700
Educación sobre el cuidado	\$300
Análisis de laboratorio	\$100
Vacunas y otros servicios preventivos	\$100
<b>Total</b>	<b>\$5,400</b>

#### El paciente paga:

Deducibles	\$0
Copagos	\$500
Coseguro	\$0
Límites o exclusiones	\$100
<b>Total</b>	<b>\$600</b>

## Preguntas y respuestas sobre los ejemplos mencionados:

### ¿Qué conceptos se presuponen de estos ejemplos?

- Los costos no incluyen las **primas**.
- Los ejemplos de costos están basados en los promedios nacionales provenientes del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU., que no son específicos para una zona geográfica o un plan de salud.
- La afección del paciente no era una enfermedad excluida ni preexistente.
- Todos los servicios y tratamientos empezaron y terminaron en el mismo período de cobertura.
- No hay otros gastos médicos para ningún miembro cubierto por este plan.
- Los gastos del bolsillo están basados solamente en el tratamiento del problema mencionado en el ejemplo.
- El paciente recibió toda la atención de **proveedores** de la red del plan. Si el paciente hubiese recibido la atención de **proveedores** fuera de la red, los costos hubieran sido más altos.

### ¿Qué muestra el ejemplo?

En cada ejemplo usted verá cómo suman los **deducibles**, **copagos** y **coseguros**. También le ayudan a ver cuáles son los gastos que tendrá que pagar usted porque el servicio o el tratamiento no están cubiertos o porque el pago es limitado.

### ¿Contempla el ejemplo mis propias necesidades de atención?

- ✗ **No**. Los tratamientos que mencionamos son solo ejemplos. La atención que usted podría recibir para esta afección tal vez sea distinta, según cuál sea el consejo de su médico, su edad, la gravedad de su caso y otros factores.

### ¿Puede el ejemplo predecir mis gastos futuros?

- ✗ **No**. Los ejemplos de cobertura **no** son herramientas de cálculo de costos. Usted no puede usar el ejemplo para estimar el costo del cuidado de su afección. El ejemplo es únicamente para fines comparativos. Sus costos reales dependerán de los servicios que reciba, del precio del **proveedor** y del reembolso que autorice su plan de salud.

### ¿Puedo usar los ejemplos para comparar los planes?

- ✓ **Sí**. Cuando usted se fija en el Resumen de Beneficios y Cobertura de otros planes, encontrará los mismos ejemplos de cobertura. Cuando compare los planes, fíjese en el casillero titulado “El paciente paga” de cada ejemplo. Cuanto más bajo el número, mayor será la cobertura ofrecida por el plan.

### ¿Debo tener en cuenta otros costos al comparar los planes?

- ✓ **Sí**. Un gasto importante es lo que paga de **prima**. Por lo general, cuanto más baja sea la **prima**, mayores serán los gastos del bolsillo, como los **copagos**, **deducibles** y **coseguros**. También debe tener en cuenta las contribuciones a cuentas tales como las Cuentas de Ahorros Médicos (HSA), las Cuentas de Gastos Flexibles (FSA) o las Cuentas de Reembolsos Médicos (HRA) que le ayudan con los gastos del bolsillo.



Health Net of California, Inc. (“Health Net”) complies with applicable federal civil rights laws and does not discriminate on the basis of race, color, national origin, age, disability, or sex. Health Net does not exclude people or treat them differently because of race, color, national origin, 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:

On Exchange/Covered California 1-888-926-4988 (TTY: 711)

Off Exchange 1-800-522-0088 (TTY: 711)

If you believe that Health Net has failed to provide these services or discriminated in another way on the basis of race, color, national origin, age, disability, or sex, 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.

P.O. Box 10348

Van Nuys, CA 91410-0348

Fax: 1-877-831-6019

Online: [healthnet.com](http://healthnet.com)

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 509F, HHH Building, Washington, DC 20201, 1-800-368-1019 (TDD: 1-800-537-7697).

Complaint forms are available at <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.

This notice is subject to regulatory approval

## 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 վիճոցով, 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'doowof nínízingo naaltsoos bee néiho'dólzíníí bikáa'gi béésh bee hane'í bikáa' áají' hodíílnih éí doodaii' 1-800-522-0088 (TTY: 711). California marketplace hoolyéhíjí béeso ách'áááh naanilí ats'íis baa áháyá biniyé nahínílnii'go éí kojí' hólne' 1-888-926-4988 (TTY: 711). Shíká anáa'doowof jinízingo: PPO éí doodaii' EPOqjí Health Net Life Insurance Company wolyéhíjí béeso ách'áááh naa'nil biniyé hwe'iina' bik'é'ésti'go éí CA Dept. of Insurance bich'í' hojilnih 1-800-927-4357. HMO éí doodaii' HSPqjí Health Net of California, Inc.qjí béeso ách'áááh naa'nil biniyé 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 ਦੁਭਾਸ਼ਿਤ 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 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.