

Resumen *de* Beneficios *para* 2017

Health Net Seniority Plus Amber II Premier (HMO SNP)

Condado de Fresno, CA

H3561-001



Health Net®
MEDICARE PROGRAMS

Los beneficios entran en vigencia a partir del 1.º de enero de 2017
Health Net Community Solutions, Inc.
H3561_2017_0300_SPN CMS Aceptado por 09112016

Este folleto le proporciona un resumen de lo que cubrimos y sus costos compartidos. No enumera cada servicio que cubrimos ni tampoco cada limitación o exclusión. Para obtener una lista completa de los servicios que cubrimos, llame al número que aparece en la última página y solicite la “Evidencia de Cobertura” (por sus siglas en inglés, EOC), o puede acceder a la Evidencia de Cobertura en nuestro sitio web <http://www.healthnet.com/medicare>.

Usted es elegible para inscribirse en Health Net Seniority Plus Amber II Premier (HMO SNP) en los siguientes casos:

- Si tiene derecho a Medicare Parte A y está inscrito en Medicare Parte B. Los afiliados deben seguir pagando la prima de Medicare Parte B si ésta no se paga de otra forma conforme a Medicaid o por un tercero.
- Si tiene residencia permanente en el área de servicio del plan (en otras palabras, su residencia permanente se encuentra dentro del condado del área de servicio de Health Net Seniority Plus Amber II Premier). Nuestra área de servicios incluye los siguientes condados de California: Condado de Fresno.
- Si no tiene enfermedad renal en etapa terminal (por sus siglas en inglés, ESRD). (Se pueden aplicar excepciones para las personas que desarrollen la enfermedad renal en etapa terminal [por sus siglas en inglés, ESRD] mientras estén inscritos en un plan de salud comercial o grupal de Health Net o en un plan de Medicaid).
- Para Health Net Seniority Plus Amber II Premier (HMO SNP), también debe estar inscrito en Medicaid de California (Medi-Cal). Las primas, los copagos, el coseguro y los deducibles pueden variar según su categoría de elegibilidad de Medicaid/Medi-Cal (Medicaid)/el nivel de “Ayuda Extra” que reciba. El estado de California paga la prima de la Parte B para las personas inscritas doblemente elegibles. Comuníquese con el plan para obtener más detalles.

El plan Health Net Seniority Plus Amber II Premier (HMO SNP) le brinda acceso a nuestra red de proveedores médicos altamente capacitados en su área. Puede esperar elegir un proveedor de atención primaria (por sus siglas en inglés, PCP) para que trabaje con usted y coordine su atención. Usted puede solicitar un Directorio de Proveedores actual o una lista actualizada de proveedores de la red, visite www.healthnet.com/medicareplans. (Tenga en cuenta que, excepto la atención de emergencia, la atención requerida de urgencia cuando se encuentra fuera de la red, los servicios de diálisis fuera del área y los casos en los que nuestro plan autorice el uso de proveedores fuera de la red, si obtiene atención médica de proveedores fuera del plan, ni Medicare ni Health Net serán responsables de los costos).

Puede ver nuestro directorio de proveedores del plan en nuestro sitio web (<http://www.healthnet.com/medicare>).

El plan (HMO SNP) de Health Net también incluye cobertura de la Parte D, que le brinda la comodidad de coordinar sus necesidades médicas y de medicamentos que requieren receta médica a través de una única fuente conveniente.

RESUMEN DE BENEFICIOS

1.º de enero de 2017 - 31 de diciembre de 2017

Primas y beneficios	Health Net Seniority Plus Amber II Premier (HMO SNP)	Lo que debe saber
Prima mensual del plan, incluye la prima de la Parte C y la Parte D	De \$0 a \$36.20, según el nivel de “Ayuda Extra” que usted reciba.	Usted debe continuar pagando la prima de Medicare Parte B.
Deducible	<p>Deducible de \$0 o de \$1,288 para los días 1 al 60 para la cobertura del hospital como paciente hospitalizado (que incluye hospitalizaciones de salud mental para pacientes hospitalizados) por período de beneficios, según el nivel de elegibilidad para Medi-Cal (Medicaid) que tenga.</p> <p>Este monto puede cambiar en 2017.</p>	<p>El deducible no se aplica a todos los servicios.</p> <p>Una vez que haya pagado su deducible, comenzaremos a pagar nuestra parte de los costos por los servicios médicos cubiertos y usted pagará su parte (la cantidad de su copago o coseguro) por el resto del período de beneficios.</p>
Responsabilidad de desembolso máximo (no incluye medicamentos que requieren receta médica)	\$5,000 por año	Esto es el máximo que paga por los copagos, los coseguros y otros costos por servicios médicos en el año.
Cobertura de atención hospitalaria para pacientes internados	<p>En 2016, las cantidades para cada período de beneficios fueron de \$0 o:</p> <ul style="list-style-type: none"> •deducible de \$1,288 para los días 1 a 60 •copago de \$322 por día para los días 61 a 90 •copago de \$644 por día para 60 días de reserva de por vida <p>Estas cantidades pueden cambiar en 2017.</p>	<p>Se aplica un deducible.</p> <p>Nuestro plan cubre 90 días por período de beneficios para una hospitalización como paciente hospitalizado.</p>

Primas y beneficios	Health Net Seniority Plus Amber II Premier (HMO SNP)	Lo que debe saber
Cobertura de atención hospitalaria para pacientes internados		Es posible que algunos servicios necesiten una autorización previa (aprobación por adelantado) para obtener la cobertura, excepto en una emergencia.
Consultas con el médico.	<ul style="list-style-type: none"> • Atención primaria: Coseguro del 0 % o del 20 % por cada consulta • Especialista: Coseguro del 0 % o del 20 % por cada consulta 	Es posible que algunos servicios de especialista necesiten una autorización previa (aprobación por adelantado) para obtener la cobertura, excepto en una emergencia.
Atención Preventiva	Copago de \$0	<p>Para todos los servicios preventivos que tienen cobertura sin costo en virtud de Medicare Original, también cubrimos el servicio sin costo para usted.</p> <p>Es posible que se apliquen costos compartidos cuando otros servicios se reciben además de los servicios preventivos.</p> <p>Es posible que algunos servicios necesiten una autorización previa (aprobación por adelantado) para obtener la cobertura, excepto en una emergencia.</p>

Primas y beneficios	Health Net Seniority Plus Amber II Premier (HMO SNP)	Lo que debe saber
Atención de Emergencia	Coseguro del 0 % o del 20 % (hasta \$75) por cada consulta	Si usted es admitido al hospital inmediatamente, no tiene que pagar su parte del costo por atención de emergencia.
Servicios Requeridos de Urgencia	Coseguro del 0 % o del 20 % (hasta \$65) por cada consulta	Si usted es admitido en el hospital inmediatamente, no tiene que pagar su parte del costo por servicios requeridos de urgencia.
Servicios de diagnóstico/pruebas de laboratorio/diagnóstico por imágenes	<ul style="list-style-type: none"> • Servicio de radiología diagnóstica (p. ej.: imágenes por resonancia magnética (por sus siglas en inglés, MRI), angiografía por resonancia magnética (por sus siglas en inglés, MRA), tomografía (por sus siglas en inglés, CT), tomografía por emisión de positrones (por sus siglas en inglés, PET)): Coseguro del 0 % o del 20 % • Servicios de Laboratorio: Copago de \$0 • Pruebas o procedimientos de diagnóstico: Coseguro del 0 % o del 20 % • Electrocardiograma: Coseguro del 0 % o del 20 % • Rayos x para pacientes ambulatorios: Coseguro del 0 % o del 20 % • Servicios de Radiología Terapéutica (Radioterapia): Coseguro del 0 % o del 20 % 	Es posible que algunos servicios necesiten una autorización previa (aprobación por adelantado) para obtener la cobertura, excepto en una emergencia.
Servicios de Audición	<ul style="list-style-type: none"> • Examen auditivo (cubierto por Medicare): Coseguro del 0 % o del 20 % por cada consulta • Servicios de audición de rutina (no cubiertos por Medicare): Copago de \$0 por cada consulta (1 por año) • Aparato auditivo: Copago de \$0 	<p>Beneficio máximo de \$2,000 por 2 audífonos (para ambos oídos combinados) cada 3 años.</p> <p>Los afiliados no tienen costos compartidos de desembolso.</p>

Primas y beneficios	Health Net Seniority Plus Amber II Premier (HMO SNP)	Lo que debe saber
Servicios de Audición <i>(continuación)</i>		<p>Es posible que algunos servicios necesiten una autorización previa (aprobación por adelantado) para obtener la cobertura, excepto en una emergencia.</p>
Servicios Dentales	<p>Servicios dentales (cubiertos por Medicare): Coseguro del 0 % o del 20 %</p> <p>Servicios dentales preventivos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Examen Bucal: Copago de \$0 (ilimitados) • Limpieza: Copago de \$0 (hasta 2 por año) • Rayos x dentales y tratamiento con flúor: Copago de \$0 (hasta 1 por año) <p>Hay beneficios dentales integrales adicionales disponibles.</p>	<p>Servicios cubiertos por Medicare: Servicios dentales limitados (no incluyen servicios relacionados con la atención, el tratamiento, el empaste, la extracción ni el reemplazo de dientes).</p> <p>Es posible que algunos servicios necesiten una autorización previa (aprobación por adelantado) para obtener la cobertura, excepto en una emergencia.</p>
Servicios de la Vista	<ul style="list-style-type: none"> • Examen de la vista para diagnosticar y tratar enfermedades y afecciones de la vista (cubierto por Medicare): Coseguro del 0 % o del 20 % por cada consulta • Examen anual de detección de glaucoma (cubierto por Medicare): Copago de \$0 • Anteojos o lentes de contacto después de una cirugía de cataratas (cubiertos por Medicare): Copago de \$0 • Examen de la vista de rutina (no cubierto por Medicare) (una vez cada 12 meses): Copago de \$0 por cada consulta 	<p>Nuestro plan paga hasta \$350 cada dos años por lentes y accesorios de rutina (no cubiertos por Medicare).</p> <p>Es posible que algunos servicios necesiten una autorización previa (aprobación por adelantado) para obtener la cobertura, excepto en una emergencia.</p>

Primas y beneficios	Health Net Seniority Plus Amber II Premier (HMO SNP)	Lo que debe saber
Servicios de la Vista <i>(continuación)</i>	<ul style="list-style-type: none"> Lentes y accesorios de rutina (no cubiertos por Medicare): asignación de hasta \$350 	
Servicios de salud mental	<p>Pacientes ambulatorios: Coseguro del 0 % o del 20 % por cada consulta</p> <p>Consultas como paciente hospitalizado:</p> <p>En 2016, las cantidades para cada período de beneficios fueron de \$0 o:</p> <ul style="list-style-type: none"> deducible de \$1,288 para los días 1 a 60 copago de \$322 por día para los días 61 a 90 copago de \$644 por día para 60 días de reserva de por vida <p>Estas cantidades pueden cambiar en 2017.</p>	<p>Se aplica un deducible a consultas para pacientes hospitalizados.</p> <p>Nuestro plan cubre 90 días por período de beneficios para una hospitalización de salud mental.</p> <p>Es posible que algunos servicios necesiten una autorización previa (aprobación por adelantado) para obtener la cobertura, excepto en una emergencia.</p>
Centro de Enfermería Especializada	<p>En 2016, las cantidades para cada período de beneficios fueron de \$0 o:</p> <ul style="list-style-type: none"> Copago de \$0 por día para los días 1 a 20 Copago de \$161 por día para los días 21 a 100 <p>Estas cantidades pueden cambiar en 2017.</p>	<p>Nuestro plan cubre hasta 100 días en un centro de enfermería especializada (por sus siglas en inglés, SNF) por cada período de beneficios. Usted paga todos los costos por cada día después del día 100 del período de beneficios.</p> <p>Es posible que algunos servicios necesiten una autorización previa (aprobación por adelantado) para obtener la cobertura, excepto en una emergencia.</p>

Primas y beneficios	Health Net Seniority Plus Amber II Premier (HMO SNP)	Lo que debe saber
Servicios de rehabilitación	Servicios de rehabilitación para pacientes ambulatorios: Coseguro del 0 % o del 20 % por cada consulta	<p>Los servicios cubiertos incluyen fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del lenguaje y del habla.</p> <p>Es posible que algunos servicios necesiten una autorización previa (aprobación por adelantado) para obtener la cobertura, excepto en una emergencia.</p>
Ambulancia	Coseguro del 0 % o del 20 %	<p>El costo es por cada viaje de ida o de vuelta para servicios de ambulancia cubiertos por Medicare.</p> <p>Sin cargo para más de un viaje en un mismo día.</p> <p>Es posible que algunos servicios necesiten una autorización previa (aprobación por adelantado) para obtener la cobertura, excepto en una emergencia.</p>
Transporte	Copago de \$0 por viaje	<p>Hasta 40 viajes de ida o de vuelta, por año, a lugares aprobados por el plan.</p> <p>Es posible que algunos servicios necesiten una autorización previa (aprobación por adelantado) para obtener la cobertura, excepto en una emergencia.</p>

Primas y beneficios	Health Net Seniority Plus Amber II Premier (HMO SNP)	Lo que debe saber
Cuidado de los Pies (servicios de podiatría)	<ul style="list-style-type: none"> • Exámenes y tratamiento de los pies (cubiertos por Medicare): Coseguro del 0 % o del 20 % por cada consulta • Cuidado de los pies de rutina (no cubierto por Medicare): Copago de \$0 por cada consulta 	Hasta 12 consultas cada año para el cuidado de los pies de rutina (no cubierto por Medicare).
Equipos/suministros médicos	<ul style="list-style-type: none"> • Equipo médico duradero (p. ej.: sillas de ruedas, oxígeno): Coseguro del 0 % o del 20 % • Prótesis (p. ej.: aparatos ortopédicos, extremidades artificiales): Coseguro del 0 % o del 20 % • Suministros para diabéticos: Coseguro del 0 % o del 20 % 	Es posible que algunos servicios necesiten una autorización previa (aprobación por adelantado) para obtener la cobertura, excepto en una emergencia.
Programas de bienestar	Copago de \$0	Si desea obtener una lista detallada de los beneficios de los programas de bienestar que se ofrecen, consulte la Evidencia de Cobertura.
Medicamentos de Medicare Parte B	<ul style="list-style-type: none"> • Coseguro del 0 % o del 20 % para medicamentos de quimioterapia • Coseguro del 0 % o del 20 % para otros medicamentos de la Parte B 	Es posible que necesite una autorización previa (aprobación por adelantado) para obtener la cobertura, excepto en una emergencia.

Medicamentos que Requieren Receta Médica para Pacientes Ambulatorios

Etapa de deducible	<p>Usted comienza esta etapa de pago cuando surte su primera receta del año calendario. Durante esta etapa, usted paga el costo total de sus medicamentos en los niveles 2, 3, 4 y 5. Por lo general, permanecerá en esta etapa hasta que usted (u otros en su nombre) hayan pagado su deducible. Una vez que ha pagado su deducible, pasa a la siguiente etapa de pago (Cobertura inicial). Si recibe “Ayuda Extra” para pagar sus medicamentos que requieren receta médica, su cantidad del deducible será \$0 u \$82 según el nivel de “Ayuda Extra” que reciba. El Nivel 1 y el Nivel 6 se excluyen del deducible. Si no es elegible para recibir “Ayuda Extra”, consulte el Capítulo 6 de la Evidencia de Cobertura para obtener información sobre los costos compartidos de los medicamentos que requieren receta médica para pacientes ambulatorios.</p>	
Etapa de cobertura Inicial (después de pagar su deducible, si corresponde)	<p>Después de alcanzar su deducible (si corresponde), el plan paga su parte del costo de sus medicamentos y usted paga su parte del costo.</p>	
Los costos compartidos pueden cambiar cuando ingresa a otra etapa del beneficio de la Parte D. Para obtener más información sobre los costos de suministros a largo plazo, infusión en el hogar o los costos compartidos adicionales específicos de las farmacias y las etapas del beneficio, llámenos o acceda a nuestra Evidencia de cobertura en línea.		<p style="text-align: center;">Receta de suministro para 30 días en minorista estándar</p>
		<p style="text-align: center;">Suministro para 90 días de Compra por Correo</p>
	Nivel 1: Genéricos preferidos	Copago de \$0
	Nivel 2: Genéricos	<p>Incluye medicamentos genéricos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • copago de \$0; o • copago de \$1.20; o • copago de \$3.30 <p>Para todos los demás medicamentos, cualquiera de los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • copago de \$0; o • copago de \$3.70; o • copago de \$8.25
	Nivel 3: Medicamentos de marca preferidos	<p>Incluye medicamentos de marca preferidos y puede incluir algunos medicamentos genéricos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • copago de \$0; o • copago de \$1.20; o • copago de \$3.30 <p>Para todos los demás medicamentos, cualquiera de los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • copago de \$0; o • copago de \$3.70; o • copago de \$8.25
	Nivel 4: Medicamentos de marca no preferidos	<p>Incluye medicamentos de marca no preferidos y puede incluir algunos medicamentos genéricos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • copago de \$0; o • copago de \$1.20; o • copago de \$3.30

Medicamentos que Requieren Receta Médica para Pacientes Ambulatorios

Etapa de Cobertura Inicial <i>(continuación)</i>	Nivel 4: Medicamentos de marca no preferidos <i>(continuación)</i>	Para todos los demás medicamentos, cualquiera de los siguientes: <ul style="list-style-type: none"> • copago de \$0; o • copago de \$3.70; o • copago de \$8.25 	
	Nivel 5: Nivel de especialidades	Incluye medicamentos de costo elevado: Copago de \$0, o <ul style="list-style-type: none"> • copago de \$1.20; o • copago de \$3.30 Para todos los demás medicamentos, cualquiera de los siguientes: <ul style="list-style-type: none"> • copago de \$0; o • copago de \$3.70; o • copago de \$8.25 	
	Nivel 6: Medicamentos para la atención seleccionada	Copago de \$0	Copago de \$0
Etapa de brecha de cobertura	Si califica para recibir Ayuda Extra, no se aplica esta etapa. Si no es elegible para recibir “Ayuda Extra”, llame al plan o consulte el Capítulo 6 de la Evidencia de Cobertura para obtener información sobre los costos compartidos de los medicamentos que requieren receta médica para pacientes ambulatorios.		
Etapa catastrófica	Cuando alcance el límite de desembolso de \$4,950 por sus medicamentos que requieren receta médica, comienza la Etapa de Cobertura Catastrófica. Permanecerá en la Etapa de Cobertura Catastrófica hasta que finalice el año calendario. Durante esta etapa, el plan pagará la mayor parte del costo por sus medicamentos cubiertos de Medicare.		
Información importante:	<p>La prima, los copagos, el coseguro y los deducibles pueden variar según el nivel de “Ayuda Extra” que usted recibe. Comuníquese con el plan para obtener más detalles. Si califica para recibir “Ayuda Extra” con sus costos de medicamentos que requieren receta médica, el programa de “Ayuda Extra” pagará la totalidad o una parte de su prima del plan mensual y los deducibles y copagos/coseguro de sus medicamentos que requieren receta médica. Si no es elegible para recibir “Ayuda Extra”, consulte el Capítulo 6 de la Evidencia de Cobertura para obtener información sobre los costos compartidos de los medicamentos que requieren receta médica para pacientes ambulatorios.</p> <p>Cubrimos los medicamentos de la Parte D. Asimismo, cubrimos los medicamentos de la Parte B, como quimioterapia, y algunos medicamentos administrados por su proveedor.</p> <p>Puede ver el formulario completo del plan (lista de los medicamentos que requieren receta médica de la Parte D) y todas las restricciones en nuestro sitio web en http://www.healthnet.com/medicare.</p>		

Medicamentos que Requieren Receta Médica para Pacientes Ambulatorios

Información importante:
(continuación)

Puede ver nuestro directorio de farmacias del plan en nuestro sitio web en <http://www.healthnet.com/medicare>.

Beneficios cubiertos adicionales

Primas y beneficios	Health Net Seniority Plus Amber II Premier (HMO SNP)	Lo que debe saber
Servicios/cirugía para pacientes ambulatorios (atención ambulatoria)	Coseguro del 0 % o del 20 % por cada consulta	Es posible que algunos servicios necesiten una autorización previa (aprobación por adelantado) para obtener la cobertura, excepto en una emergencia.
Servicios/cirugía para pacientes ambulatorios (atención hospitalaria)	Coseguro del 0 % o del 20 % por cada consulta	Es posible que algunos servicios necesiten una autorización previa (aprobación por adelantado) para obtener la cobertura, excepto en una emergencia. Consulte el cuadro de Beneficios Médicos de la Evidencia de Cobertura para ver el servicio específico.
Cobertura Internacional para Atención de Emergencia y de Urgencia	Copago de \$0	Límite de cobertura del plan de \$50,000 por año para Cobertura Internacional para Atención de Emergencia y de Urgencia complementaria fuera de los EE. UU. y sus territorios.
Beneficio de acondicionamiento físico	Copago de \$0	Incluye una membresía básica de un gimnasio en un centro participante.

Beneficios cubiertos del programa Medicaid de California (Medi-Cal) para beneficiarios doblemente elegibles (Medicare y Medicaid)

Los beneficios descritos a continuación están cubiertos por Medicaid (Medi-Cal). Los beneficios descritos en la sección de Beneficios Médicos y Hospitalarios Cubiertos del Resumen de beneficios están cubiertos por Medicare. Para cada beneficio que se indica a continuación, verá lo que cubre Medicaid (Medi-Cal) y lo que cubre nuestro plan. Lo que paga por los servicios cubiertos puede depender de su nivel de elegibilidad para Medicaid (Medi-Cal).

<i>Categoría del beneficio</i>	<i>Medicaid (Medi-Cal)</i>	<i>Health Net Seniority Plus Amber II Premier (HMO SNP)</i>
Servicios hospitalarios para pacientes internados	Copago de \$0 por servicios cubiertos por Medicaid	<p>El plan cubre 90 días por período de beneficios para una hospitalización como paciente hospitalizado.</p> <p>El plan también cubre 60 “días de reserva de por vida”. Esto se refiere a los días “extras” cubiertos. Si su hospitalización dura más de 90 días, usted puede usar estos días extras. Pero una vez que usted haya usado estos 60 días extras, la cobertura del hospital como paciente hospitalizado se limitará a 90 días.</p> <p>En 2016, las cantidades para cada período de beneficios fueron de \$0 o:</p> <ul style="list-style-type: none"> •deducible de \$1,288 para los días 1 a 60 •copago de \$322 por día para los días 61 a 90 •copago de \$644 por día para 60 días de reserva de por vida <p>Estas cantidades pueden cambiar en 2017.</p>
Servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios	Copago de \$0 por servicios cubiertos por Medicaid	Coseguro del 0% o del 20% por servicios cubiertos por Medicare

<i>Categoría del beneficio</i>	<i>Medicaid (Medi-Cal)</i>	<i>Health Net Seniority Plus Amber II Premier (HMO SNP)</i>
Servicios de una clínica de salud rural	Copago de \$0 por servicios cubiertos por Medicaid	Coseguro del 0% o del 20% por servicios cubiertos por Medicare
Servicios de un centro de salud federalmente calificado	Copago de \$0 por servicios cubiertos por Medicaid	Coseguro del 0% o del 20% por servicios cubiertos por Medicare
Servicios de laboratorio	Copago de \$0 por servicios cubiertos por Medicaid	Copago de \$0 por servicios cubiertos por Medicare
Rayos X	Copago de \$0 por servicios cubiertos por Medicaid	Coseguro del 0% o del 20% por servicios cubiertos por Medicare
Atención en un centro de enfermería especializada para personas de más de 21 años – Atención subaguda	Copago de \$0 por servicios cubiertos por Medicaid	<p>El plan cubre hasta 100 días por cada período de beneficios. Usted paga todos los costos por cada día después del día 100 del período de beneficios.</p> <p>No se requiere una hospitalización previa.</p> <p>En 2016, las cantidades para cada período de beneficios fueron de \$0 o:</p> <ul style="list-style-type: none"> •Copago de \$0 por día para los días 1 al 20 •Copago de \$161 por día para los días 21 al 100 <p>Estas cantidades pueden cambiar en 2017.</p>
Atención en un centro de enfermería pediátrica para personas de menos de 21 años, Servicios subagudos (servicios suplementarios de detección, diagnóstico y tratamiento tempranos y periódicos)	Copago de \$0 por servicios cubiertos por Medicaid	Sin cobertura
Servicios y suministros para la planificación familiar	Copago de \$0 por servicios cubiertos por Medicaid	Coseguro del 0% o del 20% por servicios cubiertos por Medicare. (Los servicios razonables y necesarios asociados con el tratamiento para la infertilidad están cubiertos conforme a Medicare).

<i>Categoría del beneficio</i>	<i>Medicaid (Medi-Cal)</i>	<i>Health Net Seniority Plus Amber II Premier (HMO SNP)</i>
Servicios médicos	Copago de \$0 por servicios cubiertos por Medicaid	Coseguro del 0% o del 20% por servicios cubiertos por Medicare
Servicios dentales médicos y quirúrgicos	Copago de \$0 por servicios cubiertos por Medicaid	Coseguro del 0% o del 20% por servicios cubiertos por Medicare
Servicios de un oftalmólogo	Copago de \$0 por servicios cubiertos por Medicaid	Coseguro del 0 % o del 20 % para exámenes de diagnóstico y tratamiento de enfermedades y afecciones de los ojos cubiertos por Medicare. Copago de \$0 por hasta 1 examen de la vista de rutina (no cubierto por Medicare) por año.
Servicios de podiatría*	Copago de \$0 por servicios cubiertos por Medicaid	Coseguro del 0% o del 20% por servicios cubiertos por Medicare Copago de \$0 por cada cuidado de los pies de rutina (no cubierto por Medicare), hasta 12 consultas por año
Servicios de optometría	Copago de \$0 por servicios cubiertos por Medicaid	Coseguro del 0 % o del 20 % para exámenes de diagnóstico y tratamiento de enfermedades y afecciones de los ojos cubiertos por Medicare. Copago de \$0 por hasta 1 examen de la vista de rutina (no cubierto por Medicare) por año.
Servicios quiroprácticos*	Copago de \$0 por servicios cubiertos por Medicaid	Coseguro del 0% o del 20% por servicios cubiertos por Medicare
Servicios de psicología	Copago de \$0 por servicios cubiertos por Medicaid	Coseguro del 0% o del 20% por servicios cubiertos por Medicare
Servicios de enfermeras anestesiastas	Copago de \$0 por servicios cubiertos por Medicaid	Coseguro del 0% o del 20% por servicios cubiertos por Medicare

<i>Categoría del beneficio</i>	<i>Medicaid (Medi-Cal)</i>	<i>Health Net Seniority Plus Amber II Premier (HMO SNP)</i>
Servicios de ópticos y de laboratorios de fabricación de material óptico*	Copago de \$0 por servicios cubiertos por Medicaid	Copago de \$0 por anteojos o lentes de contacto cubiertos por Medicare después de una cirugía de cataratas. Copago de \$0 por anteojos (marcos y lentes) o lentes de contacto cada dos años. El plan paga hasta \$350 cada dos años por lentes y accesorios de rutina (no cubiertos por Medicare).
Suministros médicos (no incluye cremas o lavados para la incontinencia)	Copago de \$0 por servicios cubiertos por Medicaid	Coseguro del 0% o del 20% por servicios cubiertos por Medicare
Lavados y cremas para la incontinencia*	Copago de \$0 por servicios cubiertos por Medicaid	Sin cobertura
Equipo médico duradero	Copago de \$0 por servicios cubiertos por Medicaid	Coseguro del 0% o del 20% por servicios cubiertos por Medicare
Aparatos auditivos	Copago de \$0 por servicios cubiertos por Medicaid Medicaid (Medi-Cal) tiene un límite máximo de \$1,510 por persona por año.*	Copago de \$0 por hasta 1 evaluación/ajuste de aparato auditivo cada tres años. Copago de \$0 por hasta 2 audífonos (un par) cada tres años. El plan paga hasta \$2,000 para aparatos auditivos cada tres años.
Fórmula enteral	Copago de \$0 por servicios cubiertos por Medicaid	Coseguro del 0% o del 20% por servicios cubiertos por Medicare
Servicios de acupuntura	Copago de \$0 por servicios cubiertos por Medicaid	Sin cobertura
Servicios de partera titulada	Copago de \$0 por servicios cubiertos por Medicaid	Coseguro del 0% o del 20% por servicios cubiertos por Medicare

<i>Categoría del beneficio</i>	<i>Medicaid (Medi-Cal)</i>	<i>Health Net Seniority Plus Amber II Premier (HMO SNP)</i>
Servicios de cuidado de la salud en el hogar recibidos a través de una agencia de cuidado de la salud en el hogar (incluyen servicios de enfermería y de ayuda para la salud en el hogar; fisioterapia y terapia ocupacional; servicios de patología del habla y de audiológica; servicios intermitentes de enfermería; cuidado de ayuda para la salud en el hogar; suministros, equipos y aparatos médicos)	Copago de \$0 por servicios cubiertos por Medicaid	Copago de \$0 por servicios cubiertos por Medicare
Fisioterapia y servicios relacionados	Copago de \$0 por servicios cubiertos por Medicaid	Coseguro del 0% o del 20% por servicios cubiertos por Medicare
Centros de rehabilitación	Copago de \$0 por servicios cubiertos por Medicaid	Coseguro del 0% o del 20% por servicios cubiertos por Medicare
Atención de enfermería privada (Exención únicamente)	Copago de \$0 por servicios cubiertos por Medicaid	Sin cobertura
Clínica (Clínica organizada para pacientes ambulatorios, Servicios de Salud Indígena, centros de partos alternativos, centros quirúrgicos ambulatorios)	Copago de \$0 por servicios cubiertos por Medicaid	Coseguro del 0% o del 20% por servicios cubiertos por Medicare
Servicios Dentales	Copago de \$0 por servicios cubiertos por Medicaid	Coseguro del 0% o del 20% por los beneficios dentales cubiertos por Medicare. Copago de \$0 por servicios dentales preventivos. El plan ofrece beneficios dentales integrales adicionales. Si desea más información, consulte el Capítulo 4 de la Evidencia de Cobertura.

<i>Categoría del beneficio</i>	<i>Medicaid (Medi-Cal)</i>	<i>Health Net Seniority Plus Amber II Premier (HMO SNP)</i>
Terapia ocupacional	Copago de \$0 por servicios cubiertos por Medicaid	Coseguro del 0% o del 20% por servicios cubiertos por Medicare
Patología del habla/Terapia del habla*	Copago de \$0 por servicios cubiertos por Medicaid	Coseguro del 0% o del 20% por servicios cubiertos por Medicare
Servicios de audiología*	Copago de \$0 por servicios cubiertos por Medicaid	Coseguro del 0% o del 20% por exámenes auditivos de diagnóstico cubiertos por Medicare. Copago de \$0 por hasta 1 examen auditivo de rutina (no cubierto por Medicare) al año.
Servicios farmacéuticos y medicamentos que requieren receta	Copago de \$0 por medicamentos excluidos de la cobertura de la Parte D de Medicare	Medicamentos cubiertos por la Parte B de Medicare: Coseguro del 0% o del 20% por medicamentos de quimioterapia y otros medicamentos de la Parte B. Medicamentos cubiertos por la Parte D de Medicare: Si usted es elegible para recibir ayuda extra, consulte la sección sobre Beneficios de Medicamentos Cubiertos que Requieren Receta Médica, proporcionados por el Hospital o recetados por el médico, de este Resumen de Beneficios para obtener información acerca del costo compartido para los medicamentos que requieren receta médica de la Parte D de Medicare. Si usted no es elegible para ayuda extra, consulte la Evidencia de Cobertura, Capítulo 6, para obtener información sobre los costos compartidos.

<i>Categoría del beneficio</i>	<i>Medicaid (Medi-Cal)</i>	<i>Health Net Seniority Plus Amber II Premier (HMO SNP)</i>
Dentaduras postizas	Copago de \$0 por servicios cubiertos por Medicaid	Usted paga los copagos aplicables por servicios de dentaduras postizas. Se aplican limitaciones y exclusiones. Si desea más información, consulte el Capítulo 4 de la Evidencia de Cobertura.
Prótesis (aparatos ortóticos), ojos artificiales	Copago de \$0 por servicios cubiertos por Medicaid	Coseguro del 0% o del 20% por servicios cubiertos por Medicare
Anteojos, otros aparatos para la vista*	Copago de \$0 por servicios cubiertos por Medicaid	Copago de \$0 por anteojos o lentes de contacto cubiertos por Medicare después de una cirugía de cataratas. Copago de \$0 por anteojos (marcos y lentes) o lentes de contacto cada dos años. El plan paga hasta \$350 cada dos años por lentes y accesorios de rutina (no cubiertos por Medicare).
Programa de Servicios Perinatales Integrales (servicios Preventivos)	Copago de \$0 por servicios cubiertos por Medicaid	Sin cobertura
Servicios Comunitarios para Adultos (por sus siglas en inglés, CBAS) (Exención únicamente)	Copago de \$0 por servicios cubiertos por Medicaid	Sin cobertura
Servicios de diálisis crónica	Copago de \$0 por servicios cubiertos por Medicaid	Coseguro del 0% o del 20% por servicios cubiertos por Medicare
Servicios de rehabilitación (diálisis crónica, desintoxicación de heroína para pacientes ambulatorios, servicios de salud mental de rehabilitación, Medi-Cal para medicamentos, centros de rehabilitación independientes)	Copago de \$0 por servicios cubiertos por Medicaid	Coseguro del 0% o del 20% por servicios cubiertos por Medicare

<i>Categoría del beneficio</i>	<i>Medicaid (Medi-Cal)</i>	<i>Health Net Seniority Plus Amber II Premier (HMO SNP)</i>
Institutos para Enfermedades Mentales (para personas de menos de 21 años y de más de 65 años, incluyendo atención psiquiátrica)	Copago de \$0 por servicios cubiertos por Medicaid	<p>El plan cubre hasta 190 días de por vida de cuidado de la salud mental para pacientes hospitalizados en un hospital psiquiátrico. El límite a la atención hospitalaria como paciente hospitalizado no se aplica a los servicios mentales del paciente hospitalizado proporcionados en un hospital general.</p> <p>El plan cubre 90 días por período de beneficios para una hospitalización como paciente hospitalizado. El plan también cubre 60 “días de reserva de por vida”. Estos son días “extras” que cubrimos. Si su hospitalización dura más de 90 días, usted puede usar estos días extras. Pero una vez que usted haya usado estos 60 días extras, la cobertura del hospital como paciente hospitalizado se limitará a 90 días.</p> <p>En 2016, las cantidades para cada período de beneficios fueron de \$0 o:</p> <p>Deducible de \$1,288 para los días 1 al 60 Copago de \$322 por día para los días 61 al 90</p> <p>Copago de \$644 por día para 60 días de reserva de por vida Estas cantidades pueden cambiar en 2017.</p>
Centro de Cuidados Intermedios	Copago de \$0 por servicios cubiertos por Medicaid	Sin cobertura.
Enfermera partera	Copago de \$0 por servicios cubiertos por Medicaid	Coseguro del 0% o del 20% por servicios cubiertos por Medicare

<i>Categoría del beneficio</i>	<i>Medicaid (Medi-Cal)</i>	<i>Health Net Seniority Plus Amber II Premier (HMO SNP)</i>
Centro de Cuidado de Enfermos Terminales	Copago de \$0 por servicios cubiertos por Medicaid	Copago de \$0 por el cuidado de enfermos terminales en un centro de cuidado de enfermos terminales certificado por Medicare. Tal vez tenga que pagar parte del costo de los medicamentos y de la atención de relevo. Coseguro del 0 % o del 20 % por la consulta por única vez en un centro de cuidado de enfermos terminales.
Servicios relacionados con la tuberculosis	Copago de \$0 por servicios cubiertos por Medicaid	Coseguro del 0% o del 20% por servicios cubiertos por Medicare
Atención respiratoria para pacientes que dependen de un respirador artificial	Copago de \$0 por servicios cubiertos por Medicaid	Coseguro del 0% o del 20% por servicios cubiertos por Medicare
Enfermera familiar especializada	Copago de \$0 por servicios cubiertos por Medicaid	Coseguro del 0% o del 20% por servicios cubiertos por Medicare
Atención en el hogar y comunitaria para personas de la tercera edad con discapacidad funcional (Exención únicamente)	Copago de \$0 por servicios cubiertos por Medicaid	Sin cobertura
Arreglos de vivienda con respaldo de la comunidad (Exención únicamente)	Copago de \$0 por servicios cubiertos por Medicaid	Sin cobertura
Servicios para el cuidado personal	Copago de \$0 por servicios cubiertos por Medicaid	Sin cobertura
Hospital rural de atención primaria	Copago de \$0 por servicios cubiertos por Medicaid	Coseguro del 0% o del 20% por servicios cubiertos por Medicare
Centros de salud no médicos	Copago de \$0 por servicios cubiertos por Medicaid	Sin cobertura excepto por los servicios de una institución de salud no médica religiosa cubiertos por Medicare.

<i>Categoría del beneficio</i>	<i>Medicaid (Medi-Cal)</i>	<i>Health Net Seniority Plus Amber II Premier (HMO SNP)</i>
Servicios hospitalarios de emergencia	Copago de \$0 por servicios cubiertos por Medicaid	Coseguro del 0 % o del 20% (hasta \$75) por servicios cubiertos por Medicare. Límite de cobertura del plan de \$50,000 por año para servicios de urgencia/emergencia suplementarios fuera de los EE. UU. y sus territorios.
Transporte (El Estado proporciona transporte médico de emergencia y que no es de emergencia). Cumple con los requisitos federales de garantía de transporte para los servicios médicamente necesarios)	Copago de \$0 por servicios cubiertos por Medicaid	Coseguro del 0% o del 20% por servicios de ambulancia cubiertos por Medicare. Copago de \$0 por transporte que no es de emergencia; hasta 40 viajes de ida o de vuelta, por año, a lugares aprobados por el plan.
Servicios para embarazadas que tratan una afección que puede afectar a la mujer y/o al feto. (No se indican específicamente como un beneficio, sino que es una disposición obligatoria conforme a las reglamentaciones federales)	Copago de \$0 por servicios cubiertos por Medicaid	Coseguro del 0% o del 20% por servicios cubiertos por Medicare
Servicios de orientación para el matrimonio y la familia (servicios de detección, diagnóstico y tratamiento tempranos y periódicos, y exención únicamente)	Copago de \$0 por servicios cubiertos por Medicaid	Coseguro del 0% o del 20% por servicios cubiertos por Medicare (como parte de la atención de la salud mental para pacientes ambulatorios cuando se proporcionan en relación con un tratamiento cubierto por un trastorno mental o dependencia de sustancias químicas)

<i>Categoría del beneficio</i>	<i>Medicaid (Medi-Cal)</i>	<i>Health Net Seniority Plus Amber II Premier (HMO SNP)</i>
Servicios de un trabajador social clínico titulado (servicios de detección, diagnóstico y tratamiento tempranos y periódicos y exención únicamente)	Copago de \$0 por servicios cubiertos por Medicaid	Coseguro del 0% o del 20% por servicios cubiertos por Medicare (como parte de la atención de la salud mental para pacientes ambulatorios)
Administración de casos (servicios de detección, diagnóstico y tratamiento tempranos y periódicos, y exención únicamente)	Copago de \$0 por servicios cubiertos por Medicaid	Coseguro del 0% o del 20% por servicios cubiertos por Medicare (forma parte de un plan de tratamiento; no es un beneficio aparte)
Servicios de una agencia de atención de enfermería privada (servicios de detección, diagnóstico y tratamiento tempranos y periódicos, y exención únicamente)	Copago de \$0 por servicios cubiertos por Medicaid	Sin cobertura
Servicios de un proveedor de enfermería individual (servicios de detección, diagnóstico y tratamiento tempranos y periódicos, y exención únicamente)	Copago de \$0 por servicios cubiertos por Medicaid	Sin cobertura
Servicios no médicos (Exención únicamente)	Copago de \$0 por servicios cubiertos por Medicaid	Limitados a los aspectos no religiosos del cuidado de una institución de cuidado de la salud no médica religiosa certificada por Medicare.
Información importante	<p>*Cobertura de beneficios opcionales: Los beneficios indicados a continuación con un asterisco* se encuentran disponibles únicamente para los siguientes beneficiario: 1) beneficiarios menores de 21 años para servicios prestados de acuerdo con el programa de servicios de detección, diagnóstico y tratamiento temprano y periódico (por sus siglas en inglés, EPSDT); 2) beneficiarios que residen en un centro de enfermería especializada (por sus siglas en inglés, SNF) (Centros de Enfermería Nivel A y Nivel B, incluidos los centros de atención subaguda; 3) beneficiarias que están embarazadas 4) beneficiarios de los Servicios Infantiles de California (por sus siglas en inglés, CCS); y 5) beneficiarios inscritos en el Programa Integral de Atención para la Tercera Edad (por sus siglas en inglés, PACE).</p>	

Health Net cumple con las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discrimina por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo. Health Net no excluye a las personas ni las trata de forma diferente por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo.

Health Net:

- Ofrece ayuda y servicios gratuitos a personas con discapacidades para que puedan comunicarse de manera efectiva con nosotros, tales como los siguientes: Intérpretes de lengua de señas calificados e información escrita en otros formatos (letras grandes, formatos electrónicos accesibles, otros formatos)
- Ofrece servicios de idiomas gratuitos a personas cuyo idioma principal no es inglés, tales como los siguientes: Intérpretes calificados e información escrita en otros idiomas

Si necesita estos servicios, comuníquese con el Centro de Comunicación con el Cliente de Health Net al 1-800-431-9007 (TTY: 711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora del Pacífico, los siete días de la semana.

Si usted considera que Health Net no proporcionó estos servicios o que le discriminó de otro modo por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo, podrá llamar al número que figura arriba para presentar una queja formal o para informarles 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 sobre derechos civiles ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Sociales de los Estados Unidos de forma electrónica a través del Portal de quejas de la Oficina de Derechos Civiles (<https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>) o por teléfono o correo a la siguiente dirección: U.S. Department of Health and Human Services, 200 Independence Avenue SW., Room 509F, HHH Building, Washington, DC 20201, 1-800-368-1019, 1-800-537-7697 (TDD).

Los formularios de queja están disponibles en <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>

Para obtener más información, comuníquese con

Health Net Seniority Plus Amber II Premier (HMO
SNP)

Post Office Box 10420

Van Nuys, CA 91410-0420

<http://www.healthnet.com/medicare>

Los afiliados actuales deben llamar al: 1-800-431-9007 (TTY: 711).

Los posibles afiliados deben llamar al: 1-800-977-6738 (TTY: 711).

Desde el 1.º de octubre hasta el 14 de febrero, nuestro horario de atención es de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los 7 días a la semana, excepto ciertos días feriados. Sin embargo, luego del 14 de febrero, nuestro horario de atención es de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., de lunes a viernes. Durante los fines de semana y ciertos días feriados, su llamada será atendida por nuestro sistema automático de teléfono.

Si desea saber más sobre la cobertura y los costos de Medicare Original, busque en su manual actual “Medicare & You”. Consulte el manual en línea en www.medicare.gov u obtenga una copia llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

Esta información no es una descripción completa de los beneficios. Para obtener más información, comuníquese con el plan. Pueden aplicarse limitaciones, copagos y restricciones. Los beneficios, las primas y/o los copagos/el coseguro pueden cambiar el 1.º de enero de cada año. La prima, los copagos, el coseguro y los deducibles pueden variar según el nivel de “Ayuda Extra” que recibe. Comuníquese con el plan para obtener más detalles. El “**coseguro**” es el porcentaje que usted paga del costo total de ciertos servicios médicos. Usted paga un coseguro en el momento en que obtiene el servicio médico.

El formulario, la red de farmacias o la red de proveedores pueden cambiar en cualquier momento. Recibirá un aviso cuando sea necesario.

This information is available for free in other languages. Please call our member services number at 1-800-431-9007 (TTY: 711). From October 1 through February 14, our office hours are 8:00 a.m. to 8:00 p.m., 7 days a week, excluding certain holidays. However, after February 14, our office hours are 8:00 a.m. to 8:00 p.m., Monday through Friday. On weekends and certain holidays, your call will be handled by our automated phone system.

Esta información está disponible en forma gratuita en otros idiomas. Llame a nuestro Departamento de Servicios al Afiliado al 1-800-431-9007 (TTY: 711). Desde el 1.º de octubre hasta el 14 de febrero, nuestro horario de atención es de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los 7 días a la semana, excepto ciertos días feriados. Sin embargo, luego del 14 de febrero, nuestro horario de atención es de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., de lunes a viernes. Durante los fines de semana y ciertos días feriados, su llamada será atendida por nuestro sistema automático de teléfono.

Health Net Community Solutions, Inc. tiene un contrato con Medicare y el programa Medicaid de California (Medi-Cal) para ofrecer planes de atención coordinada HMO SNP. La inscripción en un plan Health Net Medicare Advantage depende de la renovación del contrato.

BKT009381SK00 (9/16)

Multi-Language Insert

Multi-language Interpreter Services

English:

ATTENTION: If you speak English, language assistance services, free of charge, are available to you. Call 1-800-977-7522 (Arizona), 1-800-275-4737 (California), 1-888-445-8913 (Oregon) (TTY: 711).

Spanish:

ATENCIÓN: Si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1-800-977-7522 (Arizona), 1-800-275-4737 (California), 1-888-445-8913 (Oregon) (TTY: 711).

Chinese:

注意：如果您使用繁體中文，您可以免費獲得語言援助服務。請致電 1-800-977-7522 (Arizona), 1-800-275-4737 (California), 1-888-445-8913 (Oregon) (TTY: 711)。

Tagalog:

PAUNAWA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, maaari kang gumamit ng mga serbisyo ng tulong sa wika nang walang bayad. Tumawag sa 1-800-977-7522 (Arizona), 1-800-275-4737 (California), 1-888-445-8913 (Oregon) (TTY: 711).

French:

ATTENTION : Si vous parlez français, des services d'aide linguistique vous sont proposés gratuitement. Appelez le 1-800-977-7522 (Arizona), 1-800-275-4737 (California), 1-888-445-8913 (Oregon) (ATS :711).

Vietnamese:

CHÚ Ý: Nếu bạn nói Tiếng Việt, có các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho bạn. Gọi số 1-800-977-7522 (Arizona), 1-800-275-4737 (California), 1-888-445-8913 (Oregon) (TTY: 711).

German:

ACHTUNG: Wenn Sie Deutsch sprechen, stehen Ihnen kostenlos sprachliche Hilfsdienstleistungen zur Verfügung. Rufnummer: 1-800-977-7522 (Arizona), 1-800-275-4737 (California), 1-888-445-8913 (Oregon) (TTY: 711).

Korean:

주의: 한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. 1-800-977-7522 (Arizona), 1-800-275-4737 (California), 1-888-445-8913 (Oregon) (TTY: 711) 번으로 전화해 주십시오.

Russian:

ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русском языке, то вам доступны бесплатные услуги перевода. Звоните 1-800-977-7522 (Arizona), 1-800-275-4737 (California), 1-888-445-8913 (Oregon) (телетайп: 711).

Arabic:

ملحوظة: إذا كنت تتحدث اذكر اللغة، فإن خدمات المساعدة اللغوية تتوافر لك بالمجان. اتصل برقم 1-800-977-7522 (Arizona), 1-800-275-4737 (California), 1-888-445-8913 (Oregon) (رقم هاتف الصم والبكم: 711).

Hindi:

ध्यान दें: यदि आप हदी बोलते हैं तो आपके लिए मुफ्त में भाषा सहायता सेवाएं उपलब्ध हैं। 1-800-977-7522 (Arizona), 1-800-275-4737 (California), 1-888-445-8913 (Oregon) (TTY: 711) पर कॉल करें।

Italian:

ATTENZIONE: In caso la lingua parlata sia l'italiano, sono disponibili servizi di assistenza linguistica gratuiti. Chiamare il numero 1-800-977-7522 (Arizona), 1-800-275-4737 (California), 1-888-445-8913 (Oregon) (TTY: 711).

Portuguese:

ATENÇÃO: Se fala português, encontram-se disponíveis serviços linguísticos, grátis. Ligue para 1-800-977-7522 (Arizona), 1-800-275-4737 (California), 1-888-445-8913 (Oregon) (TTY: 711).

French Creole:

ATANSYON: Si w pale Kreyòl Ayisyen, gen sèvis èd pou lang ki disponib gratis pou ou. Rele 1-800-977-7522 (Arizona), 1-800-275-4737 (California), 1-888-445-8913 (Oregon) (TTY: 711).

Polish:

UWAGA: Jeżeli mówisz po polsku, możesz skorzystać z bezpłatnej pomocy językowej. Zadzwoń pod numer 1-800-977-7522 (Arizona), 1-800-275-4737 (California), 1-888-445-8913 (Oregon) (TTY: 711).

Japanese:

注意事項：日本語を話される場合、無料の言語支援をご利用いただけます。1-800-977-7522 (Arizona), 1-800-275-4737 (California), 1-888-445-8913 (Oregon) (TTY: 711)まで、お電話にてご連絡ください。

Farsi:

توجه: اگر به زبان فارسی گفتگو می کنید، تسهیلات زبانی بصورت رایگان برای شما فراهم می باشد.
با (TTY: 711) 1-888-445-8913 (Oregon), 1-800-275-4737 (California), 1-800-977-7522 (Arizona) تماس بگیرید.

Armenian:

ՈՒՇԱՂՐՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐ Եթե խոսում եք հայերեն, ապա ձեզ անվճար կարող են տրամադրվել լեզվական աջակցության ծառայություններ: Ջանգահարեք 1-800-977-7522 (Arizona), 1-800-275-4737 (California), 1-888-445-8913 (Oregon) (TTY (հեռատիպ)՝ 711):

Cambodian:

ប្រយ័ត្ន៖ បើសិនជាអ្នកនិយាយ ភាសាខ្មែរ, សេវាជំនួយផ្នែកភាសា ដោយមិនគិតល្អូល គឺអាចមានសំរាប់បំរើអ្នក។ ចូរ ទូរស័ព្ទ
1-800-977-7522 (Arizona), 1-800-275-4737 (California), 1-888-445-8913 (Oregon) (TTY: 711)។

Punjabi:

ਪਿਆਰ ਦਿਓ: ਜੇ ਤੁਸੀਂ ਪੰਜਾਬੀ ਬੋਲਦੇ ਹੋ, ਤਾਂ ਭਾਸ਼ਾ ਵਿੱਚ ਸਹਾਇਤਾ ਸੇਵਾ ਤੁਹਾਡੇ ਲਈ ਮੁਫਤ ਉਪਲਬਧ ਹੈ। 1-800-977-7522 (Arizona), 1-800-275-4737 (California), 1-888-445-8913 (Oregon) (TTY: 711) 'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ।

Thai:

เรียน: ถ้าคุณพูดภาษาไทยคุณสามารถใช้บริการช่วยเหลือทางภาษาได้ฟรี โทร 1-800-977-7522 (Arizona), 1-800-275-4737 (California), 1-888-445-8913 (Oregon) (TTY: 711).

Laotian:

ໂປດຊາບ: ຖ້າວ່າທ່ານເວົ້າພາສາ ລາວ, ການບໍລິການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານພາສາ, ໂດຍບໍ່ເສັຽຄ່າ, ແມ່ນມີພ້ອມໃຫ້ທ່ານ. ໂທ 1-800-977-7522 (Arizona), 1-800-275-4737 (California), 1-888-445-8913 (Oregon) (TTY: 711).

Serbo-Croatian:

OBAVJEŠTENJE: Ako govorite srpsko-hrvatski, usluge jezičke pomoći dostupne su vam besplatno. Nazovite 1-800-977-7522 (Arizona), 1-800-275-4737 (California), 1-888-445-8913 (Oregon) (TTY- Telefon za osobe sa oštećenim govorom ili sluhom: 711).

Ukranian:

УВАГА! Якщо ви розмовляєте українською мовою, ви можете звернутися до безкоштовної служби мовної підтримки. Телефонуйте за номером 1-800-977-7522 (Arizona), 1-800-275-4737 (California), 1-888-445-8913 (Oregon) (телетайп: 711).

