

Resumen *de* Beneficios

Grupo de Pequeñas Empresas
PPO Gold \$30/\$0 • Plan de Seguro 9LG



OPCIONES DE PRESTACIÓN

Cuando necesita cuidado de la salud, es bueno tener opciones. Es por eso que Health Net Life* ofrece un plan de seguro de Organización de Proveedores Preferidos (por sus siglas en inglés, PPO), llamado “Health Net PPO”, un plan de seguro que le ofrece flexibilidad y opciones. Este Resumen de Beneficios (por sus siglas en inglés, SB) responde a las preguntas básicas sobre Health Net PPO. Si tiene preguntas adicionales, llame al Centro de Comunicación con el Cliente al número de teléfono que aparece en la contraportada y hable con uno de nuestros cordiales e informados representantes.

La cobertura descrita en este Resumen de Beneficios y Formulario de Divulgación (por sus siglas en inglés, SB/DF) debe concordar con los requerimientos de cobertura de los Beneficios de Salud Esenciales en conformidad con la Ley de Cuidado de Salud Asequible (por sus siglas en inglés, ACA). Los Beneficios de Salud Esenciales no están sujetos a ningún límite anual en dólares.

Los beneficios descritos en este SB/DF no discriminan por motivos de raza, origen étnico, nacionalidad, sexo, identidad sexual, expresión sexual, edad, discapacidad, orientación sexual, información genética o religión, así como tampoco están sujetos a ningún período de exclusión ni de condiciones pre-existentes.

Si tiene otras preguntas, comuníquese con nosotros:



Por teléfono al 1-888-926-5133



O escriba a: Health Net Life Insurance Company

P.O. Box 10196

Van Nuys, CA 91410-0196

**Este plan de seguro está asegurado por Health Net Life Insurance Company y es administrado por Health Net of California, Inc. (Health Net).*

Este *Resumen de beneficios* (SB) es sólo un resumen de su plan de seguro de salud. El *Certificado de Seguro* (*Certificado*) del plan, que recibirá después de inscribirse, contiene los términos y condiciones exactos de su cobertura de Health Net Life. Usted tiene derecho a revisar el *Certificado* antes de inscribirse. Para obtener una copia del *Certificado*, llame al Centro de Comunicación con el Cliente al 1-888-926-5133. Consulte también la *Póliza de Seguro Grupal* (*Póliza*) de Health Net PPO (emitida para su empleador) a fin de determinar las disposiciones contractuales que le rigen. Es importante que lea cuidadosamente este SB y el *Certificado* del plan una vez que los reciba, especialmente aquellas secciones que se apliquen a las personas con necesidades especiales de cuidado de la salud. Este SB incluye una matriz de beneficios en la sección titulada “Programa de beneficios y cobertura”. En caso de conflicto, regirá el *Certificado*. Los beneficios por mandato estatal podrán aplicarse dependiendo de su estado de residencia.

Índice

CÓMO FUNCIONA EL PLAN DE SEGURO	3
PROGRAMA DE BENEFICIOS Y COBERTURA.....	4
LÍMITES DE COBERTURA	16
BENEFICIOS Y COBERTURA	19
ADMINISTRACIÓN DE LA UTILIZACIÓN.....	25
PAGO DE PRIMAS Y CARGOS.....	26
RENOVACIÓN, CONTINUIDAD O FINALIZACIÓN DE LA COBERTURA	28
SI USTED NO ESTÁ DE ACUERDO CON ALGÚN PUNTO DE NUESTRO PLAN DE SEGURO.....	31
INFORMACIÓN SOBRE LOS BENEFICIOS ADICIONALES DEL PLAN DE SEGURO	32
PROGRAMA DE MEDICAMENTOS QUE REQUIEREN RECETA MÉDICA.....	32
PROGRAMA DE CUIDADO DE LA VISTA PEDIÁTRICO	37
AVISO DE SERVICIOS DE IDIOMAS.....	40

Cómo funciona el plan de seguro

Lea la siguiente información para saber de quién o de qué grupo de proveedores puede recibir cuidado de la salud.

SELECCIÓN DE MÉDICOS

Este plan de seguro le permite:

- Seleccionar sus propios médicos y hospitales para todas sus necesidades de cuidado de la salud; y
- Aprovechar los ahorros significativos en los costos cuando utiliza médicos contratados por nuestra PPO.

Como la mayoría de los planes de seguro PPO, Health Net PPO ofrece dos maneras diferentes para tener acceso a la atención:

- Dentro de la red, significa que selecciona un médico (u hospital) contratado por nuestra PPO.
- Fuera de la red, significa que selecciona un médico (u hospital) que no está contratado por nuestra PPO.

Su elección de médicos y hospitales puede determinar qué servicios estarán cubiertos, así como la cantidad que usted pagará. En muchos casos, se requiere de certificación para recibir los beneficios completos (consulte la sección “Programa de beneficios y cobertura” de este folleto). Los proveedores preferidos se enumeran en el sitio Web de HNL en www.healthnet.com, o bien, usted puede llamar al Centro de Comunicación con el Cliente al número de teléfono que aparece en la contraportada para obtener una copia del Directorio de Proveedores Preferidos.

CUANDO UTILICE UN PROVEEDOR FUERA DE LA RED, LOS BENEFICIOS SE REDUCIRÁN CONSIDERABLEMENTE Y USTED INCURRIRÁ EN UN GASTO DE DESEMBOLSO SIGNIFICATIVAMENTE MAYOR. PARA MAXIMIZAR LOS BENEFICIOS RECIBIDOS CONFORME A ESTE PLAN DE SEGURO HEALTH NET PPO, USTED DEBE UTILIZAR LOS PROVEEDORES PREFERIDOS.

CÓMO INSCRIBIRSE

Complete el formulario de inscripción que se encuentra en el paquete de inscripción y entrégueselo a su empleador. Si dicho formulario no está incluido, su empleador puede pedirle que utilice un formulario electrónico de inscripción o un sistema interactivo de respuesta de voz para inscribirse. Comuníquese con su empleador para obtener más información.

Algunos hospitales y otros proveedores no prestan uno o más de los siguientes servicios que pueden estar cubiertos por el *Certificado* del plan y que usted o sus dependientes podrían necesitar:

- Planificación familiar;
- Servicios anticonceptivos, incluyendo anticoncepción de emergencia;
- Esterilización, incluyendo ligadura de trompas al momento del parto;
- Tratamientos de infertilidad; o
- Aborto.

Antes de inscribirse, debe obtener información adicional. Llame a su posible médico, proveedor participante o preferido o clínica, o bien, llame al Centro de Comunicación con el Cliente al número de teléfono que aparece en la contraportada para asegurarse de poder obtener los servicios de cuidado de la salud que necesita.

Programa de beneficios y cobertura

Los servicios cubiertos y la cantidad que usted pague dependen del médico u hospital que seleccione cuando necesite cuidado de la salud. El siguiente cuadro resume lo que está cubierto y la cantidad que usted paga con Health Net Life PPO.

Matriz de beneficios principales y cobertura

Niveles de beneficios	PPO	OON (fuera de la red)
<i>Características</i>	(Proveedores preferidos) Atención proporcionada por médicos y hospitales contratados por nuestra PPO	(Resto de proveedores) Atención proporcionada por médicos titulados y hospitales que no tienen un contrato con nuestra PPO
	<ul style="list-style-type: none"> • Menores costos de desembolso • Gran libertad de elección • Para ciertos servicios se requiere la certificación de Health Net Life • Por lo general, no se requieren formularios de reclamo para reembolsos • Debe cumplir con el coseguro (si es aplicable a este plan de seguro) • Cobertura disponible para servicios de atención preventiva 	<ul style="list-style-type: none"> • Mayores costos de desembolso • Mayor libertad de elección • Para ciertos servicios se requiere la certificación de Health Net Life • Se requieren formularios de reclamo para reembolsos • Debe cumplir con el coseguro



Para el nivel de beneficios de PPO, los porcentajes que aparecen en este cuadro se basan en las tasas contratadas con los proveedores. Para obtener más detalles, consulte “Tasa Contratada” en la sección “Pago de primas y cargos”.

Para el nivel de beneficios fuera de la red, los porcentajes que aparecen en este cuadro se basan en la Lista de Valores Relativos Basados en Recursos (por sus siglas en inglés, RBRVS). La persona cubierta es responsable de los cargos que excedan los honorarios de la RBRVS, además del coseguro especificado.

Máximos del Plan de seguro

PPO

OON (fuera de la red)

Desembolso máximo anual
(OOPM)

Una vez que su pago por co-pagos o coseguros para PPO o fuera de la red iguale la cantidad que se muestra a continuación en cualquier año calendario, no se requerirán co-pagos ni coseguros adicionales por los servicios cubiertos durante el resto de ese año. Los pagos por servicios que no están cubiertos por este plan de seguro, o por ciertos servicios según se especifica en la sección “Pago de primas y cargos” de este SB, no se aplicarán a este desembolso máximo anual. Usted deberá continuar pagando por cualquier beneficio adicional, según se describe en la sección “Información sobre los beneficios adicionales del plan de seguro” de este SB.

Por cada persona cubierta.....\$6350\$12700

Por una familia\$12700\$25400

Tipo de servicios, máximos de beneficios y lo que paga usted

Servicios profesionales	PPO	OON
Consulta de atención primaria	\$30 [±]	50%
Visitas prenatales al consultorio [♦]	Totalmente cubierto.....	50%
Visitas postnatales al consultorio [♦]	\$30	50%
Parto normal, cesárea, atención profesional del recién nacido como paciente hospitalizado*	20%	50%
Tratamiento de complicaciones del embarazo, incluyendo abortos médicamente necesarios*	Consulte la nota a	Consulte la nota a
.....	continuación**	continuación**
Visita del médico al hospital o centro de enfermería especializada.....	20%	50%
Servicios de cirujano o cirujano asistente ^{▲, *}	20%	50%
Administración de anestésicos.....	20%	50%
Terapia de rehabilitación (incluye fisioterapia, y terapia del habla, ocupacional, de rehabilitación cardíaca y de rehabilitación pulmonar) *	\$30	Sin cobertura
Terapia de habilitación*	\$30	Sin cobertura
Trasplantes de órganos y de células madre (no experimentales ni de investigación) *	20%	Sin cobertura
Quimioterapia	\$30	50%
Radioterapia*	\$30	50%

Exámenes de la vista (para diagnóstico o tratamiento, incluyendo exámenes refractivos de la vista)

(desde el nacimiento hasta los

18 años)..... Consulte Cuidado de la Vista Pediátrico . Sin cobertura

(19 años y mayores) Consulte las notas[±] Sin cobertura

Exámenes de la audición (para detectar una pérdida de la audición)

Consulte las notas[±] Sin cobertura

[±]Usted pagaría el co-pago aplicable por consulta de atención primaria o consultas con un especialista según el tipo de proveedor que presta el servicio.

♦ Las visitas al consultorio para atención prenatal, postnatal y del recién nacido relacionadas con servicios preventivos están cubiertas en su totalidad para proveedores preferidos. Si el objetivo principal de la visita al consultorio no está relacionado con un servicio preventivo o si se reciben otros servicios no preventivos durante la misma visita al consultorio, el co-pago o coseguro anterior se aplicará a los servicios no preventivos.

** Los requisitos de los co-pagos o coseguros correspondientes se aplican a cualquier servicio y suministro requerido para el tratamiento de una enfermedad o condición, incluyendo, pero sin limitarse a, complicaciones del embarazo. Por ejemplo, si la complicación requiere una visita al consultorio, entonces se aplicará el co-pago o coseguro por visita al consultorio.

* Estos servicios requieren de una certificación para obtener cobertura. Para obtener una lista completa de los servicios que requieren certificación, consulte la sección “Servicios que requieren certificación” de este SB. La atención de rutina por embarazo no requiere certificación previa. Sin embargo, se solicita una notificación del embarazo. Si se requiere certificación pero no se obtiene, se cobrará una multa de \$250 por admisiones de pacientes hospitalizados por día y una multa de \$250 por consultas de pacientes ambulatorios.

▲ La cirugía incluye la reconstrucción quirúrgica de un seno a raíz de una mastectomía, incluyendo la cirugía para restaurar la simetría; además incluye la prótesis y el tratamiento de complicaciones físicas en todas las etapas de la mastectomía, incluyendo linfedema.

Tratamiento para alergias y otras inyecciones (excepto inyecciones para la infertilidad)	PPO	OON
Pruebas de alergia	\$50.....	50%
Suero para alergias.....	\$50.....	50%
Servicios de inyecciones para alergias.....	\$50.....	50%
Inyecciones (excepto para la infertilidad)		
Medicamentos inyectables administrados por un médico.....	20%	50%

Determinados medicamentos inyectables que se consideran autoadministrados están cubiertos en el nivel de medicamentos de especialidades conforme al beneficio de farmacia. Los medicamentos de

especialidades no están cubiertos conforme a los beneficios médicos incluso si son administrados en el consultorio del médico. Si necesita que el proveedor le administre el medicamento de especialidades, usted deberá obtener dicho medicamento a través del Proveedor de Especialidades Farmacéuticas y llevarlo con usted al consultorio del proveedor. Alternativamente, usted puede coordinar la entrega del medicamento de especialidades directamente al consultorio del proveedor a través del Proveedor de Especialidades Farmacéuticas. Consulte la parte “Proveedor de Especialidades Farmacéuticas” de esta sección “Programa de beneficios y cobertura” para conocer el co-pago o coseguro aplicable.



Las inyecciones para el tratamiento de la infertilidad se describen a continuación en la sección “Servicios para la infertilidad”.

Servicios para pacientes ambulatorios	PPO	OON
Servicios en centros para pacientes ambulatorios (que no sean cirugía, excepto los servicios para la infertilidad) *	20%	50%
Cirugía para pacientes ambulatorios (sólo cargos del hospital o centro quirúrgico ambulatorio, excepto los servicios para la infertilidad) *	20%	50%

* Estos servicios requieren de una certificación para obtener cobertura. Para obtener una lista completa de los servicios que requieren certificación, consulte la sección “Servicios que requieren certificación” de este SB. La atención de rutina por embarazo no requiere certificación previa. Sin embargo, se solicita una notificación del embarazo. Si se requiere certificación pero no se obtiene, se cobrará una multa de \$250 por admisiones de pacientes hospitalizados por día y una multa de \$250 por consultas de pacientes ambulatorios.



La atención de la infertilidad para pacientes ambulatorios se describe a continuación en la sección “Servicios para la infertilidad”.

Servicios hospitalarios	PPO	OON
Habitación semiprivada en un hospital o unidad de cuidados especiales con servicios auxiliares, incluyendo atención por parto y maternidad (sin límite de días) *	20%	50%
Hospitalización en un centro de enfermería especializada*	20%	50%
Internación por cirugía bariátrica (pérdida de peso)*	20%	Sin cobertura


* Estos servicios requieren de una certificación para obtener cobertura. Para obtener una lista completa de los servicios que requieren certificación, consulte la sección “Servicios que requieren certificación” de este SB. La atención de rutina por embarazo no requiere certificación previa. Sin embargo, se solicita una notificación del embarazo. Si se requiere certificación pero no se obtiene, se cobrará una multa de \$250 por admisiones de pacientes hospitalizados por día y una multa de \$250 por consultas de pacientes ambulatorios.

Combinado para PPO y fuera de la red.


El coseguro por servicios hospitalarios para pacientes internados o servicios en unidades de cuidados especiales mencionado anteriormente se aplica a cada admisión de hospitalización para un adulto, un niño o un recién nacido. Si un paciente recién nacido requiere admisión en una unidad de cuidados especiales, se aplicará un co-pago aparte por servicios hospitalarios para pacientes internados.

La atención de la infertilidad para pacientes hospitalizados se describe a continuación en la sección “Servicios para la infertilidad”.

Servicios radiológicos	PPO	OON
Procedimientos de laboratorio	\$30.....	50%
Imágenes de diagnóstico (incluyendo rayos X).....	\$50.....	50%
Tomografía (CT), tomografía por emisión de fotón único (SPECT), imágenes por resonancia magnética (MRI), ventriculografía nuclear (MUGA) y tomografía por emisión de positrones (PET).....	20%	50%

 *Estos servicios requieren de una certificación para obtener cobertura. Para obtener una lista completa de los servicios que requieren certificación, consulte la sección “Servicios que requieren certificación” de este SB. La atención de rutina por embarazo no requiere certificación previa. Sin embargo, se solicita una notificación del embarazo. Si se requiere certificación pero no se obtiene, se cobrará una multa de \$250 por admisiones de pacientes hospitalizados por día y una multa de \$250 por consultas de pacientes ambulatorios.*

Atención Preventiva	PPO	OON
Servicios de atención preventiva.....	Totalmente cubierto	Sin cobertura

 *Los servicios de atención preventiva están cubiertos para niños y adultos, según las indicaciones de su médico, de acuerdo con las pautas establecidas por las recomendaciones de grado A y B del Grupo Especial de Servicios Preventivos de los EE. UU.; las recomendaciones del Comité Asesor sobre las Prácticas de Vacunación que fueron adoptadas por los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades, y las pautas respaldadas por la Administración de Recursos y Servicios de Salud (por sus siglas en inglés, HRSA) para bebés, niños, adolescentes y el cuidado de la salud preventivo de la mujer.*

Los servicios de atención preventiva incluyen, pero no se limitan a, evaluaciones periódicas de salud, vacunas, procedimientos de diagnóstico preventivos, como servicios de atención preventiva para el embarazo, y exámenes preventivos de la vista y la audición, prueba de detección del virus del papiloma humano (por sus siglas en inglés, HPV) aprobada por la Administración federal de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (por sus siglas en inglés, FDA) y la opción de una prueba de detección de cáncer de cuello uterino aprobada por la FDA.

Se cubrirá un sacaleches y los suministros necesarios para su uso en cada embarazo sin costo para la persona cubierta. Determinaremos el tipo de equipo, si se deberá alquilar o comprar y el proveedor que lo proporciona. Los sacaleches pueden obtenerse llamando al Centro de

Comunicación con el Cliente al número de teléfono que aparece en la contraportada de este folleto.

Cobertura de la salud de emergencia**PPO****OON**

No se aplicarán co-pagos por consultas en la sala de emergencias si el afiliado es admitido como paciente hospitalizado directamente desde la sala de emergencias.

Sala de emergencias (servicios profesionales y del centro)	\$250	\$250
Centro de atención de urgencia (servicios profesionales y del centro)	\$60	50%



El coseguro que se indica para los servicios de cuidado de la salud de emergencia de PPO se aplicará a toda la atención de emergencia, sin importar si el proveedor de cuidado de la salud es un proveedor de PPO o un proveedor no contratado. El coseguro que se indica para proveedores de PPO y fuera de la red sólo se aplica cuando se proporciona atención que no es de emergencia en una sala de emergencias o en un centro de atención de urgencia.

Servicios de ambulancia**PPO****OON**

Ambulancia terrestre	\$250	\$250
Ambulancia aérea*	\$250	\$250

* Estos servicios requieren de una certificación para obtener cobertura. Para obtener una lista completa de los servicios que requieren certificación, consulte la sección “Servicios que requieren certificación” de este SB. La atención de rutina por embarazo no requiere certificación previa. Sin embargo, se solicita una notificación del embarazo. Si se requiere certificación pero no se obtiene, se cobrará una multa de \$250 por admisiones de pacientes hospitalizados por día y una multa de \$250 por consultas de pacientes ambulatorios.

Plan de medicamentos que requieren receta médica para pacientes ambulatorios**Medicamentos que requieren receta médica****Farmacia participante****Farmacia no participante**

Para conocer las definiciones, los beneficios y las limitaciones, consulte la sección “Programa de medicamentos que requieren receta médica” de este SB. Los co-pagos por beneficios suplementarios no se aplican al desembolso máximo.

Farmacia de venta minorista (suministro para un período de hasta 30 días)

Medicamentos del Nivel I enumerados en la Lista de Medicamentos que Requieren Receta Médica Esenciales (principalmente genéricos)	\$19	Sin cobertura
---	------------	---------------

Medicamentos del Nivel II enumerados en la Lista de Medicamentos que Requieren Receta Médica Esenciales (principalmente de marca) y suministros para diabéticos (incluyendo la insulina) ♦	\$50.....	Sin cobertura
Medicamentos del Nivel III enumerados en la Lista de Medicamentos que Requieren Receta Médica Esenciales (o medicamentos que no se mencionan en la Lista de Medicamentos que Requieren Receta Médica Esenciales) ♦	\$70.....	Sin cobertura
Medicamentos para dejar de fumar	50%	Sin cobertura
Anticonceptivos para la mujer y medicamentos preventivos*	Totalmente cubierto	Sin cobertura

Proveedor de Especialidades Farmacéuticas

Farmacia de Especialidades

Medicamentos de Especialidades cuando están enumerados en la Lista de Medicamentos Recomendados.....	20%
---	-----

Programa de compra por correo (suministro para un período de hasta 90 días de medicamentos de mantenimiento)

Medicamentos del Nivel I enumerados en la Lista de Medicamentos que Requieren Receta Médica Esenciales (principalmente genéricos)	\$38.....	Sin Cobertura
Medicamentos del Nivel II enumerados en la Lista de Medicamentos que Requieren Receta Médica Esenciales (principalmente de marca) y suministros para diabéticos (incluyendo la insulina) ♦	\$100.....	Sin Cobertura

Medicamentos del Nivel III enumerados en la Lista de Medicamentos que Requieren Receta Médica Esenciales (o medicamentos que no se mencionan en la Lista de Medicamentos que Requieren Receta Médica Esenciales) ♦	\$140	Sin Cobertura
Anticonceptivos para la mujer y medicamentos preventivos*	Totalmente cubierto	Sin cobertura

♦ Los medicamentos genéricos serán despachados cuando un medicamento genérico equivalente se encuentre disponible en el mercado. Cuando se despacha un medicamento de marca y existe un equivalente genérico disponible en el mercado, la persona cubierta deberá pagar la diferencia entre el equivalente genérico y el medicamento de marca, además de los co-pagos o coseguros indicados.

* Los medicamentos preventivos y los anticonceptivos para la mujer aprobados por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos cuentan con cobertura sin cargo para la persona cubierta. Los medicamentos preventivos son medicamentos de venta libre recetados o Medicamentos que Requieren Receta Médica que se utilizan a efectos de la salud preventiva de acuerdo con las recomendaciones de grado A y B del Grupo Especial de Servicios Preventivos de los EE. UU.

Si se despacha un medicamento de marca, y un medicamento genérico equivalente se encuentra comercialmente disponible, usted deberá pagar la diferencia del costo entre el medicamento genérico y el medicamento de marca. No obstante, si un medicamento de marca es médicamente necesario y el médico obtiene la autorización previa de Health Net Life, entonces el medicamento de marca se despachará sin cargo.

Materiales médicos	PPO	OON
Equipo médico duradero *	20%	Sin cobertura
Educación sobre la diabetes	\$30	50%
Aparatos Ortóticos (como aparatos ortopédicos, soportes y yesos) *	20%	Sin cobertura
Calzado correctivo*	20%	Sin cobertura
Equipo para diabéticos (Consulte la sección “Programa de Medicamentos que Requieren Receta Médica” de este SB para obtener información sobre el beneficio de suministros para diabéticos)	20%	50%
Calzado para diabéticos	20%	50%
Prótesis*	20%	50%



Los dispositivos y suministros para el amamantamiento, según lo respaldado por las pautas de la HRSA, están cubiertos conforme a la parte “Atención preventiva” de esta sección.



El equipo médico duradero está cubierto cuando es médicamente necesario y adquirido o suministrado de parte de un proveedor contratado de equipo médico duradero que sea designado por HNL. Los proveedores preferidos que no son designados por HNL como un proveedor contratado de equipo médico duradero son considerados proveedores fuera de la red a los fines de determinar la cobertura y los beneficios. El equipo médico duradero no está cubierto si es proporcionado por un proveedor fuera de la red. Para obtener información sobre los proveedores contratados de equipo médico duradero designados por HNL, llame al Centro de Comunicación con el Cliente al número de teléfono que aparece en la contraportada.



El equipo para diabéticos cubierto por el beneficio médico (a través de “Equipo para diabéticos”) incluye monitores del nivel de glucosa en sangre diseñados para ayudar a las personas con impedimentos visuales, bombas de insulina y suministros relacionados, y calzado correctivo. El equipo y los suministros para diabéticos cubiertos por el beneficio de medicamentos que requieren receta médica incluyen insulina, marcas específicas de monitores del nivel de glucosa en sangre y tiras reactivas para el control del nivel de glucosa en sangre, tiras reactivas para el control de los niveles de Cetona en orina, lancetas y dispositivos tipo lancetas para punción, marcas específicas de sistemas de administración con pluma para la administración de insulina (incluyendo las agujas para la pluma) y jeringas para insulina.

Además, los siguientes suministros están cubiertos por el beneficio médico tal como se especifica: a través del beneficio de prótesis, se proporcionan aparatos para la vista (excluyendo lentes y accesorios) para ayudar a las personas con impedimentos visuales en la dosificación correcta de la insulina; a través del beneficio de medicamentos auto inyectables, se proporciona Glucagón. La capacitación para el autocontrol, la educación y la terapia de nutrición médica estarán cubiertas sólo si son brindadas por profesionales para el cuidado de la salud titulados, con conocimiento y experiencia en el control o el tratamiento de la diabetes (proporcionadas a través del beneficio de educación del paciente).

** Estos servicios requieren de una certificación para obtener cobertura. Para obtener una lista completa de los servicios que requieren certificación, consulte la sección “Servicios que requieren certificación” de este SB. La atención de rutina por embarazo no requiere certificación previa. Sin embargo, se solicita una notificación del embarazo. Si se requiere certificación pero no se obtiene, se cobrará una multa de \$250 por admisiones de pacientes hospitalizados por día y una multa de \$250 por consultas de pacientes ambulatorios.*

Beneficios de trastornos mentales y dependencia de sustancias químicas

PPO

OON



Enfermedad mental grave incluye esquizofrenia, trastorno esquizoafectivo, trastorno bipolar (enfermedad maníaco-depresiva), trastornos depresivos graves, trastorno de pánico, trastornos obsesivo-compulsivos, trastorno generalizado del desarrollo (incluyendo Trastorno Autístico, Trastorno de Rett, Trastorno Desintegrativo de la Infancia, Trastorno de Asperger y Trastorno Generalizado del Desarrollo que no incluyan específicamente Autismo Atípico, de acuerdo con la edición más reciente del Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales), autismo, anorexia nerviosa y bulimia nerviosa.

Un trastorno emocional grave del niño ocurre cuando un niño menor de 18 años padece uno o más trastornos mentales identificados en la edición más reciente del Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales, que no sea principalmente un trastorno por dependencia de sustancias químicas o un trastorno del desarrollo y que tenga como consecuencia un comportamiento inapropiado para la edad del niño de acuerdo con las normas de desarrollo esperadas. Además, el niño debe cumplir con una de las siguientes condiciones: (a) como resultado del trastorno mental, el niño tiene un problema importante en por lo menos dos de las siguientes áreas: cuidado personal, rendimiento escolar, relaciones familiares o capacidad para actuar dentro de la comunidad y (i) el niño se encuentra en riesgo de ser separado del hogar o ya ha sido separado de este o (ii) el trastorno mental y los problemas han durado más de seis meses o es probable que continúen durante más de un año; (b) el niño demuestra alguna de las siguientes condiciones: rasgos psicóticos, riesgo de suicidio o riesgo de violencia debido a un trastorno mental; y/o (c) el niño cumple con los requisitos de elegibilidad para educación especial, según lo establece el Capítulo 26.5 (comenzando en el Artículo 7570) de la Sección 7 del Título 1 del Código de Gobierno.

Enfermedad Mental Grave y

Trastornos Emocionales

Graves del Niño

Consulta profesional para pacientes ambulatorios (evaluación psicológica o sesión terapéutica en un consultorio) ♦	\$30	50%
Consulta profesional para pacientes ambulatorios (evaluación psicológica o sesión terapéutica en el hogar para el trastorno generalizado del desarrollo o el autismo por proveedor por día) ♦	\$30	50%
Servicios para pacientes hospitalizados*	20%	50%

Otros Trastornos Mentales

Consulta profesional para pacientes ambulatorios (evaluación psicológica o sesión terapéutica en un consultorio) ♦	\$30	50%
Servicios para pacientes hospitalizados*	20%	50%

Dependencia de Sustancias Químicas

Consulta profesional para pacientes ambulatorios (evaluación psicológica o sesión terapéutica en un consultorio) ♦ ^Ω	\$30	50%
Servicios para pacientes hospitalizados*	20%	50%
Desintoxicación aguda*	20%	50%

^Ω Incluye mantenimiento con metadona durante el embarazo y los dos meses posteriores al parto.

♦ Cada sesión de terapia de grupo requiere sólo la mitad del co-pago por una visita privada al consultorio. Si dos o más personas cubiertas de la misma familia asisten a la misma sesión de tratamiento para pacientes ambulatorios, sólo se aplicará un co-pago.

* Estos servicios requieren de una certificación para obtener cobertura. Para obtener una lista completa de los servicios que requieren certificación, consulte la sección "Servicios que requieren certificación" de este SB. La atención de rutina por embarazo no requiere certificación previa. Sin embargo, se solicita una notificación del embarazo. Si se requiere certificación pero no se obtiene, se cobrará una multa de \$250 por admisiones de pacientes hospitalizados por día y una multa de \$250 por consultas de pacientes ambulatorios.

Servicios de Cuidado de la Salud en el Hogar	PPO	OON
Visitas de cuidado de la salud en el hogar*	20%	50%
Máximo de consultas por año calendario ^Ω	100	100

* Estos servicios requieren de una certificación para obtener cobertura. Para obtener una lista completa de los servicios que requieren certificación, consulte la sección "Servicios que requieren certificación" de este SB. La atención de rutina por embarazo no requiere certificación previa. Sin embargo, se solicita una notificación del embarazo. Si se requiere certificación pero no se obtiene, se cobrará una multa de \$250 por admisiones de pacientes hospitalizados por día y una multa de \$250 por consultas de pacientes ambulatorios.

^Ω Combinado para PPO y fuera de la red.

Otros servicios	PPO	OON
Esterilización: Vasectomía	20% [∞]	50%
Esterilización: Ligadura de trompas	Totalmente cubierto	Sin cobertura
Sangre, plasma sanguíneo, derivados de la sangre y factores de la sangre (excepto los medicamentos utilizados para tratar la hemofilia, incluyendo los factores de la sangre)**	20%	50%
Medicamentos utilizados para tratar la hemofilia, incluyendo los factores de la sangre**	Consulte los beneficios de Farmacia de Especialidades	Sin Cobertura
Diálisis renal	\$30	50%
Servicios del centro de cuidado de enfermos terminales*	Totalmente cubierto	50%
Terapia de infusión (en el hogar o en el consultorio del médico) *	\$30	50%

* Estos servicios requieren de una certificación para obtener cobertura. Para obtener una lista completa de los servicios que requieren certificación, consulte la sección “Servicios que requieren certificación” de este SB. La atención de rutina por embarazo no requiere certificación previa. Sin embargo, se solicita una notificación del embarazo. Si se requiere certificación pero no se obtiene, se cobrará una multa de \$250 por admisiones de pacientes hospitalizados por día y una multa de \$250 por consultas de pacientes ambulatorios.

** Los medicamentos utilizados para tratar la hemofilia, incluyendo los factores de la sangre, están cubiertos en el nivel de medicamentos de especialidades conforme al beneficio de farmacia. Los medicamentos de especialidades no están cubiertos conforme al beneficio médico, incluso si son administrados en el consultorio del médico. Si necesita que el proveedor le administre el medicamento de especialidades, Usted deberá obtener dicho medicamento a través del Proveedor de Especialidades Farmacéuticas y llevarlo con usted al consultorio del proveedor. Alternativamente, usted podrá coordinar la entrega del medicamento de especialidades directamente al consultorio del proveedor a través del Proveedor de Especialidades Farmacéuticas.



Los servicios y suministros para la infertilidad se describen a continuación en la sección “Servicios para la infertilidad”.

Servicios para la infertilidad	PPO	OON
Servicios y suministros para la infertilidad (todos los servicios cubiertos que diagnostiquen, evalúen o traten la infertilidad).....	Sin cobertura.....	Sin cobertura
Cuidado de acupuntura	PPO	OON
Visitas al consultorio*	\$30	Sin cobertura

* Estos servicios requieren de una certificación para obtener cobertura. Para obtener una lista completa de los servicios que requieren certificación, consulte la sección “Servicios que requieren certificación” de este SB.

Cuidado de la Vista pediátrico (desde el nacimiento hasta los 18 años)

† Los beneficios de la vista pediátricos son administrados por EyeMed Vision Care, LLC, un panel de proveedores de servicios de la vista contratado. Consulte la sección “Programa de Cuidado de la Vista Pediátrico” que aparece más adelante en este SB/DF para obtener información sobre los beneficios, incluyendo el Programa de Lentes y Accesorios.

Límites de cobertura

LO QUE NO ESTÁ CUBIERTO (EXCLUSIONES Y LIMITACIONES)

- Los servicios de ambulancia aérea o terrestre, y de paramédicos que no sean atención de emergencia o que no resulten en el transporte del paciente no estarán cubiertos, a menos que se obtenga una certificación y que los servicios sean médicamente necesarios;
- Inseminación artificial;
- Atención de salud mental como condición de libertad bajo palabra o de libertad condicional, o tratamiento y pruebas para trastornos mentales ordenados por un tribunal, excepto cuando dichos servicios sean médicamente necesarios;
- Cargos que excedan la tasa negociada entre cualquier organización y el médico, hospital u otro proveedor;
- Cuidado quiropráctico;
- Concepción mediante procedimientos médicos (fertilización en vitro [por sus siglas en inglés, IVF], transferencia intratubárica de gametos [por sus siglas en inglés, GIFT] y transferencia intratubárica de cigotos [por sus siglas en inglés, ZIFT]);
- Condiciones que resulten de la liberación de energía nuclear cuando se encuentren disponibles fondos del gobierno;
- Servicios o suministros cosméticos;
- Cuidado bajo custodia o como residente;
- Servicios dentales. Sin embargo, están cubiertos los servicios dentales o de ortodoncia médicamente necesarios que sean una parte integral de la cirugía reconstructiva relacionada con procedimientos de paladar hendido. El paladar hendido incluye, además de la afección con el mismo nombre, el labio leporino u otras anomalías craneofaciales asociadas con el paladar hendido;
- Suministros desechables para uso en el hogar;
- Procedimientos experimentales o de investigación, salvo según lo establecido en las secciones “Estudios clínicos” y “Si usted no está de acuerdo con algún punto de nuestro plan de seguro” de este SB;
- Las pruebas genéticas prenatales no están cubiertas, excepto cuando Health Net Life las considera médicamente necesarias. El médico que receta tiene que solicitar una autorización previa para la cobertura;
- Aparatos auditivos;
- Hipnosis;
- Vacunas para viajes al extranjero/propósitos laborales;
- Servicios para la infertilidad;
- Terapia matrimonial, salvo cuando se proporciona en relación con otros servicios prestados para un trastorno mental tratable;
- Instituciones no elegibles. Este plan de seguro sólo cubre los servicios o suministros proporcionados por un hospital que funcione legalmente, un centro de enfermería especializada aprobado por Medicare u otro centro debidamente autorizado, tal como se especifica en el *Certificado*. Cualquier institución, sin importar cómo se designe, no es una institución elegible. Los servicios o suministros proporcionados por dichas instituciones no están cubiertos;
- Trastornos no tratables;
- Ortóptica (ejercicios oculares);

- Aparatos ortóticos (como aparatos ortopédicos, soportes y yesos) que no están hechos a la medida para el cuerpo de la persona cubierta. Consulte la viñeta sobre “calzado correctivo” que aparece anteriormente para conocer las limitaciones adicionales de los aparatos ortóticos para los pies;
- Medicinas o medicamentos que requieren receta médica para pacientes ambulatorios (excepto según se indica en el “Programa de medicamentos que requieren receta médica”);
- Artículos personales o para la comodidad;
- Autotratamiento del médico;
- Médicos que traten a familiares directos;
- Habitación privada cuando sea hospitalizado, a menos que sea médicamente necesario;
- Atención de enfermería privada;
- Cirugía refractiva del ojo, a menos que sea médicamente necesaria, recomendada por el médico tratante de la persona cubierta y autorizada por Health Net Life;
- Cirugía para revertir procedimientos de esterilización;
- Cuidado de los pies de rutina para el tratamiento de callos, callosidades y corte de uñas, a menos que sea recetado para el tratamiento de la diabetes;
- Exámenes físicos de rutina (incluyendo exámenes psicológicos o pruebas de detección de drogas) para seguros, licencias, empleos, escuelas, campamentos u otros propósitos que no sean preventivos;
- Servicios y suministros que se determina que no son médicamente necesarios según se define en el *Certificado*;
- Servicios y suministros que no se indican específicamente en el *Certificado* del plan como gastos cubiertos;
- Servicios y suministros que no requieren de pago en la ausencia de seguro médico;
- Servicios por una lesión ocurrida en la comisión (o el intento de comisión) de un delito, a menos que la condición fuera una lesión producto de un acto de violencia intrafamiliar o producto de una condición médica;
- Los servicios para condiciones de un embarazo de madre sustituta están cubiertos cuando la madre sustituta es una persona cubierta conforme a este plan de HNL. Sin embargo, cuando se obtenga un pago por la sustitución, Health Net Life tendrá un derecho de retención sobre dicho pago para recuperar sus gastos médicos. Una madre sustituta es una mujer que acepta quedar embarazada con la intención de ceder la custodia de su hijo a otra persona;
- Servicios que no están relacionados con una enfermedad o lesión cubierta, excepto cuando se proporcionan como atención preventiva y exámenes anuales de rutina;
- Servicios recibidos antes de la fecha de vigencia o después de la terminación de la cobertura, excepto según lo específicamente estipulado en la sección “Extensión de Beneficios” del *Certificado* del plan;
- Servicios relacionados con fines educativos y profesionales, excepto el tratamiento de salud del comportamiento para el trastorno generalizado del desarrollo o el autismo;
- Tratamiento en un hospital estatal, salvo como resultado de una emergencia o atención requerida de urgencia;
- Estrés, salvo cuando el servicio se provee en relación con otros servicios prestados para un trastorno mental tratable;
- Tratamiento de trastornos de la articulación de la mandíbula o procedimientos quirúrgicos para reducir o realinear la mandíbula, a menos que sean médicamente necesarios;
- Tratamiento de la obesidad, reducción de peso o control de peso, excepto el tratamiento de la obesidad mórbida.

La lista anterior es parcial y se refiere a las principales exclusiones y limitaciones aplicables a la parte médica de su plan de seguro Health Net PPO. El *Certificado*, que usted recibirá si se inscribe en este plan de seguro, contendrá la lista completa.

Beneficios y cobertura

LO QUE USTED PAGA POR LOS SERVICIOS

La sección “Programa de beneficios y cobertura” explica su cobertura y pago por servicios. Tómese un momento para leerla en detalle.

Con Health Net PPO, usted es responsable del pago de una parte de los costos de su atención. La cantidad que usted paga puede variar desde una cantidad fija hasta un porcentaje significativo de los costos. Todo depende del médico (y hospital) que seleccione.

- Paga menos cuando recibe atención de médicos contratados por nuestra PPO, debido a que han acordado por anticipado brindar servicios por un honorario específico.
- Cuando recibe atención de médicos y hospitales fuera de la red, usted será responsable del coseguro aplicable, más el pago de cualquier cargo que exceda los gastos cubiertos según se define en el *Certificado*.
- Para algunos servicios, es necesaria una certificación para obtener los beneficios completos. Para obtener detalles, consulte la sección “Servicios que requieren Certificación” de este folleto.
- Para protegerle de gastos médicos inusualmente altos, existe una cantidad máxima o desembolso máximo, que usted será responsable de pagar en cualquier año dado. Una vez que usted haya pagado esta cantidad, el plan de seguro pagará el 100% de los gastos cubiertos. (Existen excepciones. Para obtener detalles, consulte el *Certificado*).

AVISO DE COBERTURA EXIGIDA

Los beneficios de este plan de seguro le brindan la cobertura exigida por la Ley Federal de Protección de la Salud de la Madre y el Recién Nacido de 1996 y por la Ley Federal de Salud de la Mujer y Derechos sobre el Cáncer de 1998.

La Ley de Protección de la Salud de la Madre y el Recién Nacido de 1996 establece el mínimo requerido para el período de Hospitalización después del parto. Específicamente, los planes de salud Grupales y las entidades emisoras de seguros de salud generalmente no pueden, conforme a las leyes Federales, restringir los beneficios del período de hospitalización en relación con el nacimiento, tanto para la madre como para el niño recién nacido, a menos de 48 horas después de un parto vaginal o a menos de 96 horas después de una cesárea. Sin embargo, las leyes Federales generalmente no prohíben que el proveedor a cargo de la atención de la madre o del recién nacido, después de consultar a la madre, pueda darle de alta a ella o al recién nacido antes de las 48 horas (o 96 horas, según corresponda). De cualquier modo, los planes y las entidades emisoras no pueden, conforme a las leyes Federales, exigir que un proveedor obtenga autorización del plan o de la entidad emisora de seguros para indicar un período de hospitalización de menos de 48 horas (o 96 horas).

La Ley de Salud de la Mujer y Derechos sobre el Cáncer de 1998 se aplica a las mastectomías médicamente necesarias y exige cobertura para las prótesis y la cirugía reconstructiva en cualquiera de los senos para restaurar y lograr la simetría.

SERVICIOS QUE REQUIEREN CERTIFICACIÓN¹

Los siguientes servicios requieren una certificación para obtener la cobertura de PPO y OON. Si usted no se comunica con Health Net Life antes de recibir ciertos servicios, su nivel de reembolso de beneficios disminuirá, según se muestra en la sección “Programa de beneficios y cobertura” de este SB.

Además, se cobrará una multa por admisiones de pacientes hospitalizados sin certificaciones y una multa por servicios para pacientes ambulatorios sin certificaciones. Estas multas no se aplican a su desembolso máximo. (Nota: una vez alcanzado el desembolso máximo, si no se obtiene certificación, no se pagará el 100% de los beneficios por los servicios). Los servicios prestados en casos de emergencia no requieren certificación.

Los servicios que requieren certificación incluyen:

Todas las admisiones de pacientes hospitalizados, en cualquier centro:

- Centro de rehabilitación para condiciones agudas
- Centro de atención para dependencia de sustancias químicas
- Centro de cuidado de enfermos terminales
- Hospital
- Centro de salud mental
- Centro de enfermería especializada

Ambulancia

Servicios de ambulancia aérea o terrestre que no son de emergencia

Servicios relacionados con procedimientos bariátricos:

Consultas y servicios no quirúrgicos relacionados con procedimientos bariátricos

Estudios clínicos

Aparatos ortóticos hechos a la medida

Equipo médico duradero:

- Estimulador de crecimiento de los huesos
- Dispositivo de presión positiva continua en las vías respiratorias (por sus siglas en inglés, CPAP)
- Artículos hechos a la medida
- Camas de hospital
- Sillas de ruedas eléctricas
- Escúteres

Servicios experimentales/de investigación y nuevas tecnologías.

Servicios de Cuidado de la Salud en el Hogar, incluyendo servicios de monitoreo uterino, servicios del centro de cuidado de enfermos terminales, enfermería, terapia ocupacional, fisioterapia, terapia del habla y servicios tocolíticos en el hogar.

Cuidado de Enfermos Terminales

Terapia de radiación de intensidad modulada (por sus siglas en inglés, IMRT)

Estimulador nervioso o de la médula espinal

Terapia ocupacional y del habla

Servicios de trasplante de órganos, tejidos y células madre, incluyendo servicios previos a la evaluación y el tratamiento, así como el procedimiento de trasplante

Imágenes de Diagnóstico para Pacientes Ambulatorios:

- CT (Tomografía)
- MRA (Angiografía por Resonancia Magnética)
- MRI (Imágenes por Resonancia Magnética)

- PET (Tomografía por Emisión de Positrones)
- Procedimientos de cardiología nuclear, incluyendo SPECT (Tomografía por Emisión de Fotón Único)

Productos farmacéuticos para pacientes ambulatorios

- Medicamentos auto inyectables
- Factores de hemofilia e inmunoglobulina intravenosa (por sus siglas en inglés, IVIG)
- Determinados medicamentos administrados por el médico, ya sea que se administren en el consultorio de un médico, en un centro de infusión independiente, en un centro quirúrgico para pacientes ambulatorios, en un centro de diálisis para pacientes ambulatorios o en un hospital para pacientes ambulatorios. Consulte el sitio Web de Health Net Life, www.healthnet.com, para obtener una lista de los medicamentos administrados por el médico que requieren Certificación.

Fisioterapia, terapia de rehabilitación cardíaca y pulmonar, y acupuntura para pacientes ambulatorios (que excedan las 12 consultas), sujetas a cualquier limitación de beneficios establecida en la sección “Programa de beneficios y cobertura”.

Procedimientos quirúrgicos para pacientes ambulatorios, que incluyen:

- Reparación de hernia abdominal, ventral, umbilical y de incisión
- Procedimientos bariátricos
- Blefaroplastia
- Reducción y aumento de senos
- Mastectomía (incluyendo la mastectomía parcial) para ginecomastia
- Procedimientos ortognáticos (incluyendo tratamiento de la articulación temporomandibular [por sus siglas en inglés, TMJ])
- Rinoplastia
- Tratamiento de venas varicosas
- Uvulopalatofaringoplastia (por sus siglas en inglés, UPPP) y UPPP asistida por láser
- Cirugía reconstructiva para servicios dentales o de ortodoncia médicamente necesarios que sean una parte integral de la cirugía reconstructiva relacionada con procedimientos de paladar hendido. El paladar hendido incluye, además de la afección con el mismo nombre, el labio leporino u otras anomalías craneofaciales asociadas con el paladar hendido

Prótesis y aparatos ortóticos por más de \$2,500 en cargos facturados.

Radiocirugía estereotáctica y radioterapia corporal estereotáctica (por sus siglas en inglés, SBRT).

Servicios tocolíticos (administración endovenosa de medicamentos utilizados para disminuir o detener las contracciones uterinas en trabajos de parto prematuros)

No se requiere certificación para el período de hospitalización en el caso de cirugía reconstructiva como resultado de una mastectomía (incluyendo la mastectomía parcial) ni para diálisis renal.

Tampoco se requiere certificación para el período de hospitalización para las primeras 48 horas posteriores a un parto normal o 96 horas posteriores a un parto por cesárea.

COBERTURA PARA RECIÉN NACIDOS

Los bebés nacidos después de la fecha de su inscripción están automáticamente cubiertos desde el nacimiento. Para continuar con la cobertura, el bebé debe ser inscrito a través de su empleador antes del día 30 después de su nacimiento. Si no se inscribe al bebé dentro de los 30 días de su nacimiento:

- La cobertura finalizará el día 31 después del nacimiento y

- Usted tendrá que pagar por toda la atención médica brindada después del día 30 de vida de su bebé.

EMERGENCIAS

Health Net Life cubre la atención de emergencia y la atención requerida de urgencia en todo el mundo. Si usted necesita atención de emergencia o atención requerida de urgencia, busque atención donde esté disponible inmediatamente.

Se le recomienda que utilice adecuadamente el sistema de respuesta de emergencia **911**, en las áreas en las que dicho sistema está establecido y en funcionamiento, cuando tenga una condición médica de emergencia (esto incluye enfermedad mental grave y trastornos emocionales graves del niño) que requiera una respuesta de emergencia. Todos los servicios de ambulancia y de transporte en ambulancia proporcionados como resultado de una llamada al **911** estarán cubiertos, si la solicitud se realiza debido a una condición médica de emergencia (esto incluye enfermedad mental grave y trastornos emocionales graves del niño).

Si usted va a un centro de emergencias por una condición que no es de naturaleza urgente o de emergencia, ésta estará cubierta en cualquier nivel (PPO u OON) para el que califique, sujeta a las exclusiones y limitaciones de su plan de seguro.



Atención de emergencia significa cualquier servicio de otra manera cubierto por una enfermedad aguda; una nueva lesión; o bien, un deterioro o una complicación no esperados de una enfermedad, lesión o condición existente ya conocida por la persona o, en el caso de un menor de edad, ya conocida por su padre/madre o tutor, que una persona razonable con un conocimiento promedio sobre salud y medicina (una persona prudente) consideraría que requiere un tratamiento inmediato (esto incluye enfermedad mental grave y trastornos emocionales graves del niño) y que sin tratamiento inmediato podría resultar en cualquiera de las siguientes situaciones: (a) se pondría en grave peligro su salud (y, en el caso de una embarazada, se pondría en grave peligro la salud del niño aún no nacido); (b) se dañarían gravemente sus funciones, órganos o partes del cuerpo; o (c) se produciría una disfunción grave de sus órganos o partes del cuerpo. La atención de emergencia también incluye el tratamiento del dolor intenso o del parto activo. Parto activo significa un parto en el momento en que ocurriría cualquiera de las dos situaciones siguientes: (a) no hay tiempo suficiente para realizar un traslado seguro a otro hospital antes del parto o (b) el traslado representa una amenaza para la salud y la seguridad de la persona cubierta o de su niño aún no nacido.

Atención Requerida de Urgencia significa cualquier servicio médico de otra manera cubierto, que una persona razonable con un conocimiento promedio sobre salud y medicina consideraría necesaria para el tratamiento de una lesión, una enfermedad inesperada o una complicación de una condición existente, incluyendo el embarazo, para prevenir el deterioro grave de su salud, pero que no califica para Atención de Emergencia, según lo definido en esta sección. Esto puede incluir servicios brindados en los casos en que una persona debería haber sabido razonablemente que no existía una emergencia.

ATENCIÓN MÉDICAMENTE NECESARIA

Todos los servicios que sean médicamente necesarios estarán cubiertos por su plan de seguro de Health Net Life (a menos que estén específicamente excluidos conforme al plan de seguro). Todos los servicios o suministros cubiertos se detallan en el *Certificado* del plan; cualquier otro servicio o suministro no está cubierto.

ESTUDIOS CLÍNICOS

Los costos de la atención de rutina para los pacientes con diagnóstico de cáncer, quienes han sido aceptados en estudios clínicos de fase I, II, III o IV, están cubiertos cuando estos estudios son médicamente necesarios, recomendados por el médico tratante de la persona cubierta y autorizados por Health Net Life. El médico debe determinar que la participación tiene un posible beneficio significativo para la persona cubierta y que el estudio tiene una intención terapéutica. Si desea más información, consulte el *Certificado* del plan.

CONTINUIDAD DE LA ATENCIÓN

Si se termina nuestro contrato con un proveedor de cuidado de la salud de PPO, usted podrá elegir continuar la atención con dicho proveedor si usted está recibiendo atención por una condición aguda, una condición crónica grave, un embarazo, un recién nacido, una enfermedad terminal o una cirugía programada. Si desea recibir información adicional sobre cómo solicitar la continuidad de la atención, llame al Centro de Comunicación con el Cliente al número de teléfono que aparece en la contraportada.

EXTENSIÓN DE BENEFICIOS

Si usted o un dependiente cubierto se encuentran con discapacidad total cuando su empleador da de baja el contrato con Health Net Life, cubriremos el tratamiento para la discapacidad hasta que ocurra una de las siguientes situaciones:

- Transcurra un máximo de 12 meses consecutivos desde la fecha de terminación.
- Se hayan agotado los beneficios disponibles.
- La discapacidad termine.
- Usted se inscriba en otro plan de seguro que cubre la discapacidad.

Su solicitud para una extensión de beneficios por discapacidad debe presentarse ante Health Net Life dentro de los 90 días posteriores a la baja del contrato de su empleador con nosotros. A intervalos especificados, solicitaremos un comprobante médico que certifique la discapacidad total.

PROVEEDORES FUERA DEL ESTADO

Health Net PPO ha creado un programa que permite que las personas cubiertas tengan acceso a proveedores participantes fuera de su estado de residencia. Estos proveedores participan en una red, distinta de la red PPO de HNL, que acepta proporcionar servicios de cuidado de la salud con descuento a las personas cubiertas de HNL. Este programa se proporciona a través de la red de proveedores fuera del estado que se muestra en su tarjeta de identificación de HNL y está limitado a las personas cubiertas que viajan fuera de su estado de residencia.

Si está de viaje fuera de su estado de residencia, necesita atención o tratamiento médico y utiliza un proveedor de la red de proveedores fuera del estado, sus gastos de desembolso podrían ser menores que los que usted incurriría si utilizara un proveedor fuera de la red.

Cuando obtenga servicios fuera de su estado de residencia a través de la red de proveedores fuera del estado, usted estará sujeto a los mismos co-pagos, coseguros, deducibles, máximos y limitaciones que los que tendría si recibiera los servicios de un proveedor preferido en su estado de residencia. Existe la siguiente excepción: los gastos cubiertos se calcularán basados en la menor cantidad de (i) los cargos reales facturados o (ii) el cargo que la red de proveedores fuera del estado tiene permitido cobrar,

basado en el contrato entre HNL y la red. En una pequeña cantidad de estados, los estatutos locales pueden establecer una base distinta para el cálculo de sus gastos cubiertos.

CONFIDENCIALIDAD Y DIVULGACIÓN DE LA INFORMACIÓN DE LA PERSONA CUBIERTA

Health Net Life sabe que la información personal de sus expedientes médicos es privada. Por lo tanto, protegemos su información personal sobre la salud en todos los entornos (esto incluye información oral, escrita y electrónica). El único caso en que divulgaríamos su información confidencial sin su autorización es para pago, tratamiento y operaciones de cuidado de la salud (incluyendo, pero sin limitarse a, programas de administración de la utilización, mejora de la calidad, enfermedades o administración de casos) o cuando lo permita o requiera la ley, como por una orden o citación de un tribunal. No divulgaremos los detalles confidenciales de sus reclamos a su empleador o su agente. Generalmente, a Health Net Life se le exige cumplir medidas adicionales y requisitos de información de datos. En esos casos, protegemos su privacidad al no divulgar ninguna información que identifique a nuestras personas cubiertas.

PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

Una vez que usted se convierte en una persona cubierta por Health Net Life, Health Net Life utiliza y divulga la información protegida sobre la salud y la información financiera personal no pública* de la persona cubierta con fines de tratamiento, pago, operaciones de cuidado de la salud y cuando lo permita o requiera la ley. Health Net Life proporciona a las personas cubiertas un Aviso de Prácticas de Privacidad que describe cómo utiliza y divulga la información protegida sobre la salud; los derechos de la persona de acceder y solicitar modificaciones, restricciones y un informe de la divulgación de la información protegida sobre la salud; y los procedimientos para presentar quejas. Health Net Life le dará la oportunidad de aprobar o rechazar la divulgación de su información para propósitos que no sean de divulgación de rutina, como por ejemplo marketing. Health Net Life brinda acceso a las personas cubiertas para que revisen u obtengan una copia de la información protegida sobre la salud de la persona cubierta en grupos de registros designados que Health Net Life conserva. Health Net Life protege la información oral, escrita y electrónica en toda la organización, mediante el uso de garantías de seguridad razonables y apropiadas. Dichas garantías incluyen limitar el acceso a la información protegida sobre la salud de una persona sólo a aquellas personas que necesiten conocer dicha información para realizar un pago, un tratamiento u operaciones de cuidado de la salud, o bien, cuando lo permita o requiera la ley. Health Net Life divulga información protegida sobre la salud a los patrocinadores del plan de seguro para la administración de planes autofinanciados pero no divulga dicha información a patrocinadores del plan/empleadores para productos asegurados, a menos que el patrocinador del plan esté realizando un pago o cumpliendo una función de operación de cuidado de la salud para el plan. Puede encontrar el Aviso de Prácticas de Privacidad completo de Health Net Life en el *Certificado* del plan, en www.healthnet.com, bajo “Privacy” (Privacidad), o puede llamar al Centro de Comunicación con el Cliente al número de teléfono que aparece en la contraportada para obtener una copia.

**La información financiera personal no pública incluye la información financiera personalmente identificable que usted nos haya proporcionado para obtener la cobertura del plan de salud o que hayamos obtenido al brindarle los beneficios a usted. Algunos ejemplos incluyen números del Seguro Social, saldos de cuentas e historial de pagos. No divulgamos ninguna información personal no pública sobre usted a ninguna persona, excepto según lo permita la ley.*

EVALUACIÓN DE TECNOLOGÍA

Las nuevas tecnologías son aquellos procedimientos, medicamentos o dispositivos que han sido desarrollados recientemente para el tratamiento de enfermedades o condiciones específicas o que son

nuevas aplicaciones de procedimientos, medicamentos o dispositivos existentes. Las nuevas tecnologías se consideran como de investigación o experimentales durante varias etapas de un estudio clínico mientras se evalúa su seguridad y eficacia, y la tecnología logra aceptación en el estándar médico de atención. Las tecnologías pueden seguir siendo consideradas de investigación o experimentales si el estudio clínico no ha demostrado seguridad o eficacia, o si no son consideradas como parte de la atención estándar por la especialidad médica correspondiente. Las tecnologías aprobadas se integran a los beneficios de Health Net Life.

Health Net Life determina si las nuevas tecnologías se deben considerar médicamente apropiadas, o de investigación o experimentales, luego de una extensa revisión de la investigación médica realizada por médicos adecuadamente especializados. Health Net Life solicita la revisión de las nuevas tecnologías a un revisor médico experto e independiente para determinar el estado de adecuación médica, o de investigación o experimentación de una tecnología o procedimiento.

El revisor médico experto también asesora a Health Net Life cuando los pacientes solicitan una determinación rápida de la cobertura, cuando no existe un principio rector para ciertas tecnologías o cuando la complejidad de la condición médica de un paciente requiere la evaluación de un experto. Si Health Net Life deniega, modifica o retrasa la cobertura para el tratamiento que usted solicitó, basándose en que éste es Experimental o de Investigación, usted puede solicitar una revisión médica independiente (IMR) de la decisión de Health Net Life al Departamento de Seguros. Para obtener más detalles, consulte “Revisión Médica Independiente de Quejas Formales que Involucran un Servicio de Cuidado de la Salud en Disputa” en el *Certificado*.

Administración de la utilización

La administración de la utilización es una parte importante de la administración del cuidado de la salud. A través de los procesos de certificación previa, revisión simultánea y retrospectiva y administración de la atención, evaluamos los servicios proporcionados a nuestras personas cubiertas para asegurarnos de que dichos servicios sean médicamente necesarios y apropiados para el lugar y el momento. Estos procesos ayudan a mantener los estándares de administración médica de alta calidad de Health Net Life.

CERTIFICACIÓN PREVIA

Algunos servicios propuestos pueden requerir una evaluación antes de su aprobación. Para evaluar si el procedimiento es médicamente necesario y se ha planeado para el entorno apropiado (es decir, cirugía para pacientes hospitalizados, para pacientes ambulatorios, etc.) se usan criterios basados en la evidencia.

REVISIÓN SIMULTÁNEA

Este proceso continúa para autorizar condiciones de pacientes hospitalizados y ciertas condiciones de pacientes ambulatorios en forma simultánea al seguimiento de la evolución de una persona cubierta, como, por ejemplo, durante la hospitalización de un paciente internado o mientras se reciben servicios de cuidado de la salud en el hogar como paciente ambulatorio.

PLANIFICACIÓN DEL ALTA

Este elemento del proceso de revisión simultánea asegura que se realice una planificación del alta de manera segura para la persona cubierta en conjunción con las órdenes de alta del médico y que se autoricen los servicios posteriores a la hospitalización, cuando sean necesarios.

REVISIÓN RETROSPECTIVA

Este proceso de administración médica evalúa la conveniencia de los servicios médicos caso por caso, luego de que se hayan prestado los servicios. Se realiza generalmente en casos en los que se solicitó certificación previa pero no se obtuvo.

ADMINISTRACIÓN DE LA ATENCIÓN O DEL CASO

Los administradores de atención de enfermería brindan asistencia, educación y orientación a las personas cubiertas (y a sus familias) para problemas importantes de salud crónicos y/o agudos a largo plazo. Los administradores de atención trabajan en estrecha colaboración con las personas cubiertas, sus médicos y los recursos comunitarios.

Si desea recibir más información sobre el proceso de administración de la utilización de Health Net Life, llame al Centro de Comunicación con el Cliente al número de teléfono que aparece en la contraportada.

Pago de primas y cargos

SUS COSEGUROS Y CO-PAGOS

La sección “Programa de beneficios y cobertura” explica su cobertura y pago por servicios. Tómese un momento para leerla en detalle.

OTROS CARGOS

Usted es responsable del pago de su parte en el costo de los servicios cubiertos por este plan de seguro. Las cantidades que usted paga se denominan co-pagos o coseguros, los cuales se describen en la sección “Programa de beneficios y cobertura” de este SB. Aparte de dichos cargos, el resto del costo de los servicios cubiertos será pagado por Health Net Life.

Cuando la cantidad total de los co-pagos y coseguros que usted paga iguale a la cantidad de desembolso máximo anual que se muestra en la sección “Programa de beneficios y cobertura”, usted no tendrá que pagar co-pagos ni coseguros adicionales, durante el resto del año, por los servicios brindados, a menos que su médico cobre una cantidad que Health Net Life considere que excede los gastos cubiertos. Además, los coseguros y co-pagos por servicios para los que se solicitó una certificación, pero no se obtuvo, tampoco se aplicarán al límite.

Para obtener más información, consulte el *Certificado*. Los gastos cubiertos para proveedores fuera de la red están limitados a la cantidad que se muestra en la Lista de Valores Relativos Basados en Recursos (RBRVS) establecida por el gobierno federal para Medicare, y después ajustados en un 75%. Para aquellos servicios que no tienen una cantidad en la RBRVS, Health Net Life ha desarrollado una lista de cuotas limitadas que se muestra en el *Certificado*.

TASA CONTRATADA

La tasa contratada es aquella que los proveedores preferidos tienen permitido cobrarle a usted, de acuerdo con un contrato celebrado entre Health Net Life y dicho proveedor. Los gastos cubiertos por servicios prestados por un proveedor preferido se basarán en la tasa contratada.

RESPONSABILIDAD DE PAGO DEL AFILIADO

Si recibe servicios de cuidado de la salud de médicos fuera de nuestra red, se pagarán los servicios cubiertos en el nivel de beneficios fuera de la red. Usted es responsable de cualquier co-pago, coseguro y cantidad que exceda la RBRVS.

CLÁUSULAS DE REEMBOLSO

Si usted tiene gastos de desembolso por servicios cubiertos, llame al Centro de Comunicación con el Cliente para solicitar un formulario de reclamo e instrucciones. Se le reembolsarán dichos gastos menos cualquier co-pago o coseguro requerido.

Llame al Centro de Comunicación con el Cliente al número de teléfono que aparece en la contraportada para obtener los formularios de reclamo y para saber si debe enviar el formulario completado a su médico, hospital o a Health Net Life. Health Net Life debe recibir los reclamos dentro del plazo de un año a partir de la fecha del servicio para que sean elegibles para el reembolso.



Cómo presentar un reclamo:

Para servicios médicos, envíe un formulario de reclamo completado a:

*Health Net Commercial Claims
P.O. Box 14702
Lexington, KY 40512*

Para medicamentos que requieren receta médica para pacientes ambulatorios, envíe un formulario de reclamo para medicamentos que requieren receta médica completado a:

*Health Net
C/O Caremark
P.O. Box 52136
Phoenix, AZ 85072*

Llame al Centro de Comunicación con el Cliente al número de teléfono que aparece en la contraportada o visite nuestro sitio Web en www.healthnet.com para obtener un formulario de reclamo para medicamentos que requieren receta médica.



Los reclamos por gastos cubiertos presentados después de transcurridos 20 días a partir de la fecha del servicio no serán pagados, a menos que usted pueda demostrar que no fue razonablemente posible presentar su reclamo dentro de ese límite de tiempo y que usted ha presentado el reclamo tan pronto como le fue razonablemente posible.

Renovación, continuidad o finalización de la cobertura

CLÁUSULAS DE RENOVACIÓN

El contrato entre Health Net Life y su empleador suele renovarse anualmente. Si se modifica su contrato o el mismo es dado de baja, su empleador le notificará por escrito.

COBERTURA CAL-COBRA PARA PEQUEÑOS EMPLEADORES

Cuando el grupo es un pequeño empleador (según se define en el *Certificado*), las leyes estatales establecen que las personas cubiertas que se inscriben en este plan y que luego pierden la elegibilidad pueden tener derecho a la continuidad de cobertura grupal. Usted podrá encontrar más información sobre la elegibilidad para esta cobertura en su *Certificado*.

CONTINUIDAD INDIVIDUAL DE LOS BENEFICIOS



Analice sus opciones cuidadosamente antes de rechazar la cobertura. Debe tener en cuenta que las compañías que venden seguros de salud individuales, por lo general, requieren una revisión de su historial médico que podría resultar en una prima mayor o en que se le deniegue la cobertura en su totalidad.

Si su empleo con su empleador actual termina, usted y sus dependientes cubiertos pueden calificar para la cobertura grupal continua de acuerdo con:

- **Continuidad de Cobertura Cal-COBRA para Pequeños Empleadores:** Las leyes estatales exigen que Health Net Life ofrezca continuidad de cobertura a los empleadores con menos de 20 empleados que fueron elegibles para inscribirse en el plan de salud del empleador en el 50% de los días hábiles durante el año anterior.
- **Continuidad de Cobertura Cal-COBRA.** Si usted ha agotado su cobertura de COBRA y reside en los Estados Unidos, es posible que sea elegible para la continuidad de cobertura adicional conforme a la ley estatal Cal-COBRA. Esta cobertura puede estar disponible si usted ha agotado la cobertura de COBRA federal, tuvo menos de 36 meses de cobertura de COBRA y no tiene derecho a Medicare. Si usted es elegible, tiene la oportunidad de continuar con la cobertura grupal conforme al *Certificado* a través de Cal-COBRA por un período de hasta 36 meses a partir de la fecha en que comenzó la cobertura de COBRA federal.
- **Cobertura USERRA:** según la ley federal conocida como Ley de Derechos de Empleo y Reempleo de Servicios Uniformados (por sus siglas en inglés, USERRA), se requiere que los empleadores brinden a los empleados que se ausentan del empleo para servir en los servicios uniformados y a sus dependientes, que de otra manera perderían su cobertura de salud grupal, la oportunidad de elegir la continuidad de cobertura por un período de hasta 24 meses. Consulte con su grupo para determinar si usted es elegible.

TERMINACIÓN DE LOS BENEFICIOS

Su cobertura conforme a este plan de seguro termina cuando:

- El contrato entre el empleador cubierto por este plan de seguro y Health Net Life termine;
- El empleador cubierto por este plan de seguro deje de pagar los cargos de las primas; o
- Usted ya no trabaje para el empleador cubierto por este plan de seguro.

Si la persona involucrada en cualquiera de las actividades antes mencionadas es el empleado inscrito, la cobertura brindada conforme a este plan de seguro también terminará para cualquier dependiente cubierto.

Si el empleador cubierto por este plan de seguro deja de pagar los cargos de las primas correspondientes, los beneficios finalizarán el último día para el que los pagos de las primas se hayan efectuado, a menos que:

- Usted solicite la cobertura de conversión dentro de los 63 días a partir de dicha fecha; o
- Usted tenga discapacidad total y solicite una extensión de beneficios para su condición de discapacitado dentro de un plazo de 90 días.



Si la persona involucrada en cualquiera de las actividades antes mencionadas es el empleado inscrito, la cobertura brindada por este plan de seguro también terminará para cualquier dependiente cubierto.

Si usted no está de acuerdo con algún punto de nuestro plan de seguro

El Departamento de Seguros de California (por sus siglas en inglés, CDI) tiene la responsabilidad de regular las compañías de seguros de discapacidad (Health Net Life es una compañía de seguros de discapacidad). El CDI tiene un número de teléfono gratuito (1-800-927-HELP) en el que recibe las quejas sobre las compañías de seguros.

Si no ha podido resolver un problema con respecto a su cobertura de seguro, después de tratar el tema con Health Net Life Insurance Company, su agente u otro representante, puede comunicarse con:

*California Department of Insurance
Consumer Communications Bureau
300 South Spring Street
South Tower
Los Angeles, CA 90013
1-800-927-HELP o 1-800-927-4357
www.insurance.gov*

PROCESO DE PRESENTACIÓN DE QUEJAS FORMALES Y APELACIONES

Si usted no está satisfecho con la calidad de la atención que ha recibido o siente que se le ha denegado un servicio o un reclamo que le corresponde, puede presentar una queja formal o una apelación. Debe presentar su queja formal o su apelación ante HNL dentro de un plazo de 365 días calendario después de la fecha del incidente o de la medida que dio lugar a su queja formal.



Cómo presentar una queja formal o una apelación:

Puede llamar al número de teléfono que aparece en la contraportada o presentar el formulario de quejas formales de la persona cubierta a través del sitio Web de HNL en www.healthnet.com.

También puede escribir a:

*Health Net Life Insurance Company
P.O. Box 10348
Van Nuys, CA 91410-0348*

Incluya toda la información de su tarjeta de identificación de Health Net Life, así como también los detalles de su inquietud o problema. Health Net Life acusará recibo de su queja formal o apelación dentro de un plazo de cinco días calendario, revisará la información y le informará, por escrito, de su decisión, dentro de los 15 días a partir de la recepción de la queja formal, si ésta corresponde a una disputa por reclamos, o dentro de los 30 días de haberla recibido si se trata de una queja formal de cualquier otro tipo. Para las condiciones en las que existe una amenaza inmediata y grave para su salud, incluyendo dolor intenso o la posibilidad de perder la vida, una extremidad o una función corporal importante, Health Net Life le notificará sobre el estado de su queja formal dentro de un plazo de tres días como máximo, después de la recepción de toda la información requerida.



Además, usted puede solicitar al Departamento de Seguros una revisión médica independiente de los servicios de cuidado de la salud en disputa, si cree que los servicios de cuidado de la salud elegibles para cobertura y pago de acuerdo con el plan de seguro han sido indebidamente

denegados, modificados o retrasados por Health Net Life o por uno de sus proveedores participantes.

Además, si Health Net Life deniega su apelación de una denegación por falta de necesidad médica, o deniega o retrasa la cobertura de un tratamiento solicitado que involucra medicamentos, dispositivos, procedimientos o terapias experimentales o de investigación, usted puede solicitar una revisión médica independiente de la decisión de Health Net Life al Departamento de Seguros, si cumple con los criterios de elegibilidad establecidos en el Certificado.

ARBITRAJE

Si usted no está satisfecho con los resultados del proceso de presentación de quejas formales y apelaciones, puede someter el problema a arbitraje vinculante. Health Net Life usa el arbitraje vinculante para resolver disputas, incluida la negligencia médica. Cuando se inscribe en Health Net Life, usted acepta presentar cualquier disputa a arbitraje, en vez de presentarla a juicio o ante un jurado.

Información sobre los beneficios adicionales del plan de seguro

Los siguientes beneficios del plan de seguro muestran los beneficios disponibles en su plan de seguro. Para obtener una descripción más completa de los co-pagos, y las exclusiones y limitaciones del servicio, consulte el *Certificado* de su plan de seguro.

Programa de medicamentos que requieren receta médica

Health Net Life tiene contrato con varias cadenas de farmacias principales, farmacias que funcionan en supermercados y farmacias de barrio privadas. Para obtener una lista completa y actualizada de las farmacias participantes, visite nuestro sitio Web en www.healthnet.com o llame al Centro de Comunicación con el Cliente al número de teléfono que aparece en la contraportada.

PROGRAMA DE COMPRA POR CORREO PARA MEDICAMENTOS QUE REQUIEREN RECETA MÉDICA

Si su receta es para un medicamento de mantenimiento (un medicamento que tomará por un período prolongado), usted cuenta con la opción de surtirla a través de nuestro conveniente Programa de Compra por Correo para Medicamentos que Requieren Receta Médica. Este programa le permite recibir un suministro de medicamentos de mantenimiento para un período de hasta 90 días calendario consecutivos. Para obtener información completa, llame al Centro de Comunicación con el Cliente al número de teléfono que aparece en la contraportada.



Los narcóticos del Programa II (medicamentos clasificados por la Federal Drug Enforcement Administration [Agencia Federal Antinarcóticos] como medicamentos que presentan un alto riesgo de abuso) no están cubiertos a través de la compra por correo. Para obtener más información,

*consulte
el Certificado.*

LA LISTA DE MEDICAMENTOS QUE REQUIEREN RECETA MÉDICA ESENCIALES DE HEALTH NET

Este plan de seguro utiliza la Lista de Medicamentos que Requieren Receta Médica Esenciales. La Lista de Medicamentos que Requieren Receta Médica Esenciales de Health Net (o la Lista) es aquella lista aprobada de medicamentos cubiertos para enfermedades y condiciones. Dicha lista fue desarrollada para identificar los medicamentos más seguros y eficaces para las personas cubiertas por Health Net Life y, al mismo tiempo, para tratar de mantener los beneficios de farmacia a su alcance.

Les sugerimos específicamente a todos los proveedores participantes y especialistas contratados por Health Net Life que consulten esta Lista cuando elijan medicamentos para pacientes que sean personas cubiertas por Health Net Life. Cuando su médico le receta medicamentos que pertenecen a la Lista de Medicamentos que Requieren Receta Médica Esenciales, usted tiene la garantía de que recibe un medicamento que requiere receta médica de alta calidad y también de gran valor.

La Lista de Medicamentos que Requieren Receta Médica Esenciales se actualiza regularmente, basándose en los datos del Comité de Farmacia y Terapéutica (por sus siglas en inglés, P&T) de Health Net. Los miembros de este comité son médicos que trabajan activamente en distintas especialidades médicas y farmacéuticos clínicos. Los miembros votantes son reclutados entre los grupos médicos participantes de toda California, basándose en su experiencia, conocimiento y pericia. Además, el Comité de Farmacia y Terapéutica consulta frecuentemente a otros expertos médicos para que brinden su aporte adicional al Comité. Se realizan actualizaciones a la Lista de Medicamentos que Requieren Receta Médica Esenciales y las pautas de uso para medicamentos a medida que se dispone de nueva información clínica y de nuevos medicamentos. Para poder mantener actualizada la Lista, el Comité de Farmacia y Terapéutica evalúa la eficacia clínica, la seguridad y el valor general mediante:

- Publicaciones médicas y científicas;
- Experiencia relevante en el uso; y
- Recomendaciones de médicos.

Para obtener una copia de la Lista de Medicamentos que Requieren Receta Médica Esenciales más actualizada de Health Net Life, visite nuestro sitio Web en www.healthnet.com, en la parte de información sobre farmacias, o llame al Centro de Comunicación con el Cliente al número de teléfono que aparece en la contraportada.

¿QUÉ ES UNA “AUTORIZACIÓN PREVIA”?

Algunos medicamentos requieren autorización previa. Esto significa que su médico debe comunicarse previamente con Health Net Life para proporcionarle la razón médica por la cual receta dicho medicamento.



Cómo solicitar autorización previa:

Las solicitudes de autorización previa pueden realizarse de forma electrónica, por teléfono o por fax. Las solicitudes urgentes de autorización que emiten los médicos se procesan tan pronto como sea posible, sin exceder las 72 horas, después de la recepción por parte de Health Net Life de la

solicitud y de cualquier información adicional solicitada por Health Net Life que sea razonablemente necesaria para tomar la determinación. Las solicitudes de rutina de los médicos se procesan de manera oportuna, sin exceder los 5 días, según sean apropiadas y médicamente necesarias para la naturaleza de la condición de la persona cubierta, después de la recepción por parte de Health Net Life de la información razonablemente necesaria y solicitada por Health Net Life para tomar la determinación. Al recibir la solicitud de su médico para una autorización previa, Health Net Life evaluará la información presentada y tomará una determinación basada en los criterios clínicos establecidos para el medicamento en particular.

Los criterios usados para la autorización previa se desarrollan y se basan en los aportes del Comité de Farmacia y Terapéutica de Health Net, así como en los de especialistas médicos expertos. Su médico puede comunicarse con Health Net Life para obtener las pautas de uso para medicamentos específicos.

Si Health Net Life deniega la autorización, usted recibirá una comunicación por escrito que incluirá los motivos específicos de la denegación. Si usted no está de acuerdo con la decisión, puede apelarla.

Puede presentar la apelación por escrito, por teléfono o a través del correo electrónico. Nosotros debemos recibir la apelación dentro de un plazo de 60 días a partir de la fecha del aviso de denegación. Si desea conocer los detalles con respecto a su derecho a apelar, consulte el *Certificado* del plan.

Para presentar una apelación:

- a. • Llame al Centro de Comunicación con el Cliente al número de teléfono que aparece en la contraportada;
- b. • Visite www.healthnet.com para obtener información sobre cómo enviar un mensaje de correo electrónico al Centro de Comunicación con el Cliente; o bien,
- c. • Escriba a:
 - Health Net Life
 - Centro de Comunicación con el Cliente
 - P.O. Box 10196
 - Van Nuys, CA 91410-0348

QUÉ ESTÁ CUBIERTO



Consulte la sección “Programa de beneficios y cobertura” de este SB para obtener información sobre los co-pagos o coseguros.

Este plan de seguro cubre lo siguiente:

- Medicamentos del Nivel I enumerados en la Lista de Medicamentos que Requieren Receta Médica Esenciales (principalmente genéricos);
 - Medicamentos del Nivel II enumerados en la Lista de Medicamentos que Requieren Receta Médica Esenciales (principalmente de marca) y suministros para diabéticos (incluyendo la insulina); y
 - Medicamentos del Nivel III enumerados en la Lista de Medicamentos que Requieren Receta Médica Esenciales (o medicamentos que no se mencionan en la Lista de Medicamentos que Requieren Receta Médica Esenciales).
 - Medicamentos preventivos y anticonceptivos para la mujer.
 - Medicamentos de Especialidades
- Los Medicamentos de Especialidades enumerados en la Lista de Medicamentos que Requieren Receta Médica Esenciales de Health Net están cubiertos cuando se obtiene la autorización previa

de HNL y los medicamentos se despachan a través del Proveedor de Especialidades Farmacéuticas de HNL. Estos medicamentos incluyen inyectables autoadministrados y otros medicamentos que tienen un costo significativamente más alto que los medicamentos de beneficios de farmacia tradicionales. Tenga en cuenta que las agujas y jeringas que se necesitan para administrar los medicamentos auto inyectables están cubiertas sólo cuando se obtienen a través del Proveedor de Especialidades Farmacéuticas.

Los medicamentos inyectables autoadministrados se definen como medicamentos que:

1. Medicamento necesarios
2. Son administrados por el paciente o un familiar, por vía subcutánea o intramuscular.
3. Se consideran seguros para la autoadministración según lo determinado por el Comité de Farmacia y Terapéutica de Health Net.
4. Están incluidos en la Lista de Medicamentos que Requieren Receta Médica Esenciales de Health Net.
5. Aparecen en la Lista de Medicamentos que Requieren Receta Médica Esenciales como medicamentos que requieren autorización previa.

MÁS INFORMACIÓN SOBRE LOS MEDICAMENTOS QUE CUBRIMOS

- Los gastos cubiertos de medicamentos que requieren receta médica corresponden a la tasa de farmacia contratada de Health Net Life o al precio de venta minorista de la farmacia para los medicamentos que requieren receta médica cubiertos, lo que sea menor.
- Los resurtidos de medicamentos que requieren receta médica, hasta un suministro para un período de 30 días consecutivos por receta en una farmacia contratada por Health Net Life, están cubiertas mediante un co-pago.
- Si el precio de venta minorista de la farmacia es menor que el co-pago aplicable, la persona cubierta sólo pagará el precio de venta minorista de la farmacia.
- Los medicamentos de compra por correo están cubiertos hasta un suministro para un período de 90 días calendario consecutivos. Cuando el co-pago de una farmacia de venta minorista es un porcentaje, el co-pago de compra por correo es el mismo porcentaje del costo para Health Net Life que el co-pago de la farmacia de venta minorista.
- Los medicamentos preventivos son medicamentos de venta libre recetados o medicamentos que requieren receta médica que se utilizan a efectos de la salud preventiva de acuerdo con las recomendaciones de grado A y B del Grupo Especial de Servicios Preventivos de los EE. UU. Los anticonceptivos cubiertos son anticonceptivos para la mujer aprobados por la FDA que se encuentran disponibles en forma de medicamentos de venta libre, o bien, que sólo están disponibles con una receta. Los anticonceptivos vaginales, orales, transdérmicos y de emergencia están cubiertos conforme a este beneficio de farmacia. Los DIU, así como los anticonceptivos implantables e inyectables están cubiertos (cuando son administrados por un médico) conforme al beneficio médico. Para obtener más información, consulte el Certificado del plan.
- Los suministros para diabéticos (tiras reactivas para el control del nivel de glucosa en sangre, lancetas, agujas y jeringas) se presentan en paquetes de 50, 100 o 200 unidades. Los paquetes no se pueden “dividir” (es decir, abrir para despachar el producto en cantidades distintas a las envasadas). Cuando se despache una receta, usted recibirá el tamaño del paquete y/o la cantidad de paquetes necesarios para que se realice la cantidad de pruebas que su médico le haya indicado para un período de 30 días. Para obtener más información sobre equipos y suministros para diabéticos, consulte “Notas finales” en la sección “Programa de beneficios y cobertura” de este SB.

LO QUE NO ESTÁ CUBIERTO (EXCLUSIONES Y LIMITACIONES)



Los servicios o suministros excluidos en los servicios de farmacia pueden estar cubiertos en la sección de beneficios médicos de su plan de seguro. Además de las exclusiones y limitaciones detalladas a continuación, los beneficios de medicamentos que requieren receta médica están sujetos a las exclusiones y limitaciones generales del plan de seguro. Para obtener más información, consulte el Certificado de su plan de seguro.

- Suero para alergias. El suero para alergias está cubierto como un beneficio médico. Para obtener detalles, consulte el beneficio de “suero para alergias”, en la sección “Programa de beneficios y cobertura”;
- La cobertura para dispositivos se limita a dispositivos anticonceptivos vaginales, medidores de flujo espiratorio máximo, espaciadores de inhaladores y suministros para diabéticos aprobados por la FDA. No se cubre ningún otro dispositivo;
- Medicamentos que son supresores del apetito o que están indicados y son recetados para la reducción del peso corporal;
- Medicinas o medicamentos administrados por un médico o por un miembro del personal del médico;
- Medicamentos recetados para acortar la duración de un resfrío común;
- Los medicamentos (incluyendo los medicamentos auto inyectables) recetados para el tratamiento de la disfunción sexual no están cubiertos cuando no son médicamente necesarios; esto incluye los medicamentos para lograr, mantener o mejorar la función o la satisfacción sexual;
- Los medicamentos recetados para una condición o un tratamiento no contemplados por este plan de seguro no están cubiertos. Sin embargo, el plan de seguro cubre medicamentos para condiciones médicas que resulten de complicaciones que no sean de rutina, surgidas de un servicio no cubierto;
- Medicamentos recetados para tratamientos dentales de rutina;
- Medicamentos utilizados con fines de diagnóstico;
- Medicamentos experimentales (los que están rotulados con la siguiente leyenda: “*Caution - Limited by Federal Law to investigational use only*” [Precaución: Limitado, por las Leyes Federales, para uso en investigaciones solamente]). Si se le deniega la cobertura de un medicamento porque el mismo es experimental o de investigación, usted tendrá derecho a una revisión médica independiente. Para obtener información adicional, consulte la sección “Si usted no está de acuerdo con algún punto de nuestro plan de seguro” de este SB;
- Agujas o jeringas hipodérmicas, excepto marcas específicas de agujas y jeringas desechables para insulina y marcas específicas de dispositivos tipo pluma;
- Agentes inmunizantes, inyecciones (salvo insulina), agentes para implantación quirúrgica, sueros biológicos, sangre, derivados de la sangre o plasma sanguíneo obtenidos mediante una receta;
- Dosis individuales de medicamentos despachados en envases de plástico, dosis unitarias o papel de aluminio, a menos que sean médicamente necesarios o se encuentren disponibles únicamente en esa forma;
- Soluciones de irrigación y soluciones salinas;
- Es posible que se apliquen límites a la cantidad, dosis y duración del tratamiento con algunos medicamentos. Los medicamentos que se toman “según sea necesario” pueden tener un co-pago basado en el envase, el frasco, la ampolla, o el tubo estándar o cualquier otra unidad estándar. En dicho caso, la cantidad del medicamento que se despacha puede ser inferior al suministro necesario para un período de 30 días calendario consecutivos. Si es médicamente necesario, su médico puede solicitar a Health Net Life una cantidad mayor;

- Los equipos y suministros médicos (incluyendo la insulina) que se encuentran disponibles sin una receta están cubiertos cuando son recetados por un médico para el control y el tratamiento de la diabetes o con fines preventivos de acuerdo con las recomendaciones de grado A y B del Grupo Especial de Servicios Preventivos de los EE. UU., o bien, para la anticoncepción femenina según lo aprobado por la FDA. Cualquier otro medicamento, equipo médico o suministro que pueda comprarse sin una receta médica no está cubierto aun cuando el médico escriba una receta médica para dicho medicamento, equipo o suministro. Sin embargo, si una dosis más alta de un medicamento que requiere receta médica o de un medicamento de venta libre (por sus siglas en inglés, OTC) se encuentra disponible sólo con receta, ese medicamento de dosis más alta estará cubierto. Si un medicamento que anteriormente se encontraba disponible con receta, se vuelve disponible en forma de venta libre con la misma indicación de concentración, entonces los medicamentos que requieren receta médica que sean agentes similares y tengan efectos clínicos comparables estarán cubiertos sólo cuando sean médicamente necesarios y se obtenga una autorización previa de Health Net Life;
- Medicamentos que requieren receta médica indicados por un médico sin título;
- Reemplazo de medicamentos extraviados, robados o dañados;
- Servicios o suministros que están totalmente cubiertos o para los que legalmente no se requiere que usted pague;
- Las cantidades de suministros para recetas que excedan las recomendaciones de uso indicadas por la FDA o por Health Net Life no están cubiertas, a menos que sean Medicamento Necesarias y que se obtenga una autorización previa de Health Net Life.

Éste es sólo un resumen. Consulte el *Certificado* de su plan de seguro para determinar los términos y condiciones exactos de su cobertura.

Programa de cuidado de la vista pediátrico

Los beneficios de servicios de la vista pediátricos son proporcionados por Health Net Life. Health Net Life tiene contrato con EyeMed Vision Care, LLC, un panel de proveedores de servicios de la vista, para administrar los beneficios de servicios de la vista pediátricos.

Servicios Profesionales Co-pago

Examen de la vista de rutina con dilatación, según sea Medicamento Necesario Totalmente cubierto

Limitación:

De acuerdo con los estándares profesionalmente reconocidos de la práctica, este Plan cubre un examen de la vista completo una vez cada 12 meses.

Materiales (incluyendo marcos y lentes) Co-pago

Marcos seleccionados por el Proveedor (uno cada 12 meses) Totalmente cubierto

Lentes de Anteojos de Plástico Estándar (un par cada 12 meses) Totalmente cubierto

- Monofocales, bifocales, trifocales, lenticulares
- De vidrio o de plástico

Lentes y Tratamientos Opcionales, incluyendo: Totalmente cubierto

- Tratamiento UV
- Matiz (de Moda, en Degradé y de Vidrio Gris)
- Plástico Estándar, Protección Contra las Raspaduras

- Policarbonato Estándar –
- Fotocromáticos/Transitions, Plástico
- Protección Antirreflejos Estándar
- Polarizados
- Lentes Progresivos Estándar
- Lentes de Alto Índice
- Lentes de segmento Fusionado
- Lentes de visión Intermedia
- Lentes seleccionados o ultraprogresivos

Lentes Progresivos de Primera Calidad Totalmente cubierto, 80% del Cargo de Venta Minorista menos \$120

Lentes de Contacto seleccionados por el Proveedor (En lugar de lentes de anteojos) .. Totalmente cubierto

- Desechables de Uso Extendido: suministro para un período de hasta 6 meses de lentes de contacto desechables, monofocales esféricos o tóricos de un mes o 2 semanas de duración
- De uso Diario/Desechables: suministro para un período de hasta 3 meses de lentes de contacto desechables, monofocales esféricos de un día de duración
- Convencionales: 1 par de lentes de contacto designados de la selección del proveedor
- Medicamento Necesarios*

* Los Lentes de Contacto se definen como médicamente necesarios si a la persona se le diagnostica una de las siguientes condiciones:

- Se retira al menos un lente natural mediante una cirugía de cataratas y no se reemplaza con un implante de lente (afaquia);
- Los Lentes de Contacto son necesarios para el queratocono, cuando no se puede corregir la agudeza visual a 20/40 con el uso de anteojos;
- Son necesarios para la anisometropía de 3 dioptrías o más, siempre que la agudeza visual mejore a 20/40 o más en el ojo más débil;
- Son necesarios para la aniseiconia, un trastorno de la córnea o un trastorno postraumático;
- Son necesarios para el astigmatismo de 3 dioptrías o más;
- Son necesarios para la hipermetropía de más de 7 dioptrías; o bien,
- Son necesarios para la miopía de más de 12 dioptrías.

Lentes de Contacto Medicamento Necesarios:

La cobertura de lentes de contacto Medicamento Necesarios está sujeta a la Necesidad Médica, a la Autorización Previa por parte de Health Net Life, y a todas las exclusiones y limitaciones aplicables.

LO QUE NO ESTÁ CUBIERTO (EXCLUSIONES Y LIMITACIONES)

† Los servicios o suministros excluidos en el programa de cuidado de la vista pueden estar cubiertos en la sección de beneficios médicos de su plan. Para obtener más información, consulte el Certificado del plan.

Además de las limitaciones descritas anteriormente, el plan no cubre lo siguiente:

- Exámenes de la vista requeridos para el trabajo o la escuela;
- Tratamiento médico o quirúrgico de los ojos;

- Lentes y accesorios, dispositivos para la vista o anteojos de sol que no requieren receta médica;
- Reemplazo de marcos o lentes extraviados, robados o rotos, a menos que los beneficios se encuentren disponibles de otro modo.

RESPONSABILIDAD DEL PAGO

Si visita a un proveedor de cuidado no afiliado a Health Net Life, usted será responsable del pago de su examen de la vista, sus anteojos o sus lentes de contacto.

Es posible que también deba pagar honorarios adicionales al utilizar un proveedor afiliado si elige lentes, marcos o lentes de contacto cuyo costo sea superior al gasto cubierto. Health Net Life buscará obtener el reembolso por los servicios de la vista y de lentes y accesorios que estén cubiertos conforme a la Indemnización por Accidentes y Enfermedades Laborales o que sean requeridos por las leyes de enfermedades ocupacionales.

Éste es sólo un resumen. Consulte el Certificado del plan para determinar los términos y condiciones exactos de su cobertura.

Aviso de servicios de idiomas

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 please call 800-522-0088. PPO members: for more help call the CA Dept. of Insurance at 1-800-927-4357. HMO members: call the DMHC Helpline at 1-888-HMO-2219.

English

Servicios de Idiomas Sin Costo. Usted puede solicitar un intérprete. Puede solicitar que se le lean los documentos y que algunos de ellos se le envíen en su idioma. Para obtener ayuda, llámenos al número que aparece en su tarjeta de identificación o llame al 800-522-0088. Afiliados a PPO: para obtener más ayuda, llame al Departamento de Seguros de CA al 1-800-927-4357. Afiliados a HMO: llame a la Línea de Ayuda del Departamento de Atención Médica Administrada de California (DMHC, por sus siglas en inglés) al 1-888-HMO-2219.

Spanish

免費語言服務。您可以取得口譯員服務。我們可以把文件朗讀給您聽，部分文件可以翻譯成您的語言並寄送給您。如需協助，請撥您會員卡所列的電話號碼或撥 800-522-0088 與我們聯絡。PPO 會員：如需其他協助，請致電 CA 保險局，電話 1-800-927-4357。HMO 會員：請撥 DMHC 協助專線 1-888-HMO-2219。

Chinese

Dịch vụ ngôn ngữ miễn phí. Quý vị có thể được cấp thông dịch viên. Quý vị có thể được cấp người đọc văn bản cho quý vị hoặc nhận tài liệu, văn bản bằng ngôn ngữ của quý vị. Để được giúp đỡ, vui lòng gọi cho chúng tôi tại số điện thoại trên thẻ hội viên của quý vị hoặc gọi số 800-522-0088. Hội viên chương trình PPO: Để được trợ giúp thêm, vui lòng gọi cho Sở Bảo hiểm CA tại số 1-800-927-4357. Hội viên chương trình HMO: xin gọi Đường dây trợ giúp của Sở DMHC tại 1-888-HMO-2219.

Vietnamese

무료 언어 지원 서비스. 귀하는 통역사 서비스를 받으실 수 있습니다. 본인에게 편한 언어로 서류 낭독 서비스 및 번역 서비스를 받으실 수 있습니다. 도움이 필요하신 분은 본인의 ID 카드상의 안내번호로 전화하시거나 800-522-0088 번으로 연락해 주십시오. PPO 가입자: 더 많은 도움이 필요하신 분은 캘리포니아 보험국, 안내번호 1-800-927-4357 번으로 문의하십시오. HMO 가입자: DMHC 헬프라인, 안내번호 1-888-HMO-2219 번으로 문의해 주십시오.

Korean

Walang Gastos na mga Serbisyo sa Wika. Makakakuha ka ng interpreter o tagasalin. Maaari mong ipabasa sa iyo ang mga dokumento, at maaaring ipadala sa iyo ang ilan sa mga ito sa iyong wika. Para makakuha ng tulong, tawagan kami sa numerong nakalista sa iyong ID card o kaya mangyaring tumawag sa 800-522-0088. Para sa PPO members: para sa karagdagang tulong, tawagan ang CA Dept. of Insurance sa 1-800-927-4357. Para sa HMO members: tawagan ang DMHC Helpline sa 1-888-HMO-2219.

Tagalog

Անվճար Լեզվական ծառայություններ: Կարող եք թարգմանիչ ստանալ: Փաստաթղթերը կարող են ձեզ համար ընթերցվել կամ ձեզ ուղարկվել ձեր լեզվով: Օգնության համար զանգահարեք մեզ ձեր ինքնության (ID) տասնի վրա նշված համարով կամ խնդրում ենք զանգահարել 800-522-0088 համարով: PPO անդամները լրացուցիչ օգնության համար զանգահարեք Կալիֆոռնիայի Ապահովագրության Բաժանմունք (CA Dept. of Insurance) 1-800-927-4357 համարով: HMO անդամները զանգահարեք DMHC-ի Օգնության գծին 1-888-HMO-2219 համարով:

Armenian

Бесплатные услуги перевода. Вы можете воспользоваться услугами переводчика. Вам могут прочесть ваши документы, а также выслать вам некоторые из них на вашем языке. Для получения помощи звоните нам по номеру телефона, указанному в вашей карточке-удостоверении, или по номеру 800-522-0088. Просим участников плана PPO для получения дополнительной помощи звонить в Министерство страхования (Department of Insurance) штата Калифорния по номеру 1-800-927-4357. Участников организаций медицинского обслуживания (HMO) просим обращаться в телефонную службу помощи Департамента организованного медицинского обслуживания (DMHC) по телефону 1-888-HMO-2219.

Russian

無料の言語サービス。通訳がご利用になれ、書類を日本語でお読みします。また、書類によっては日本語版をお届けできるものもあります。サービスをご希望の方は、IDカード記載の番号または 800-522-0088 までご連絡ください。PPO加入者: その他のお問い合わせはカリフォルニア州保険庁、1-800-927-4357 までご連絡ください。HMO加入者: DMHCヘルプライン、1-888-HMO-2219 までご連絡ください。

Japanese

خدمات بی هزینه مربوط به زبان. می توانید از خدمات یک مترجم شفاهی برخوردار شوید. می توانید بگویند تا نوشته ها به زبان خودتان برایتان خوانده شده و بعضی از آنها به زبان خودتان برایتان ارسال شوند. برای دریافت کتب کمکه به ما به شماره ای که روی کارت هویتتان قید شده است تلفن کنید و یا با شماره 800-522-0088 تماس بگیرید. اعضاء PPO: برای دریافت کمک بیشتر با اداره بیمه کالیفرنیا به شماره 1-800-927-4357 تماس بگیرید. اعضاء HMO: یا خط تلفنی کمکی DMHC به شماره 1-888-HMO-2219 تماس بگیرید.

Farsi

ਭਾਸ਼ਾ ਦੀਆਂ ਮੁਢਲੀ ਸੇਵਾਵਾਂ। ਤੁਹਾਨੂੰ ਦੁਬਾਰਾ ਮਿਲ ਸਕਦਾ ਹੈ। ਦਸਤਾਵੇਜ਼ ਤੁਹਾਨੂੰ ਤੁਹਾਡੀ ਆਪਣੀ ਭਾਸ਼ਾ ਵਿਚ ਪੜ੍ਹ ਕੇ ਸੁਣਾਏ ਜਾ ਸਕਦੇ ਹਨ ਅਤੇ ਬੁਝ ਦਸਤਾਵੇਜ਼ ਤੁਹਾਨੂੰ ਤੁਹਾਡੀ ਭਾਸ਼ਾ ਵਿਚ ਭੇਜੇ ਜਾ ਸਕਦੇ ਹਨ। ਅਦਦ ਲਈ, ਤੁਹਾਡੇ ਆਈ ਡੀ ਕਾਰਡ 'ਤੇ ਦਿੱਤੇ ਵਿਸ਼ੇ ਵੀ ਨੰਬਰ ਤੇ ਸਾਨੂੰ ਫੋਨ ਕਰੋ, ਜਾਂ ਵਿਰਧਾ ਕਰਕੇ 800-522-0088 ਨੰਬਰ ਤੇ ਫੋਨ ਕਰੋ। PPO ਮੈਂਬਰ: ਹੋਰ ਸਹਾਇਤਾ ਲਈ CA ਬੀਆ ਵਿਭਾਗ ਨੂੰ 1-800-927-4357 ਨੰਬਰ ਤੇ ਫੋਨ ਕਰੋ। HMO ਮੈਂਬਰ: DMHC ਦੀ ਵੈਲਪਲਾਈਨ ਨੂੰ 1-888-HMO-2219 ਨੰਬਰ ਤੇ ਫੋਨ ਕਰੋ।

Punjabi

ការបកប្រែភាសាដោយឥតគិតថ្លៃ។ អ្នកអាចទទួលបានជំនួយពីអ្នកបកប្រែ។ អ្នកអាចឲ្យគេអានឯកសារឲ្យអ្នក និងផ្ញើឯកសារខ្លះ ទៅឲ្យអ្នក ជាភាសាខ្មែរបាន។ សំរាប់ជំនួយ សូមទូរស័ព្ទមកយើង តាមលេខដែលមានកត់នៅលើលក្ខណ៍ ID របស់អ្នក ឬសូមទូរស័ព្ទ ទៅលេខ 800-522-0088។ សមាជិក PPO: សំរាប់ជំនួយបន្ថែម សូមទូរស័ព្ទទៅក្រសួង ជាតិបំបែងអង្គការលីហ្វីនីញ៉ា តាមលេខ 1-800-927-4357។ សមាជិក HMO: សូមទូរស័ព្ទទៅខ្សែជំនួយ DMHC តាមលេខ 1-888-HMO-2219។

Khmer

خدمات ترجمة بدون تكلفة. يمكنك الحصول على مترجم. يمكنك طلب قراءة وثائق وإرسال بعضها إليك بلغتك. للحصول على المساعدة. اتصل بنا على الرقم اللين على بطاقة عضويتك (ID) أو رجاء الاتصال بالرقم 800-522-0088. اعضاء PPO: للحصول على المساعدة الإضافية يمكنهم الاتصال بـ CA Dept. of Insurance على الرقم 1-800-927-4357. اعضاء برنامج HMO: يمكنهم الاتصال بخط المساعدة التابع لـ DMHC بواسطة الرقم 1-888-HMO-2219.

Arabic

Kev Pab Lus Tsis Muaj Nqi Them. Koj txais tau tus neeg txhais lus. Koj muab tau cov ntawv nyeem rau koj thiab ib co xa tuaj rau koj ua koj hom lus. Kom tau kev pab, hu rau peb ntawm tus xovtooj sau rau koj daim npav ID lossis thov hu 800-522-0088. Cov tswv cuab PPO: kom tau kev pab ntxiv hu rau lub CA Dept. of Insurance ntawm 1-800-927-4357. Cov tswv cuab HMO: hu rau lub DMHC Helpline ntawm 1-888-HMO-2219.

Hmong

Doo bəhəh nilini da haazaad bee haka'adoowotgo. Ata' halne'ə la' aka'adoolwohgfif joki'. Naaltsoos binahji' éé dahózinigif hach'í' yifidooltah áádóó la' hach'í' adoolyijit t'áá hó hazaad k'ehji. Aká'adoowot biniiyē, nihich'í' hódifilnih béésh bee hane'é binumber bee néé hó'dolzin biniiyē nanitinigif bikáá' éi doodaif koji' hodifilnih 800-522-0088. PPO atah jiljigo: t'áá náás bee shiká'anáá'doowot ninizingo koji' hodifilnih CA Dept of Insurance'ij' éi 1-800-927-4357. HMO atah jiljigo: koji' hodifilnih DMHC béésh bee hane'é bee aká'a'áyeedji' éi 1-888-HMO-2219.

Navajo

Comuníquese con nosotros

Health Net

Post Office Box 9103

Van Nuys, California 91409-9103

Centro de Comunicación con el Cliente

Grupo de Grandes Empresas (para empresas con 51 empleados o más):

1-800-522-0088 – HMO/Elect Open Access

1-800-676-6976 – PPO/Point-of-Service (SELECT/ELECT)

Grupo de Pequeñas Empresas (para empresas con 2 a 50 empleados):

1-888-926-5133

1-800-331-1777 (español)

1-877-891-9053 (chino mandarín)

1-877-891-9050 (chino cantonés)

1-877-339-8596 (coreano)

1-877-891-9051 (tagalo)

1-877-339-8621 (vietnamita)

Dispositivo de Telecomunicaciones para las Personas con Impedimentos Auditivos y del Habla

1-800-995-0852

Health Net of California, Inc. es una subsidiaria de Health Net, Inc. Health Net es una marca de servicio registrada de Health Net, Inc.
Todos los derechos reservados.