

Planes de Seguro EPO

Individuales y Familiares

Disponibles a través de Covered California
Si desea obtener cobertura, ¡visite www.CoveredCA.com
para solicitarla hoy mismo!



Resumen de la Cobertura y Exclusiones y Limitaciones

Planes disponibles a través de Covered California en el Norte y Centro de California¹

Cobertura de los principales gastos médicos de los Planes de Seguro de Salud Individuales y Familiares de Health Net Life Insurance Company.

Lea su Póliza detenidamente

Este resumen de la cobertura brinda una breve descripción de las características importantes de su Póliza de Health Net EPO (Póliza). Este documento no es el contrato de seguro y sólo regirán las disposiciones vigentes de la Póliza. La Póliza misma establece, en detalle, tanto sus derechos y obligaciones como los de Health Net Life Insurance Company (Health Net Life). En consecuencia, ¡es importante que usted lea su Póliza detenidamente!

¹Los planes EPO de Health Net Life Insurance Company utilizan la red de proveedores PureCare One. Se ofrecen en los condados de Contra Costa, Marin, Merced, Napa, San Francisco, San Joaquin, San Mateo, Santa Cruz, Solano, Sonoma, Stanislaus y Tulare.

Resumen del Plan – Health Net Platinum 90 EPO

Descripción del beneficio	Responsabilidad de la/s persona/s asegurada/s ^{1,2,3}
Máximo ilimitado de por vida.	
Máximos del plan	
Deducible por año calendario	Ninguno
Desembolso máximo ⁴ (Los pagos por servicios y suministros no cubiertos por este plan no se aplicarán a este desembolso máximo por año calendario.)	\$4,000 individual / \$8,000 familiar
Servicios profesionales	
Copago por visita al consultorio	\$20
Consulta con un especialista	\$40
Visita al consultorio con otro profesional (incluyendo los servicios de acupuntura médicamente necesarios)	\$20
Servicios de atención preventiva ⁵	\$0
Rayos X y servicios de imágenes de diagnóstico	\$40
Pruebas de laboratorio	\$20
Servicios de imágenes (Tomografías [CT]/Tomografías por Emisión de Positrones [PET], Imágenes por Resonancia Magnética [MRI])	10%
Servicios de rehabilitación y habilitación	\$20
Servicios para pacientes ambulatorios	
Cirugía para pacientes ambulatorios (incluye el cargo del centro y los cargos del médico/cirujano)	10%
Servicios hospitalarios	
Hospitalización para pacientes internados (incluye maternidad)	10%
Atención de enfermería especializada	10%
Servicios de emergencia	
Servicios de la sala de emergencias (sin copago si es admitido)	\$150 por centro / 10% por médico
Atención de urgencia	\$40
Servicios de ambulancia (por tierra y aire)	\$150
Servicios de Salud mental/del Comportamiento / para Trastornos por abuso de sustancias	
Servicios de Salud mental/del comportamiento / para Trastornos por abuso de sustancias (pacientes hospitalizados)	10%
Servicios de Salud mental/del comportamiento / para Trastornos por abuso de sustancias (pacientes ambulatorios)	Visita al consultorio: \$20 Otro servicio que no sea visita al consultorio: \$0
Servicios de cuidado de la salud en el hogar (100 visitas por año calendario)	10%
Otros servicios	
Equipo médico duradero	10%
Servicio del centro de cuidado de enfermos terminales	\$0
Medicamentos auto inyectables (que no sean la insulina)	10% hasta \$250/receta
Cobertura de medicamentos que requieren receta médica	
Medicamentos que requieren receta médica (suministro para un período de hasta 30 días surtido a través de una farmacia participante) ⁶	
Nivel I (la mayoría de los medicamentos genéricos y de marca preferidos de bajo costo)	\$5
Nivel II (medicamentos genéricos no preferidos y de marca preferidos)	\$15
Nivel III (sólo medicamentos de marca no preferidos)	\$25
Nivel IV (medicamentos Especializados)	10% hasta \$250/receta
Cobertura dental pediátrica ^{7,8}	
Servicios preventivos y de diagnóstico	\$0
Cobertura de la vista pediátrica ^{7,9}	
Examen de la vista de rutina	\$0
Anteojos (se aplican limitaciones)	1 par por año

Éste es un resumen de beneficios. No incluye todos los servicios, las limitaciones ni las exclusiones. Si desea conocer los términos y condiciones de la cobertura, consulte la Póliza.

¹En conformidad con la Ley de Cuidado de Salud Asequible, los Nativos Americanos y los Indígenas de Alaska, en la medida en que el Intercambio determine que son elegibles e independientemente del ingreso, no tienen obligación de costos compartidos conforme a esta Póliza por los artículos o servicios que son Beneficios de Salud Esenciales, siempre que dichos artículos o servicios sean proporcionados por un proveedor del Servicio de Salud Indígena (por sus siglas en inglés, IHS), una Tribu Indígena, una Organización Tribal o una Organización Indígena Urbana, o bien, a través de una remisión conforme a servicios de salud contratados, según lo definido por la ley federal. Costo compartido se refiere a los copagos, incluyendo el coseguro y los deducibles.

²Determinados servicios requieren la certificación previa de Health Net. Sin certificación previa, se aplica un cargo adicional de \$250. Si desea conocer los detalles, consulte la Póliza.

³Si desea conocer la metodología de reembolso fuera de la red, consulte la Póliza.

⁴Los copagos o el coseguro pagados por servicios dentro de la red no se aplicarán al desembolso máximo para proveedores fuera de la red, y el coseguro pagado por servicios fuera de la red no se aplicará al desembolso máximo para proveedores preferidos.

⁵Los servicios cubiertos se basan en las recomendaciones de grado A y B del Grupo Especial de Servicios Preventivos de los Estados Unidos (por sus siglas en inglés, USPSTF); las recomendaciones del Comité Asesor sobre Prácticas de Vacunación (por sus siglas en inglés, ACIP) que fueron adoptadas por el Director de los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (por sus siglas en inglés, CDC); la atención preventiva y los exámenes de detección para la mujer que se establecen en las pautas integrales respaldadas por la Administración de Recursos y Servicios de Salud (por sus siglas en inglés, HRSA); y las pautas integrales respaldadas por la HRSA para bebés, niños y adolescentes. Para obtener más información sobre los servicios preventivos recomendados generalmente, visite www.healthcare.gov. El costo compartido aplicable para atención preventiva se aplicará a estos servicios.

⁶La Lista de Medicamentos Esenciales con Receta es una lista de medicamentos que requieren receta médica cubiertos por este plan. Algunos medicamentos requieren la autorización previa de Health Net. Si desea obtener una copia de la Lista de Medicamentos Esenciales con Receta, visite el sitio Web de Health Net. Consulte la Póliza para obtener información completa sobre los medicamentos que requieren receta médica. Los planes cubrirán la mayoría de los anticonceptivos femeninos que requieren receta médica a un costo compartido de \$0. Es posible que la cobertura de algunos medicamentos no siga el sistema de niveles de medicamentos genéricos y de marca. Consulte su Póliza y la Lista de Medicamentos Esenciales con Receta de Health Net para obtener información sobre la cobertura, los costos compartidos y los niveles. La Póliza es un documento legal y vinculante. Si la información que aparece en este folleto difiere de la información que aparece en la Póliza, regístrate en la Póliza. Los medicamentos que requieren receta médica surtidos a través de la compra por correo (suministro para un período de hasta 90 días) requieren un nivel de copago doble. Para obtener detalles con respecto a un medicamento específico, visite www.healthnet.com.

⁷Todos los planes incluyen cobertura dental y de la vista pediátrica.

⁸Los beneficios dentales pediátricos están asegurados por Health Net Life Insurance Company y son administrados por Dental Benefit Providers, Inc., nombre comercial o DBA: Dental Benefit Administrative Services (Entidades de DBP). Las Entidades de DBP no están afiliadas a Health Net. Se cubren beneficios dentales pediátricos adicionales. Consulte la Póliza para obtener detalles.

⁹Los beneficios de servicios de la vista pediátricos están asegurados por Health Net Life Insurance Company. Health Net tiene contrato con EyeMed Vision Care, LLC, un panel de proveedores de servicios de la vista, para administrar los beneficios de servicios de la vista pediátricos.

Resumen del Plan – Health Net Gold 80 EPO

Descripción del beneficio	Responsabilidad de la/s persona/s asegurada/s ^{1,2,3}
Máximo ilimitado de por vida.	
Máximos del plan	
Deducible por año calendario	Ninguno
Desembolso máximo ⁴ (Los pagos por servicios y suministros no cubiertos por este plan no se aplicarán a este desembolso máximo por año calendario.)	\$6,200 individual / \$12,400 familiar
Servicios profesionales	
Copago por visita al consultorio	\$35
Consulta con un especialista	\$55
Visita al consultorio con otro profesional (incluyendo los servicios de acupuntura médicamente necesarios)	\$35
Servicios de atención preventiva ⁵	\$0
Rayos X y servicios de imágenes de diagnóstico	\$50
Pruebas de laboratorio	\$35
Servicios de imágenes (Tomografías [CT]/Tomografías por Emisión de Positrones [PET], Imágenes por Resonancia Magnética [MRI])	20%
Servicios de rehabilitación y habilitación	\$35
Servicios para pacientes ambulatorios	
Cirugía para pacientes ambulatorios (incluye el cargo del centro y los cargos del médico/cirujano)	20%
Servicios hospitalarios	
Hospitalización para pacientes internados (incluye maternidad)	20%
Atención de enfermería especializada	20%
Servicios de emergencia	
Servicios de la sala de emergencias (sin copago si es admitido)	\$250 por centro / 20% por médico
Atención de urgencia	\$60
Servicios de ambulancia (por tierra y aire)	\$250
Servicios de Salud mental/del Comportamiento / para Trastornos por abuso de sustancias	
Servicios de Salud mental/del comportamiento / para Trastornos por abuso de sustancias (pacientes hospitalizados)	20%
Servicios de Salud mental/del comportamiento / para Trastornos por abuso de sustancias (pacientes ambulatorios)	Visita al consultorio: \$35 Otro servicio que no sea visita al consultorio: \$0
Servicios de cuidado de la salud en el hogar (100 visitas por año calendario)	20%
Otros servicios	
Equipo médico duradero	20%
Servicio del centro de cuidado de enfermos terminales	\$0
Medicamentos auto inyectables (que no sean la insulina)	20% hasta \$250/receta
Cobertura de medicamentos que requieren receta médica Medicamentos que requieren receta médica (suministro para un período de hasta 30 días surtido a través de una farmacia participante) ⁶	
Nivel I (la mayoría de los medicamentos genéricos y de marca preferidos de bajo costo)	\$15
Nivel II (medicamentos genéricos no preferidos y de marca preferidos)	\$50
Nivel III (sólo medicamentos de marca no preferidos)	\$70
Nivel IV (medicamentos Especializados)	20% hasta \$250/receta
Cobertura dental pediátrica^{7,8} Servicios preventivos y de diagnóstico	\$0
Cobertura de la vista pediátrica^{7,9} Examen de la vista de rutina	\$0
Anteojos (se aplican limitaciones)	1 par por año

Éste es un resumen de beneficios. No incluye todos los servicios, las limitaciones ni las exclusiones. Si desea conocer los términos y condiciones de la cobertura, consulte la Póliza.

¹En conformidad con la Ley de Cuidado de Salud Asequible, los Nativos Americanos y los Indígenas de Alaska, en la medida en que el Intercambio determine que son elegibles e independientemente del ingreso, no tienen obligación de costos compartidos conforme a esta Póliza por los artículos o servicios que son Beneficios de Salud Esenciales, siempre que dichos artículos o servicios sean proporcionados por un proveedor del Servicio de Salud Indígena (por sus siglas en inglés, IHS), una Tribu Indígena, una Organización Tribal o una Organización Indígena Urbana, o bien, a través de una remisión conforme a servicios de salud contratados, según lo definido por la ley federal. Costo compartido se refiere a los copagos, incluyendo el coseguro y los deducibles.

²Determinados servicios requieren la certificación previa de Health Net. Sin certificación previa, se aplica un cargo adicional de \$250. Si desea conocer los detalles, consulte la Póliza.

³Si desea conocer la metodología de reembolso fuera de la red, consulte la Póliza.

⁴Los copagos o el coseguro pagados por servicios dentro de la red no se aplicarán al desembolso máximo para proveedores fuera de la red, y el coseguro pagado por servicios fuera de la red no se aplicará al desembolso máximo para proveedores preferidos.

⁵Los servicios cubiertos se basan en las recomendaciones de grado A y B del Grupo Especial de Servicios Preventivos de los Estados Unidos (por sus siglas en inglés, USPSTF); las recomendaciones del Comité Asesor sobre Prácticas de Vacunación (por sus siglas en inglés, ACIP) que fueron adoptadas por el Director de los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (por sus siglas en inglés, CDC); la atención preventiva y los exámenes de detección para la mujer que se establecen en las pautas integrales respaldadas por la Administración de Recursos y Servicios de Salud (por sus siglas en inglés, HRSA); y las pautas integrales respaldadas por la HRSA para bebés, niños y adolescentes. Para obtener más información sobre los servicios preventivos recomendados generalmente, visite www.healthcare.gov. El costo compartido aplicable para atención preventiva se aplicará a estos servicios.

⁶La Lista de Medicamentos Esenciales con Receta es una lista de medicamentos que requieren receta médica cubiertos por este plan. Algunos medicamentos requieren la autorización previa de Health Net. Si desea obtener una copia de la Lista de Medicamentos Esenciales con Receta, visite el sitio Web de Health Net. Consulte la Póliza para obtener información completa sobre los medicamentos que requieren receta médica. Los planes cubrirán la mayoría de los anticonceptivos femeninos que requieren receta médica a un costo compartido de \$0. Es posible que la cobertura de algunos medicamentos no siga el sistema de niveles de medicamentos genéricos y de marca. Consulte su Póliza y la Lista de Medicamentos Esenciales con Receta de Health Net para obtener información sobre la cobertura, los costos compartidos y los niveles. La Póliza es un documento legal y vinculante. Si la información que aparece en este folleto difiere de la información que aparece en la Póliza, regístrate en la Póliza. Los medicamentos que requieren receta médica surtidos a través de la compra por correo (suministro para un período de hasta 90 días) requieren un nivel de copago doble. Para obtener detalles con respecto a un medicamento específico, visite www.healthnet.com.

⁷Todos los planes incluyen cobertura dental y de la vista pediátrica.

⁸Los beneficios dentales pediátricos están asegurados por Health Net Life Insurance Company y son administrados por Dental Benefit Providers, Inc., nombre comercial o DBA: Dental Benefit Administrative Services (Entidades de DBP). Las Entidades de DBP no están afiliadas a Health Net. Se cubren beneficios dentales pediátricos adicionales. Consulte la Póliza para obtener detalles.

⁹Los beneficios de servicios de la vista pediátricos están asegurados por Health Net Life Insurance Company. Health Net tiene contrato con EyeMed Vision Care, LLC, un panel de proveedores de servicios de la vista, para administrar los beneficios de servicios de la vista pediátricos.

Resumen del Plan – Health Net Silver 70 EPO

Descripción del beneficio	Responsabilidad de la/s persona/s asegurada/s ^{1,2,3}
Máximo ilimitado de por vida. Los beneficios están sujetos a un deducible a menos que se indique lo contrario.	
Máximos del plan Deducible por año calendario	\$2,250 individual / \$4,500 familiar
Desembolso máximo ⁴ (Incluye el deducible por año calendario. Los pagos por servicios y suministros no cubiertos por este plan no se aplicarán a este desembolso máximo por año calendario.)	\$6,250 individual / \$12,500 familiar
Servicios profesionales	
Copago por visita al consultorio	\$45 (sin ded.)
Consulta con un especialista	\$70 (sin ded.)
Visita al consultorio con otro profesional (incluyendo los servicios de acupuntura médicamente necesarios)	\$45 (sin ded.)
Servicios de atención preventiva ⁵	\$0 (sin ded.)
Rayos X y servicios de imágenes de diagnóstico	\$65 (sin ded.)
Pruebas de laboratorio	\$35 (sin ded.)
Servicios de imágenes (Tomografías [CT]/Tomografías por Emisión de Positrones [PET], Imágenes por Resonancia Magnética [MRI])	\$250 (sin ded.)
Servicios de rehabilitación y habilitación	\$45 (sin ded.)
Servicios para pacientes ambulatorios	
Cirugía para pacientes ambulatorios (incluye el cargo del centro y los cargos del médico/cirujano)	20% (sin ded.)
Servicios hospitalarios	
Hospitalización para pacientes internados (incluye maternidad)	20%
Atención de enfermería especializada	20%
Servicios de emergencia	
Servicios de la sala de emergencias (sin copago si es admitido)	\$250 por centro / \$50 por médico
Atención de urgencia	\$90 (sin ded.)
Servicios de ambulancia (por tierra y aire)	\$250
Servicios de Salud mental/del Comportamiento / para Trastornos por abuso de sustancias	
Servicios de Salud mental/del comportamiento / para Trastornos por abuso de sustancias (pacientes hospitalizados)	20%
Visita al consultorio de Salud mental/del comportamiento / para Trastornos por abuso de sustancias (pacientes ambulatorios)	Visita al consultorio: \$45 (sin ded.) Otro servicio que no sea visita al consultorio: \$0 (sin ded.)
Servicios de cuidado de la salud en el hogar (100 visitas por año calendario)	\$45 (sin ded.)
Otros servicios	
Equipo médico duradero	20% (sin ded.)
Servicio del centro de cuidado de enfermos terminales	0% (sin ded.)
Medicamentos auto inyectables (que no sean la insulina)	20% hasta \$250/receta (después del ded. por receta)
Cobertura de medicamentos que requieren receta médica	
Deducible por medicamentos de marca por año calendario Medicamentos que requieren receta médica (suministro para un período de hasta 30 días surtido a través de una farmacia participante) ⁶	\$250 individual / \$500 familiar
Nivel I (la mayoría de los medicamentos genéricos y de marca preferidos de bajo costo)	\$15 (Receta sin ded.)
Nivel II (medicamentos genéricos no preferidos y de marca preferidos)	\$50
Nivel III (sólo medicamentos de marca no preferidos)	\$75
Nivel IV (medicamentos Especializados)	20% hasta \$250/receta (después del ded. por receta)
Cobertura dental pediátrica^{7,8}	
Servicios preventivos y de diagnóstico	\$0 (sin ded.)
Cobertura de la vista pediátrica^{7,9}	
Examen de la vista de rutina	\$0 (sin ded.)
Anteojos (se aplican limitaciones)	1 par por año

Éste es un resumen de beneficios. No incluye todos los servicios, las limitaciones ni las exclusiones. Si desea conocer los términos y condiciones de la cobertura, consulte la Póliza.

¹En conformidad con la Ley de Cuidado de Salud Asequible, los Nativos Americanos y los Indígenas de Alaska, en la medida en que el Intercambio determine que son elegibles e independientemente del ingreso, no tienen obligación de costos compartidos conforme a esta Póliza por los artículos o servicios que son Beneficios de Salud Esenciales, siempre que dichos artículos o servicios sean proporcionados por un proveedor del Servicio de Salud Indígena (por sus siglas en inglés, IHS), una Tribu Indígena, una Organización Tribal o una Organización Indígena Urbana, o bien, a través de una remisión conforme a servicios de salud contratados, según lo definido por la ley federal. Costo compartido se refiere a los copagos, incluyendo el coseguro y los deducibles.

²Determinados servicios requieren la certificación previa de Health Net. Sin certificación previa, se aplica un cargo adicional de \$250. Si desea conocer los detalles, consulte la Póliza.

³Si desea conocer la metodología de reembolso fuera de la red, consulte la Póliza.

⁴Los copagos o el coseguro pagados por servicios dentro de la red no se aplicarán al desembolso máximo para proveedores fuera de la red, y el coseguro pagado por servicios fuera de la red no se aplicará al desembolso máximo para proveedores preferidos.

⁵Los servicios cubiertos se basan en las recomendaciones de grado A y B del Grupo Especial de Servicios Preventivos de los Estados Unidos (por sus siglas en inglés, USPSTF); las recomendaciones del Comité Asesor sobre Prácticas de Vacunación (por sus siglas en inglés, ACIP) que fueron adoptadas por el Director de los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (por sus siglas en inglés, CDC); la atención preventiva y los exámenes de detección para la mujer que se establecen en las pautas integrales respaldadas por la Administración de Recursos y Servicios de Salud (por sus siglas en inglés, HRSA); y las pautas integrales respaldadas por la HRSA para bebés, niños y adolescentes. Para obtener más información sobre los servicios preventivos recomendados generalmente, visite www.healthcare.gov. El costo compartido aplicable para atención preventiva se aplicará a estos servicios.

⁶La Lista de Medicamentos Esenciales con Receta es una lista de medicamentos que requieren receta médica cubiertos por este plan. Algunos medicamentos requieren la autorización previa de Health Net. Si desea obtener una copia de la Lista de Medicamentos Esenciales con Receta, visite el sitio Web de Health Net. Consulte la Póliza para obtener información completa sobre los medicamentos que requieren receta médica. Los planes cubrirán la mayoría de los anticonceptivos femeninos que requieren receta médica a un costo compartido de \$0. Es posible que la cobertura de algunos medicamentos no siga el sistema de niveles de medicamentos genéricos y de marca. Consulte su Póliza y la Lista de Medicamentos Esenciales con Receta de Health Net para obtener información sobre la cobertura, los costos compartidos y los niveles. La Póliza es un documento legal y vinculante. Si la información que aparece en este folleto difiere de la información que aparece en la Póliza, regístrate en la Póliza. Los medicamentos que requieren receta médica surtidos a través de la compra por correo (suministro para un período de hasta 90 días) requieren un nivel de copago doble. Para obtener detalles con respecto a un medicamento específico, visite www.healthnet.com.

⁷Todos los planes incluyen cobertura dental y de la vista pediátrica.

⁸Los beneficios dentales pediátricos están asegurados por Health Net Life Insurance Company y son administrados por Dental Benefit Providers, Inc., nombre comercial o DBA: Dental Benefit Administrative Services (Entidades de DBP). Las Entidades de DBP no están afiliadas a Health Net. Se cubren beneficios dentales pediátricos adicionales. Consulte la Póliza para obtener detalles.

⁹Los beneficios de servicios de la vista pediátricos están asegurados por Health Net Life Insurance Company. Health Net tiene contrato con EyeMed Vision Care, LLC, un panel de proveedores de servicios de la vista, para administrar los beneficios de servicios de la vista pediátricos.

Resumen del Plan – Health Net Bronze 60 EPO

Descripción del beneficio	Responsabilidad de la/s persona/s asegurada/s ^{1,2,3}
Máximo ilimitado de por vida. Los beneficios están sujetos a un deducible a menos que se indique lo contrario.	
Máximos del plan Deducible por año calendario	\$6,000 individual / \$12,000 familiar
Desembolso máximo ⁴ (Incluye el deducible por año calendario. Los pagos por servicios y suministros no cubiertos por este plan no se aplicarán a este desembolso máximo por año calendario.)	\$6,500 individual / \$13,000 familiar
Servicios profesionales Copago por visita al consultorio	Consultas 1 a 3: \$70 (sin ded.)/ Consulta 4 en adelante: \$70 (se aplica el ded.)
Consulta con un especialista	Consultas 1 a 3: \$90 (sin ded.)/ Consulta 4 en adelante: \$90 (se aplica el ded.)
Visita al consultorio con otro profesional (incluyendo los servicios de acupuntura médicamente necesarios)	Consultas 1 a 3: \$70 (sin ded.)/ Consulta 4 en adelante: \$70 (se aplica el ded.)
Servicios de atención preventiva ⁵	\$0 (sin ded.)
Rayos X y servicios de imágenes de diagnóstico	100%
Pruebas de laboratorio	\$40 (sin ded.)
Servicios de imágenes (Tomografías [CT]/Tomografías por Emisión de Positrones [PET], Imágenes por Resonancia Magnética [MRI])	100%
Servicios de rehabilitación y habilitación	\$70 (sin ded.)
Servicios para pacientes ambulatorios Cirugía para pacientes ambulatorios (incluye el cargo del centro y los cargos del médico/cirujano)	100%
Servicios hospitalarios Hospitalización para pacientes internados (incluye maternidad)	100%
Atención de enfermería especializada	100%
Servicios de emergencia Servicios de la sala de emergencias (sin copago si es admitido)	100%
Atención de urgencia	Consultas 1 a 3: \$120 (sin ded.)/ Consulta 4 en adelante: \$120 (se aplica el ded.)
Servicios de ambulancia (por tierra y aire)	100%
Servicios de Salud mental/del Comportamiento / para Trastornos por abuso de sustancias Servicios de Salud mental/del comportamiento / para Trastornos por abuso de sustancias (pacientes hospitalizados)	100%
Servicios de Salud mental/del comportamiento / para Trastornos por abuso de sustancias (pacientes ambulatorios)	Visita al consultorio: \$70 (sin ded.) Otro servicio que no sea visita al consultorio: \$0 (sin ded.)
Servicios de cuidado de la salud en el hogar (100 visitas por año calendario)	100%
Otros servicios Equipo médico duradero	100%
Servicio del centro de cuidado de enfermos terminales	\$0 (sin ded.)
Medicamentos auto inyectables (que no sean la insulina)	100% hasta \$500/receta (después del ded. por receta)
Cobertura de medicamentos que requieren receta médica Deducible por medicamentos de marca por año calendario Medicamentos que requieren receta médica (suministro para un período de hasta 30 días surtido a través de una farmacia participante) ⁶ Nivel I (la mayoría de los medicamentos genéricos y de marca preferidos de bajo costo)	\$500 individual / \$1,000 familiar 100% hasta \$500/receta (después del ded. por receta)
Nivel II (medicamentos genéricos no preferidos y de marca preferidos)	100% hasta \$500/receta (después del ded. por receta)
Nivel III (sólo medicamentos de marca no preferidos)	100% hasta \$500/receta (después del ded. por receta)
Nivel IV (medicamentos Especializados)	100% hasta \$500/receta (después del ded. por receta)
Cobertura dental pediátrica ^{7,8} Servicios preventivos y de diagnóstico	\$0 (sin ded.)
Cobertura de la vista pediátrica ^{7,9} Examen de la vista de rutina	\$0 (sin ded.)
Anteojos (se aplican limitaciones)	1 par por año

Éste es un resumen de beneficios. No incluye todos los servicios, las limitaciones ni las exclusiones. Si desea conocer los términos y condiciones de la cobertura, consulte la Póliza.

¹En conformidad con la Ley de Cuidado de Salud Asequible, los Nativos Americanos y los Indígenas de Alaska, en la medida en que el Intercambio determine que son elegibles e independientemente del ingreso, no tienen obligación de costos compartidos conforme a esta Póliza por los artículos o servicios que son Beneficios de Salud Esenciales, siempre que dichos artículos o servicios sean proporcionados por un proveedor del Servicio de Salud Indígena (por sus siglas en inglés, IHS), una Tribu Indígena, una Organización Tribal o una Organización Indígena Urbana, o bien, a través de una remisión conforme a servicios de salud contratados, según lo definido por la ley federal. Costo compartido se refiere a los copagos, incluyendo el coseguro y los deducibles.

²Determinados servicios requieren la certificación previa de Health Net. Sin certificación previa, se aplica un cargo adicional de \$250. Si desea conocer los detalles, consulte la Póliza.

³Si desea conocer la metodología de reembolso fuera de la red, consulte la Póliza.

⁴Los copagos o el coseguro pagados por servicios dentro de la red no se aplicarán al desembolso máximo para proveedores fuera de la red, y el coseguro pagado por servicios fuera de la red no se aplicará al desembolso máximo para proveedores preferidos.

⁵Los servicios cubiertos se basan en las recomendaciones de grado A y B del Grupo Especial de Servicios Preventivos de los Estados Unidos (por sus siglas en inglés, USPSTF); las recomendaciones del Comité Asesor sobre Prácticas de Vacunación (por sus siglas en inglés, ACIP) que fueron adoptadas por el Director de los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (por sus siglas en inglés, CDC); la atención preventiva y los exámenes de detección para la mujer que se establecen en las pautas integrales respaldadas por la Administración de Recursos y Servicios de Salud (por sus siglas en inglés, HRSA); y las pautas integrales respaldadas por la HRSA para bebés, niños y adolescentes. Para obtener más información sobre los servicios preventivos recomendados generalmente, visite www.healthcare.gov. El costo compartido aplicable para atención preventiva se aplicará a estos servicios.

⁶La Lista de Medicamentos Esenciales con Receta es una lista de medicamentos que requieren receta médica cubiertos por este plan. Algunos medicamentos requieren la autorización previa de Health Net. Si desea obtener una copia de la Lista de Medicamentos Esenciales con Receta, visite el sitio Web de Health Net. Consulte la Póliza para obtener información completa sobre los medicamentos que requieren receta médica. Los planes cubrirán la mayoría de los anticonceptivos femeninos que requieren receta médica a un costo compartido de \$0. Es posible que la cobertura de algunos medicamentos no siga el sistema de niveles de medicamentos genéricos y de marca. Consulte su Póliza y la Lista de Medicamentos Esenciales con Receta de Health Net para obtener información sobre la cobertura, los costos compartidos y los niveles. La Póliza es un documento legal y vinculante. Si la información que aparece en este folleto difiere de la información que aparece en la Póliza, regístrate en la Póliza. Los medicamentos que requieren receta médica surtidos a través de la compra por correo (suministro para un período de hasta 90 días) requieren un nivel de copago doble. Para obtener detalles con respecto a un medicamento específico, visite www.healthnet.com.

⁷Todos los planes incluyen cobertura dental y de la vista pediátrica.

⁸Los beneficios dentales pediátricos están asegurados por Health Net Life Insurance Company y son administrados por Dental Benefit Providers, Inc., nombre comercial o DBA: Dental Benefit Administrative Services (Entidades de DBP). Las Entidades de DBP no están afiliadas a Health Net. Se cubren beneficios dentales pediátricos adicionales. Consulte la Póliza para obtener detalles.

⁹Los beneficios de servicios de la vista pediátricos están asegurados por Health Net Life Insurance Company. Health Net tiene contrato con EyeMed Vision Care, LLC, un panel de proveedores de servicios de la vista, para administrar los beneficios de servicios de la vista pediátricos.

Resumen del Plan – Health Net Minimum Coverage EPO

Descripción del beneficio	Responsabilidad de la/s persona/s asegurada/s ^{1,2,3}
Máximo ilimitado de por vida. Los beneficios están sujetos a un deducible a menos que se indique lo contrario.	
Máximos del plan	
Deducible por año calendario	\$6,850 individual / \$13,700 familiar
Desembolso máximo ⁴ (Incluye el deducible por año calendario. Los pagos por servicios y suministros no cubiertos por este plan no se aplicarán a este desembolso máximo por año calendario.)	\$6,850 individual / \$13,700 familiar
Servicios profesionales	
Copago por visita al consultorio	Consultas 1 a 3: 0% (sin ded.)/ Consulta 4 en adelante: 0% (se aplica el ded.)
Consulta con un especialista	0%
Visita al consultorio con otro profesional (incluyendo los servicios de acupuntura médicamente necesarios)	Consultas 1 a 3: 0% (sin ded.)/ Consulta 4 en adelante: 0% (se aplica el ded.)
Servicios de atención preventiva ⁵	\$0 (sin ded.)
Rayos X y servicios de imágenes de diagnóstico	0%
Pruebas de laboratorio	0%
Servicios de imágenes (Tomografías [CT]/Tomografías por Emisión de Positrones [PET], Imágenes por Resonancia Magnética [MRI])	0%
Servicios de rehabilitación y habilitación	0%
Servicios para pacientes ambulatorios	
Cirugía para pacientes ambulatorios (incluye el cargo del centro y los cargos del médico/cirujano)	0%
Servicios hospitalarios	
Hospitalización para pacientes internados (incluye maternidad)	0%
Atención de enfermería especializada	0%
Servicios de emergencia	
Servicios de la sala de emergencias (sin copago si es admitido)	0%
Atención de urgencia	Consultas 1 a 3: 0% (sin ded.)/ Consulta 4 en adelante: 0% (se aplica el ded.)
Servicios de ambulancia (por tierra y aire)	0%
Servicios de Salud mental/del Comportamiento / para Trastornos por abuso de sustancias	
Servicios de Salud mental/del comportamiento / para Trastornos por abuso de sustancias (pacientes hospitalizados)	0%
Servicios de Salud mental/del comportamiento / para Trastornos por abuso de sustancias (pacientes ambulatorios)	Visitas al consultorio 1 a 3: 0% (sin ded.)/ Visita al consultorio 4 en adelante: 0% (se aplica el ded.) Otro servicio que no sean las visitas al consultorio 1 a 3: 0% (sin ded.)/ Otro servicio que no sean las visitas al consultorio 4 en adelante: 0% (se aplica el ded.)
Servicios de cuidado de la salud en el hogar (100 visitas por año calendario)	0%
Otros servicios	
Equipo médico duradero	0%
Servicio del centro de cuidado de enfermos terminales	0%
Medicamentos auto inyectables (que no sean la insulina)	0%
Cobertura de medicamentos que requieren receta médica	
Deducible por medicamentos de marca por año calendario	Integrados con el deducible médico
Medicamentos que requieren receta médica (suministro para un período de hasta 30 días surtido a través de una farmacia participante) ⁶	
Nivel I (la mayoría de los medicamentos genéricos y de marca preferidos de bajo costo)	0%
Nivel II (medicamentos genéricos no preferidos y de marca preferidos)	0%
Nivel III (sólo medicamentos de marca no preferidos)	0%
Nivel IV (medicamentos Especializados)	0%
Cobertura dental pediátrica ^{7,8}	
Servicios preventivos y de diagnóstico	0% (sin ded.)
Cobertura de la vista pediátrica ^{7,9}	
Examen de la vista de rutina	\$0 (sin ded.)
Anteojos (se aplican limitaciones)	1 par por año

Éste es un resumen de beneficios. No incluye todos los servicios, las limitaciones ni las exclusiones. Si desea conocer los términos y condiciones de la cobertura, consulte la Póliza.

Los planes de cobertura mínima están disponibles para las personas que tienen menos de 30 años. Usted también puede ser elegible para este plan si tiene 30 años o más y está exento del requisito federal de mantener una cobertura esencial mínima. Una vez que se inscribe, debe volver a solicitar al Mercado una exención por dificultades económicas y volver a enviar a Health Net el aviso en el que se indique el número de su certificado de exención del Mercado todos los años —a más tardar el 1 de enero— para permanecer en este plan.

¹En conformidad con la Ley de Cuidado de Salud Asequible, los Nativos Americanos y los Indígenas de Alaska, en la medida en que el Intercambio determine que son elegibles e independientemente del ingreso, no tienen obligación de costos compartidos conforme a esta Póliza por los artículos o servicios que son Beneficios de Salud Esenciales, siempre que dichos artículos o servicios sean proporcionados por un proveedor del Servicio de Salud Indígena (por sus siglas en inglés, IHS), una Tribu Indígena, una Organización Tribal o una Organización Indígena Urbana, o bien, a través de una remisión conforme a servicios de salud contratados, según lo definido por la ley federal. Costo compartido se refiere a los copagos, incluyendo el coseguro y los deducibles.

² Determinados servicios requieren la certificación previa de Health Net. Sin certificación previa, se aplica un cargo adicional de \$250. Si desea conocer los detalles, consulte la Póliza.

³Si desea conocer la metodología de reembolso fuera de la red, consulte la Póliza.

⁴Los copagos o el coseguro pagados por servicios dentro de la red no se aplicarán al desembolso máximo para proveedores fuera de la red, y el coseguro pagado por servicios fuera de la red no se aplicará al desembolso máximo para proveedores preferidos.

⁵Los servicios cubiertos se basan en las recomendaciones de grado A y B del Grupo Especial de Servicios Preventivos de los Estados Unidos (por sus siglas en inglés, USPSTF); las recomendaciones del Comité Asesor sobre Prácticas de Vacunación (por sus siglas en inglés, ACIP) que fueron adoptadas por el Director de los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (por sus siglas en inglés, CDC); la atención preventiva y los exámenes de detección para la mujer que se establecen en las pautas integrales respaldadas por la Administración de Recursos y Servicios de Salud (por sus siglas en inglés, HRSA); y las pautas integrales respaldadas por la HRSA para bebés, niños y adolescentes. Para obtener más información sobre los servicios preventivos recomendados generalmente, visite www.healthcare.gov. El costo compartido aplicable para atención preventiva se aplicará a estos servicios.

⁶La Lista de Medicamentos Esenciales con Receta es una lista de medicamentos que requieren receta médica cubiertos por este plan. Algunos medicamentos requieren la autorización previa de Health Net. Si desea obtener una copia de la Lista de Medicamentos Esenciales con Receta, visite el sitio Web de Health Net. Consulte la Póliza para obtener información completa sobre los medicamentos que requieren receta médica. Los planes cubrirán la mayoría de los anticonceptivos femeninos que requieren receta médica a un costo compartido de \$0. Es posible que la cobertura de algunos medicamentos no siga el sistema de niveles de medicamentos genéricos y de marca. Consulte su Póliza y la Lista de Medicamentos Esenciales con Receta de Health Net para obtener información sobre la cobertura, los costos compartidos y los niveles. La Póliza es un documento legal y vinculante. Si la información que aparece en este folleto difiere de la información que aparece en la Póliza, regirá la Póliza. Los medicamentos que requieren receta médica surtidos a través de la compra por correo (suministro para un período de hasta 90 días) requieren un nivel de copago doble. Para obtener detalles con respecto a un medicamento específico, visite www.healthnet.com.

⁷Todos los planes incluyen cobertura dental y de la vista pediátrica.

⁸Los beneficios dentales pediátricos están asegurados por Health Net Life Insurance Company y son administrados por Dental Benefit Providers, Inc., nombre comercial o DBA: Dental Benefit Administrative Services (Entidades de DBP). Las Entidades de DBP no están afiliadas a Health Net. Se cubren beneficios dentales pediátricos adicionales. Consulte la Póliza para obtener detalles.

⁹Los beneficios de servicios de la vista pediátricos están asegurados por Health Net Life Insurance Company. Health Net tiene contrato con EyeMed Vision Care, LLC, un panel de proveedores de servicios de la vista, para administrar los beneficios de servicios de la vista pediátricos.

Resumen del Plan – Health Net Silver 94 EPO

Descripción del beneficio	Responsabilidad de la/s persona/s asegurada/s ^{1,2,3}
Máximo ilimitado de por vida. Los beneficios están sujetos a un deducible a menos que se indique lo contrario.	
Máximos del plan Deducible por año calendario	\$75 individual / \$150 familiar
Desembolso máximo ⁴ (Incluye el deducible por año calendario. Los pagos por servicios y suministros no cubiertos por este plan no se aplicarán a este desembolso máximo por año calendario.)	\$2,250 individual / \$4,500 familiar
Servicios profesionales Copago por visita al consultorio	\$5 (sin ded.)
Consulta con un especialista	\$8 (sin ded.)
Visita al consultorio con otro profesional (incluyendo los servicios de acupuntura médicamente necesarios)	\$5 (sin ded.)
Servicios de atención preventiva ⁵	\$0 (sin ded.)
Rayos X y servicios de imágenes de diagnóstico	\$8 (sin ded.)
Pruebas de laboratorio	\$8 (sin ded.)
Servicios de imágenes (Tomografías [CT]/Tomografías por Emisión de Positrones [PET], Imágenes por Resonancia Magnética [MRI])	\$50 (sin ded.)
Servicios de rehabilitación y habilitación	\$5 (sin ded.)
Servicios para pacientes ambulatorios Cirugía para pacientes ambulatorios (incluye el cargo del centro y los cargos del médico/cirujano)	10% (sin ded.)
Servicios hospitalarios Hospitalización para pacientes internados (incluye maternidad)	10%
Atención de enfermería especializada	10%
Servicios de emergencia Servicios de la sala de emergencias (sin copago si es admitido)	\$30 por centro / \$25 por médico
Atención de urgencia	\$6 (sin ded.)
Servicios de ambulancia (por tierra y aire)	\$30
Servicios de Salud mental/del Comportamiento / para Trastornos por abuso de sustancias Servicios de Salud mental/del comportamiento / para Trastornos por abuso de sustancias (pacientes hospitalizados)	10%
Servicios de Salud mental/del comportamiento / para Trastornos por abuso de sustancias (pacientes ambulatorios)	Visita al consultorio: \$5 (sin ded.) Otro servicio que no sea visita al consultorio: \$0 (sin ded.)
Servicios de cuidado de la salud en el hogar (100 visitas por año calendario)	\$3 (sin ded.)
Otros servicios Equipo médico duradero	10% (sin ded.)
Servicio del centro de cuidado de enfermos terminales	\$0 (sin ded.)
Medicamentos auto inyectables (que no sean la insulina)	10% hasta \$150/receta (sin ded.)
Cobertura de medicamentos que requieren receta médica Medicamentos que requieren receta médica (suministro para un período de hasta 30 días surtido a través de una farmacia participante) ⁶	
Nivel I (la mayoría de los medicamentos genéricos y de marca preferidos de bajo costo)	\$3 (sin ded.)
Nivel II (medicamentos genéricos no preferidos y de marca preferidos)	\$10 (sin ded.)
Nivel III (sólo medicamentos de marca no preferidos)	\$15 (sin ded.)
Nivel IV (medicamentos Especializados)	10% hasta \$150/receta (sin ded.)
Cobertura dental pediátrica ^{7,8} Servicios preventivos y de diagnóstico	\$0 (sin ded.)
Cobertura de la vista pediátrica ^{7,9} Examen de la vista de rutina	\$0 (sin ded.)
Anteojos (se aplican limitaciones)	1 par por año

Éste es un resumen de beneficios. No incluye todos los servicios, las limitaciones ni las exclusiones. Si desea conocer los términos y condiciones de la cobertura, consulte la Póliza.

¹En conformidad con la Ley de Cuidado de Salud Asequible, los Nativos Americanos y los Indígenas de Alaska, en la medida en que el Intercambio determine que son elegibles e independientemente del ingreso, no tienen obligación de costos compartidos conforme a esta Póliza por los artículos o servicios que son Beneficios de Salud Esenciales, siempre que dichos artículos o servicios sean proporcionados por un proveedor del Servicio de Salud Indígena (por sus siglas en inglés, IHS), una Tribu Indígena, una Organización Tribal o una Organización Indígena Urbana, o bien, a través de una remisión conforme a servicios de salud contratados, según lo definido por la ley federal. Costo compartido se refiere a los copagos, incluyendo el coseguro y los deducibles.

²Determinados servicios requieren la certificación previa de Health Net. Sin certificación previa, se aplica un cargo adicional de \$250. Si desea conocer los detalles, consulte la Póliza.

³Si desea conocer la metodología de reembolso fuera de la red, consulte la Póliza.

⁴Los copagos o el coseguro pagados por servicios dentro de la red no se aplicarán al desembolso máximo para proveedores fuera de la red, y el coseguro pagado por servicios fuera de la red no se aplicará al desembolso máximo para proveedores preferidos.

⁵Los servicios cubiertos se basan en las recomendaciones de grado A y B del Grupo Especial de Servicios Preventivos de los Estados Unidos (por sus siglas en inglés, USPSTF); las recomendaciones del Comité Asesor sobre Prácticas de Vacunación (por sus siglas en inglés, ACIP) que fueron adoptadas por el Director de los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (por sus siglas en inglés, CDC); la atención preventiva y los exámenes de detección para la mujer que se establecen en las pautas integrales respaldadas por la Administración de Recursos y Servicios de Salud (HRSA); y las pautas integrales respaldadas por la HRSA para bebés, niños y adolescentes. Para obtener más información sobre los servicios preventivos recomendados generalmente, visite www.healthcare.gov. El costo compartido aplicable para atención preventiva se aplicará a estos servicios.

⁶La Lista de Medicamentos Esenciales con Receta es una lista de medicamentos que requieren receta médica cubiertos por este plan. Algunos medicamentos requieren la autorización previa de Health Net. Si desea obtener una copia de la Lista de Medicamentos Esenciales con Receta, visite el sitio Web de Health Net. Consulte la Póliza para obtener información completa sobre los medicamentos que requieren receta médica. Los planes cubrirán la mayoría de los anticonceptivos femeninos que requieren receta médica a un costo compartido de \$0. Es posible que la cobertura de algunos medicamentos no siga el sistema de niveles de medicamentos genéricos y de marca. Consulte su Póliza y la Lista de Medicamentos Esenciales con Receta de Health Net para obtener información sobre la cobertura, los costos compartidos y los niveles. La Póliza es un documento legal y vinculante. Si la información que aparece en este folleto difiere de la información que aparece en la Póliza, regístrate en la Póliza. Los medicamentos que requieren receta médica surtidos a través de la compra por correo (suministro para un período de hasta 90 días) requieren un nivel de copago doble. Para obtener detalles con respecto a un medicamento específico, visite www.healthnet.com.

⁷Todos los planes incluyen cobertura dental y de la vista pediátrica.

⁸Los beneficios dentales pediátricos están asegurados por Health Net Life Insurance Company y son administrados por Dental Benefit Providers, Inc., nombre comercial o DBA: Dental Benefit Administrative Services (Entidades de DBP). Las Entidades de DBP no están afiliadas a Health Net. Se cubren beneficios dentales pediátricos adicionales. Consulte la Póliza para obtener detalles.

⁹Los beneficios de servicios de la vista pediátricos están asegurados por Health Net Life Insurance Company. Health Net tiene contrato con EyeMed Vision Care, LLC, un panel de proveedores de servicios de la vista, para administrar los beneficios de servicios de la vista pediátricos.

Resumen del Plan – Health Net Silver 87 EPO

Descripción del beneficio	Responsabilidad de la/s persona/s asegurada/s ^{1,2,3}
Máximo ilimitado de por vida. Los beneficios están sujetos a un deducible a menos que se indique lo contrario.	
Máximos del plan Deducible por año calendario	\$550 individual / \$1,100 familiar
Desembolso máximo ⁴ (Incluye el deducible por año calendario. Los pagos por servicios y suministros no cubiertos por este plan no se aplicarán a este desembolso máximo por año calendario.)	\$2,250 individual / \$4,500 familiar
Servicios profesionales Copago por visita al consultorio	\$15 (sin ded.)
Consulta con un especialista	\$25 (sin ded.)
Visita al consultorio con otro profesional (incluyendo los servicios de acupuntura médicamente necesarios)	\$15 (sin ded.)
Servicios de atención preventiva ⁵	\$0 (sin ded.)
Rayos X y servicios de imágenes de diagnóstico	\$25 (sin ded.)
Pruebas de laboratorio	\$15 (sin ded.)
Servicios de imágenes (Tomografías [CT]/Tomografías por Emisión de Positrones [PET], Imágenes por Resonancia Magnética [MRI])	\$100 (sin ded.)
Servicios de rehabilitación y habilitación	\$15 (sin ded.)
Servicios para pacientes ambulatorios Cirugía para pacientes ambulatorios (incluye el cargo del centro y los cargos del médico/cirujano)	15% (sin ded.)
Servicios hospitalarios Hospitalización para pacientes internados (incluye maternidad)	15%
Atención de enfermería especializada	15%
Servicios de emergencia Servicios de la sala de emergencias (sin copago si es admitido)	\$75 por centro / \$40 por médico
Atención de urgencia	\$30 (sin ded.)
Servicios de ambulancia (por tierra y aire)	\$75
Servicios de Salud mental/del Comportamiento / para Trastornos por abuso de sustancias Servicios de Salud mental/del comportamiento / para Trastornos por abuso de sustancias (pacientes hospitalizados)	15%
Servicios de Salud mental/del comportamiento / para Trastornos por abuso de sustancias (pacientes ambulatorios)	Visita al consultorio: \$15 (sin ded.) Otro servicio que no sea visita al consultorio: \$0 (sin ded.)
Servicios de cuidado de la salud en el hogar (100 visitas por año calendario)	\$15 (sin ded.)
Otros servicios Equipo médico duradero	15% (sin ded.)
Servicio del centro de cuidado de enfermos terminales	\$0 (sin ded.)
Medicamentos auto inyectables (que no sean la insulina)	15% hasta \$150/receta (después del ded. por receta)
Cobertura de medicamentos que requieren receta médica Deducible por medicamentos que requieren receta médica por año calendario Medicamentos que requieren receta médica (suministro para un período de hasta 30 días surtido a través de una farmacia participante) ⁶	\$50 individual / \$100 familiar
Nivel I (la mayoría de los medicamentos genéricos y de marca preferidos de bajo costo)	\$5 (Receta sin ded.)
Nivel II (medicamentos genéricos no preferidos y de marca preferidos)	\$20
Nivel III (sólo medicamentos de marca no preferidos)	\$35
Nivel IV (medicamentos Especializados)	15% hasta \$150/receta (después del ded. por receta)
Cobertura dental pediátrica ^{7,8} Servicios preventivos y de diagnóstico	\$0 (sin ded.)
Cobertura de la vista pediátrica ^{7,9} Examen de la vista de rutina	\$0 (sin ded.)
Anteojos (se aplican limitaciones)	1 par por año

Éste es un resumen de beneficios. No incluye todos los servicios, las limitaciones ni las exclusiones. Si desea conocer los términos y condiciones de la cobertura, consulte la Póliza.

¹En conformidad con la Ley de Cuidado de Salud Asequible, los Nativos Americanos y los Indígenas de Alaska, en la medida en que el Intercambio determine que son elegibles e independientemente del ingreso, no tienen obligación de costos compartidos conforme a esta Póliza por los artículos o servicios que son Beneficios de Salud Esenciales, siempre que dichos artículos o servicios sean proporcionados por un proveedor del Servicio de Salud Indígena (por sus siglas en inglés, IHS), una Tribu Indígena, una Organización Tribal o una Organización Indígena Urbana, o bien, a través de una remisión conforme a servicios de salud contratados, según lo definido por la ley federal. Costo compartido se refiere a los copagos, incluyendo el coseguro y los deducibles.

²Determinados servicios requieren la certificación previa de Health Net. Sin certificación previa, se aplica un cargo adicional de \$250. Si desea conocer los detalles, consulte la Póliza.

³Si desea conocer la metodología de reembolso fuera de la red, consulte la Póliza.

⁴Los copagos o el coseguro pagados por servicios dentro de la red no se aplicarán al desembolso máximo para proveedores fuera de la red, y el coseguro pagado por servicios fuera de la red no se aplicará al desembolso máximo para proveedores preferidos.

⁵Los servicios cubiertos se basan en las recomendaciones de grado A y B del Grupo Especial de Servicios Preventivos de los Estados Unidos (por sus siglas en inglés, USPSTF); las recomendaciones del Comité Asesor sobre Prácticas de Vacunación (por sus siglas en inglés, ACIP) que fueron adoptadas por el Director de los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (por sus siglas en inglés, CDC); la atención preventiva y los exámenes de detección para la mujer que se establecen en las pautas integrales respaldadas por la Administración de Recursos y Servicios de Salud (por sus siglas en inglés, HRSA); y las pautas integrales respaldadas por la HRSA para bebés, niños y adolescentes. Para obtener más información sobre los servicios preventivos recomendados generalmente, visite www.healthcare.gov. El costo compartido aplicable para atención preventiva se aplicará a estos servicios.

⁶La Lista de Medicamentos Esenciales con Receta es una lista de medicamentos que requieren receta médica cubiertos por este plan. Algunos medicamentos requieren la autorización previa de Health Net. Si desea obtener una copia de la Lista de Medicamentos Esenciales con Receta, visite el sitio Web de Health Net. Consulte la Póliza para obtener información completa sobre los medicamentos que requieren receta médica. Los planes cubrirán la mayoría de los anticonceptivos femeninos que requieren receta médica a un costo compartido de \$0. Es posible que la cobertura de algunos medicamentos no siga el sistema de niveles de medicamentos genéricos y de marca. Consulte su Póliza y la Lista de Medicamentos Esenciales con Receta de Health Net para obtener información sobre la cobertura, los costos compartidos y los niveles. La Póliza es un documento legal y vinculante. Si la información que aparece en este folleto difiere de la información que aparece en la Póliza, regístrate en la Póliza. Los medicamentos que requieren receta médica surtidos a través de la compra por correo (suministro para un período de hasta 90 días) requieren un nivel de copago doble. Para obtener detalles con respecto a un medicamento específico, visite www.healthnet.com.

⁷Todos los planes incluyen cobertura dental y de la vista pediátrica.

⁸Los beneficios dentales pediátricos están asegurados por Health Net Life Insurance Company y son administrados por Dental Benefit Providers, Inc., nombre comercial o DBA: Dental Benefit Administrative Services (Entidades de DBP). Las Entidades de DBP no están afiliadas a Health Net. Se cubren beneficios dentales pediátricos adicionales. Consulte la Póliza para obtener detalles.

⁹Los beneficios de servicios de la vista pediátricos están asegurados por Health Net Life Insurance Company. Health Net tiene contrato con EyeMed Vision Care, LLC, un panel de proveedores de servicios de la vista, para administrar los beneficios de servicios de la vista pediátricos.

Resumen del Plan – Health Net Silver 73 EPO

Descripción del beneficio	Responsabilidad de la/s persona/s asegurada/s ^{1,2,3}
Máximo ilimitado de por vida. Los beneficios están sujetos a un deducible a menos que se indique lo contrario.	
Máximos del plan Deducible por año calendario	\$1,900 individual / \$3,800 familiar
Desembolso máximo ⁴ (Incluye el deducible por año calendario. Los pagos por servicios y suministros no cubiertos por este plan no se aplicarán a este desembolso máximo por año calendario.)	\$5,450 individual / \$10,900 familiar
Servicios profesionales Copago por visita al consultorio	\$40 (sin ded.)
Consulta con un especialista	\$55 (sin ded.)
Visita al consultorio con otro profesional (incluyendo los servicios de acupuntura médicamente necesarios)	\$40 (sin ded.)
Servicios de atención preventiva ⁵	\$0 (sin ded.)
Rayos X y servicios de imágenes de diagnóstico	\$50 (sin ded.)
Pruebas de laboratorio	\$35 (sin ded.)
Servicios de imágenes (Tomografías [CT]/Tomografías por Emisión de Positrones [PET], Imágenes por Resonancia Magnética [MRI])	\$250 (sin ded.)
Servicios de rehabilitación y habilitación	\$40 (sin ded.)
Servicios para pacientes ambulatorios Cirugía para pacientes ambulatorios (incluye el cargo del centro y los cargos del médico/cirujano)	20% (sin ded.)
Servicios hospitalarios Hospitalización para pacientes internados (incluye maternidad)	20%
Atención de enfermería especializada	20%
Servicios de emergencia Servicios de la sala de emergencias (sin copago si es admitido)	\$250 por centro / \$50 por médico
Atención de urgencia	\$80 (sin ded.)
Servicios de ambulancia (por tierra y aire)	\$250
Servicios de Salud mental/del Comportamiento / para Trastornos por abuso de sustancias Servicios de Salud mental/del comportamiento / para Trastornos por abuso de sustancias (pacientes hospitalizados)	20%
Servicios de Salud mental/del comportamiento / para Trastornos por abuso de sustancias (pacientes ambulatorios)	Visita al consultorio: \$40 (sin ded.) Otro servicio que no sea visita al consultorio: \$0 (sin ded.)
Servicios de cuidado de la salud en el hogar (100 visitas por año calendario)	\$40 (sin ded.)
Otros servicios Equipo médico duradero	20% (sin ded.)
Servicio del centro de cuidado de enfermos terminales	\$0 (sin ded.)
Medicamentos auto inyectables (que no sean la insulina)	20% hasta \$250/receta (después del ded. por receta)
Cobertura de medicamentos que requieren receta médica Deducible por medicamentos que requieren receta médica por año calendario Medicamentos que requieren receta médica (suministro para un período de hasta 30 días surtido a través de una farmacia participante) ⁶	\$250 individual / \$500 familiar
Nivel I (la mayoría de los medicamentos genéricos y de marca preferidos de bajo costo)	\$15 (sin ded.)
Nivel II (medicamentos genéricos no preferidos y de marca preferidos)	\$45
Nivel III (sólo medicamentos de marca no preferidos)	\$70
Nivel IV (medicamentos Especializados)	20% hasta \$250/receta (después del ded. por receta)
Cobertura dental pediátrica ^{7,8} Servicios preventivos y de diagnóstico	\$0 (sin ded.)
Cobertura de la vista pediátrica ^{7,9} Examen de la vista de rutina	\$0 (sin ded.)
Anteojos (se aplican limitaciones)	1 par por año

Éste es un resumen de beneficios. No incluye todos los servicios, las limitaciones ni las exclusiones. Si desea conocer los términos y condiciones de la cobertura, consulte la Póliza.

¹En conformidad con la Ley de Cuidado de Salud Asequible, los Nativos Americanos y los Indígenas de Alaska, en la medida en que el Intercambio determine que son elegibles e independientemente del ingreso, no tienen obligación de costos compartidos conforme a esta Póliza por los artículos o servicios que son Beneficios de Salud Esenciales, siempre que dichos artículos o servicios sean proporcionados por un proveedor del Servicio de Salud Indígena (por sus siglas en inglés, IHS), una Tribu Indígena, una Organización Tribal o una Organización Indígena Urbana, o bien, a través de una remisión conforme a servicios de salud contratados, según lo definido por la ley federal. Costo compartido se refiere a los copagos, incluyendo el coseguro y los deducibles.

²Determinados servicios requieren la certificación previa de Health Net. Sin certificación previa, se aplica un cargo adicional de \$250. Si desea conocer los detalles, consulte la Póliza.

³Si desea conocer la metodología de reembolso fuera de la red, consulte la Póliza.

⁴Los copagos o el coseguro pagados por servicios dentro de la red no se aplicarán al desembolso máximo para proveedores fuera de la red, y el coseguro pagado por servicios fuera de la red no se aplicará al desembolso máximo para proveedores preferidos.

⁵Los servicios cubiertos se basan en las recomendaciones de grado A y B del Grupo Especial de Servicios Preventivos de los Estados Unidos (por sus siglas en inglés, USPSTF); las recomendaciones del Comité Asesor sobre Prácticas de Vacunación (por sus siglas en inglés, ACIP) que fueron adoptadas por el Director de los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (por sus siglas en inglés, CDC); la atención preventiva y los exámenes de detección para la mujer que se establecen en las pautas integrales respaldadas por la Administración de Recursos y Servicios de Salud (por sus siglas en inglés, HRSA); y las pautas integrales respaldadas por la HRSA para bebés, niños y adolescentes. Para obtener más información sobre los servicios preventivos recomendados generalmente, visite www.healthcare.gov. El costo compartido aplicable para atención preventiva se aplicará a estos servicios.

⁶La Lista de Medicamentos Esenciales con Receta es una lista de medicamentos que requieren receta médica cubiertos por este plan. Algunos medicamentos requieren la autorización previa de Health Net. Si desea obtener una copia de la Lista de Medicamentos Esenciales con Receta, visite el sitio Web de Health Net. Consulte la Póliza para obtener información completa sobre los medicamentos que requieren receta médica. Los planes cubrirán la mayoría de los anticonceptivos femeninos que requieren receta médica a un costo compartido de \$0. Es posible que la cobertura de algunos medicamentos no siga el sistema de niveles de medicamentos genéricos y de marca. Consulte su Póliza y la Lista de Medicamentos que Requieren Receta Médica Esenciales de Health Net para obtener información sobre la cobertura, los costos compartidos y los niveles. La Póliza es un documento legal y vinculante. Si la información que aparece en este folleto difiere de la información que aparece en la Póliza, regístrate en la Póliza. Los medicamentos que requieren receta médica surtidos a través de la compra por correo (suministro para un período de hasta 90 días) requieren un nivel de copago doble. Para obtener detalles con respecto a un medicamento específico, visite www.healthnet.com

⁷Todos los planes incluyen cobertura dental y de la vista pediátrica.

⁸Los beneficios dentales pediátricos están asegurados por Health Net Life Insurance Company y son administrados por Dental Benefit Providers, Inc., nombre comercial o DBA: Dental Benefit Administrative Services (Entidades de DBP). Las Entidades de DBP no están afiliadas a Health Net. Se cubren beneficios dentales pediátricos adicionales. Consulte la Póliza para obtener detalles.

⁹Los beneficios de servicios de la vista pediátricos están asegurados por Health Net Life Insurance Company. Health Net tiene contrato con EyeMed Vision Care, LLC, un panel de proveedores de servicios de la vista, para administrar los beneficios de servicios de la vista pediátricos.

Cobertura de los principales gastos médicos

Esta categoría de cobertura está diseñada para brindar a las personas aseguradas beneficios para los principales gastos hospitalarios, médicos y quirúrgicos incurridos como resultado de un accidente o enfermedad cubiertos. Pueden brindarse beneficios para alojamiento y alimentación diarios en la habitación de un hospital, servicios hospitalarios varios, servicios quirúrgicos, servicios de anestesia, servicios médicos hospitalarios, atención ambulatoria y prótesis, sujetos a cualquier deducible, disposición sobre copagos u otra limitación que pueda establecerse en la Póliza.



Coberturas y beneficios principales

Consulte la siguiente lista para ver un resumen de los servicios y suministros cubiertos de cada plan. También consulte la Póliza que recibe después de inscribirse en un plan. La Póliza brinda información más detallada sobre los beneficios y la cobertura incluidos en su plan de seguro de salud. **Nota:** Los planes de seguro EPO no cubren servicios de cuidado de la salud fuera de la red PureCare One, excepto la atención de emergencia y la atención de urgencia.

- Suero para alergias
- Pruebas y tratamiento de alergias
- Servicios de ambulancia – transporte en ambulancia terrestre y transporte en ambulancia aérea
- Centro quirúrgico ambulatorio
- Cirugía bariátrica (pérdida de peso)
- Atención por afecciones del embarazo
- Estudios clínicos
- Calzado correctivo para prevenir o tratar complicaciones relacionadas con la diabetes
- Equipo para diabéticos
- Procedimientos de laboratorio e imágenes de diagnóstico (incluyendo rayos X)
- Terapia de rehabilitación
- Servicios de agencias de cuidado de la salud en el hogar
- Cuidado de enfermos terminales
- Servicios hospitalarios para pacientes internados
- Lentes implantados médicamente necesarios que reemplazan los lentes orgánicos del ojo
- Cirugía reconstructiva médicamente necesaria
- Medicamentos implantados quirúrgicamente médicamente necesarios
- Beneficios para el cuidado de la salud mental y dependencia de sustancias químicas
- Servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios
- Terapia de infusión para pacientes ambulatorios
- Trasplantes de órganos, tejidos y médula ósea
- Educación del paciente (incluyendo educación sobre la diabetes)
- Cobertura de la vista pediátrica según se especifica en la Póliza
- Fenilcetonuria (por sus siglas en inglés, PKU)
- Servicios para el embarazo y la maternidad
- Servicios de atención preventiva
- Servicios profesionales
- Prótesis
- Tratamiento de radioterapia, quimioterapia y de diálisis renal
- Terapia de rehabilitación (incluyendo fisioterapia, y terapia del habla, ocupacional, cardíaca y pulmonar)
- Alquiler o compra de equipo médico duradero
- Medicamentos auto inyectables
- Centro de enfermería especializada
- Esterilización masculina y femenina
- Tratamiento para lesiones dentales, si es médicamente necesario

Servicios de salud reproductiva

Algunos hospitales y otros proveedores no prestan uno o más de los siguientes servicios que pueden estar cubiertos conforme a su Póliza y que usted o uno de sus familiares 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 futuro médico, grupo médico, asociación de práctica independiente o clínica, o bien, llame al Centro de Comunicación con el Cliente de Health Net Life al 1-888-926-4988, para asegurarse de poder obtener los servicios de cuidado de la salud que necesita.

Costos compartidos

La cobertura está sujeta a los deducibles, los coseguros y los copagos. Consulte la Póliza para obtener todos los detalles.

Certificación (autorización previa de servicios)

Algunos servicios están sujetos a la certificación previa. Consulte la lista completa de servicios en la Póliza.

Exclusiones y limitaciones

La siguiente es una lista parcial de los servicios que generalmente no están cubiertos. Para obtener todos los detalles sobre las exclusiones y limitaciones de cualquier plan, consulte la Póliza.

- Servicios o suministros que no son médicamente necesarios.
- Toda cantidad que exceda las cantidades máximas especificadas en la Póliza.
- Cirugía cosmética, excepto según lo especificado en la Póliza.
- Servicios dentales, excepto según lo especificado en la Póliza.
- Tratamiento y servicios para trastornos de la

articulación temporomandibular (mandíbula) (por sus siglas en inglés, TMJ) (salvo que sean procedimientos quirúrgicos médicamente necesarios).

- Cirugía y servicios relacionados utilizados con el propósito de corregir una mala posición o un desarrollo inadecuado de los huesos de la mandíbula superior o inferior, salvo cuando dichos procedimientos sean médicamente necesarios.
- Alimentos, o suplementos dietéticos o nutricionales, excepto las fórmulas infantiles y otros productos alimenticios especiales utilizados para evitar complicaciones de la fenilcetonuria (PKU).
- Cuidado de la vista para adultos de 19 años y mayores, incluyendo determinadas cirugías del ojo para reemplazar los anteojos, excepto según lo especificado en la Póliza.
- Servicios de optometría o ejercicios para la vista para adultos de 19 años y mayores, excepto según lo establecido específicamente en otro lugar de la Póliza.
- Anteojos o lentes de contacto para adultos de 19 años y mayores, excepto según lo especificado en la Póliza.
- Servicios de cambio de sexo.
- Servicios para revertir una infertilidad inducida quirúrgicamente de manera voluntaria.
- No están cubiertos los servicios ni suministros cuya finalidad sea fecundar a una mujer. Los siguientes servicios y suministros están excluidos de la cobertura de preservación de la fertilidad: almacenamiento de gametos o embriones; uso de los gametos o embriones congelados para lograr una concepción futura; diagnóstico genético previo a la implantación; óvulos, esperma o embriones de donantes; portadoras gestacionales (madres sustitutas).
- Determinadas pruebas genéticas.
- Servicios experimentales o de investigación.

- Exámenes físicos de rutina, excepto los servicios de atención preventiva (por ejemplo, exámenes físicos para seguros, licencias, empleos, escuelas o campamentos). Cualquier examen físico, de la vista o auditivo, que no está relacionado con el diagnóstico o el tratamiento de una enfermedad o lesión, excepto según lo establecido específicamente en la Póliza.
- Vacunas o inoculaciones para adultos o niños para propósitos laborales o viajes al extranjero.
- Servicios no relacionados con una enfermedad o lesión cubiertas. Sin embargo, el tratamiento de las complicaciones que surjan de servicios no cubiertos, como complicaciones causadas por una cirugía cosmética no cubierta, está cubierto.
- Cuidado bajo custodia o atención domiciliaria.
- Cargos de alojamiento y alimentación de pacientes hospitalizados incurridos en relación con una admisión en un hospital o en otro centro para el tratamiento de pacientes hospitalizados, principalmente para pruebas de diagnóstico que podrían haberse realizado de manera segura como pacientes ambulatorios.
- Cargos de alojamiento y alimentación de pacientes hospitalizados en relación con una hospitalización principalmente por cambio de entorno, fisioterapia o tratamiento de dolor crónico.
- Cualquier servicio o suministro proporcionado por una institución no elegible, que es una institución que no sea un hospital que funcione legalmente o un centro de enfermería especializada aprobado por Medicare, o que es principalmente un lugar para las personas de la tercera edad, una casa de reposo o cualquier institución similar, independientemente de su denominación.
- Gastos que excedan las tasas de habitación semiprivada más comunes del hospital (o de otro centro para pacientes hospitalizados).
- Servicios para la infertilidad.
- Atención de enfermería privada.
- Suministros médicos y medicamentos de venta libre, excepto según lo especificado en la Póliza.
- Artículos para la comodidad personal.
- Aparatos ortóticos, a menos que estén hechos a la medida para el cuerpo de la persona cubierta y según lo especificado en la Póliza.
- Servicios educativos u orientación nutricional, excepto según lo especificado en la Póliza.
- Audífonos.
- Servicios relacionados con la obesidad, excepto según lo establecido en la Póliza.
- Cualquier servicio recibido a través de los beneficios de Medicare sin el pago de una prima adicional.
- Servicios recibidos antes de la fecha de vigencia de su cobertura.
- Servicios recibidos después de finalizada su cobertura.
- Servicios por los que no se le hacen cobros a la persona cubierta en ausencia de una cobertura de seguro, excepto los servicios recibidos en un hospital de investigación de beneficencia que no está administrado por un organismo gubernamental.
- Autotratamiento del médico.
- Servicios recibidos de parte de una persona que vive en el hogar de la persona cubierta o que está relacionada con la persona cubierta por consanguinidad o afinidad.
- Afecciones causadas por la comisión (o el intento de comisión) de un delito grave de parte de la persona cubierta, a menos que la afección fuera una lesión producto de un acto de violencia intrafamiliar o producto de una afección médica.
- Afecciones provocadas por la liberación de energía nuclear, cuando se encuentren disponibles fondos del gobierno.
- Cualquier servicio proporcionado por un organismo gubernamental local, estatal o federal o por el que dicho organismo haya efectuado un pago. Esta limitación no se aplica a Medi-Cal, Medicaid ni Medicare.

- Los servicios por un embarazo de madre sustituta están cubiertos cuando la madre sustituta es una persona asegurada de Health Net Life. Sin embargo, cuando se obtenga un pago por la sustitución, el plan tendrá un derecho de retención sobre dicho pago para recuperar sus gastos médicos.
- Cualquier medicina, medicamento o sustancia para pacientes ambulatorios despachado o administrado en cualquier entorno para pacientes ambulatorios, excepto según lo establecido en la Póliza.
- Servicios y suministros recibidos en el extranjero, con la excepción de atención de emergencia.
- Partos en el hogar, a menos que se haya cumplido con los criterios para atención de emergencia.
- Reembolso por servicios que la persona cubierta no está legalmente obligada a pagar al proveedor en ausencia de una cobertura de seguro.
- Cantidades cobradas por proveedores fuera de la red por tratamientos y servicios médicos cubiertos que Health Net Life determine que exceden los gastos cubiertos.
- Cualquier gasto relacionado con los siguientes artículos, ya sea que estén autorizados por un médico o no: (a) modificación de la residencia de la persona cubierta para adaptarla a las necesidades producidas por la afección médica o física de la persona cubierta, incluyendo la instalación de ascensores; (b) aparatos correctivos, excepto prótesis, yesos y férulas; (c) purificadores de aire, aire acondicionado y humidificadores; y (d) servicios educativos u orientación nutricional, excepto según lo establecido específicamente en la Póliza.
- Suministros desechables para uso en el hogar, excepto los suministros para diabéticos según lo enumerado en la Póliza.

Algunos servicios requieren la certificación previa de Health Net Life antes de ser prestados. Consulte su Póliza para obtener detalles sobre qué servicios y procedimientos requieren certificación previa.

Health Net Life no requiere certificación previa para servicios de diálisis o atención por maternidad. Sin embargo, llame al Centro de Comunicación con el Cliente al 1-888-926-4988 al inicio de los servicios de diálisis o en el momento de la primera consulta prenatal.

Tampoco se requiere certificación previa para el tratamiento de salud del comportamiento para el autismo. Sin embargo, debe proporcionar a Health Net Life documentación en la que conste que un médico o psicólogo con licencia ha establecido el diagnóstico de autismo. Además, el proveedor de servicios para el autismo calificado debe enviar el plan de tratamiento inicial a Health Net Life. Consulte su Póliza para obtener detalles.

Renovación de esta Póliza

Sujeta a las disposiciones de terminación analizadas en la Póliza, la cobertura permanecerá en vigencia durante los meses en que Health Net Life reciba y acepte las primas.

Primas

Podemos ajustar o cambiar su prima. Si cambiamos la cantidad de su prima, se le enviará un aviso por correo al menos 60 días antes de la fecha de vigencia del cambio de la prima. Las primas se ajustan automáticamente de acuerdo con los cambios en su edad, y la de su pareja doméstica registrada o cónyuge dependientes. Es posible que las primas se ajusten cuando cambia su dirección de residencia.

Proporción de reclamos con respecto a la prima

La proporción de Health Net Life en 2014 de reclamos incurridos con respecto a las primas ganadas después del ajuste de riesgos y del reaseguro para los planes de seguro PPO y EPO Individuales y Familiares fue del 82.1 por ciento. Esta proporción de reclamos incurridos con respecto al cálculo de las primas ganadas difiere del cálculo de la proporción de pérdidas médicas establecido conforme a la Ley de Cuidado de Salud Asegurable.

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:

Individual & Family Plans: 1-888-926-4988

Small Business: 1-888-926-5133

TDD/TYY: 1-888-926-5180

For more help: If you are enrolled in a PPO or EPO insurance policy underwritten by Health Net Life Insurance Company, call the CA Dept. of Insurance at 1-800-927-4357. If you are enrolled in a HMO or HSP plan provided by Health Net of California, Inc., call the DMHC Helpline at 1-888-HMO-2219. Your ID card indicates whether your plan was issued by Health Net Life Insurance Company or Health Net of California, Inc.

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:

Planes Individuales y Familiares: 1-888-926-4988

Pequeñas Empresas: 1-888-926-5133

TDD/TYY: 1-888-926-5180

Para obtener más ayuda: Si está inscrito en una póliza de seguro PPO o EPO asegurada por Health Net Life Insurance Company, llame al Departamento de Seguros de CA al 1-800-927-4357. Si está inscrito en un plan HMO o HSP proporcionado por Health Net of California, Inc., llame a la Línea de Ayuda del Departamento de Cuidado Médico (por sus siglas en inglés, DMHC) al 1-888-HMO-2219. Su tarjeta de identificación indica si su plan fue emitido por Health Net Life Insurance Company o Health Net of California, Inc.

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，也可以把部分翻譯成您語言的文件寄送給您。如需協助，請撥您會員卡上所列的電話號碼與我們聯絡，或請撥：

Individual & Family Plans : 1-888-926-4988

小型企業：1-888-926-5133

聽 / 語障專線：1-888-926-5180

如需其他協助：如果您投保的是由 Health Net Life Insurance Company 核保的 PPO 或 EPO 保險保單，請撥 California Department of Insurance 電話 1-800-927-4357。如果您投保的是由 Health Net of California, Inc. 提供的 HMO 或 HSP 計畫，請撥 DMHC 協助專線 1-888-HMO-2219。您的會員卡會註明您的計畫是由 Health Net Life Insurance Company 或 Health Net of California, Inc. 核發。

Chinese

Dịch vụ ngôn ngữ miễn phí. Quý vị có thể được cấp thông dịch viên và người đọc giúp các tài liệu bằng ngôn ngữ của quý vị cho quý vị. Để được trợ giúp, vui lòng gọi cho chúng tôi theo số điện thoại ghi trên thẻ hội viên của quý vị hoặc gọi:

Chương trình bảo hiểm dành cho cá nhân và gia đình: 1-888-926-4988

Chương trình bảo hiểm dành cho tiểu thương nghiệp: 1-888-926-5133

Số TDD/TYY: 1-888-926-5180

Để được trợ giúp bổ túc: Nếu quý vị ghi danh trong các hợp đồng bảo hiểm PPO hoặc EPO do Health Net Life Insurance Company cam kết tài trợ, vui lòng gọi Bộ Bảo hiểm của California theo số 1-800-927-4357. Nếu quý vị ghi danh trong chương trình bảo hiểm HMO hoặc HSP do Health Net of California, Inc. cung cấp, xin gọi Đường dây trợ giúp của DMHC theo số 1-888-HMO-2219. Trên thẻ hội viên của quý vị có ghi rõ chương trình bảo hiểm của quý vị là do Health Net Life Insurance Company hay Health Net of California, Inc. cung cấp.

Vietnamese

무료 언어 지원 서비스. 무료 통역사 서비스 및 여러분에게 편한 언어로 서류 낭독 서비스를 받을 수 있습니다. 도움이 필요하신 분은 본인의 ID 카드상의 안내번호로 전화하시거나 다음 안내번호로 문의하십시오.

개인 및 가족 플랜: 1-888-926-4988

스몰 비즈니스: 1-888-926-5133

TDD/TTY: 1-888-926-5180

더 많은 도움이 필요하시면: 만일 귀하가 Health Net Life Insurance Company가 인수한 PPO 또는 EPO 보험 폴리시에 가입하신 경우, 캘리포니아 보험국 (CA Dept. of Insurance), 안내번호 1-800-927-4357번으로 문의해 주십시오. 만일 귀하가 Health Net of California, Inc.에서 제공하는 HMO 또는 HSP 플랜에 가입하신 경우, 보건관리부 (DMHC) 헬프라인, 안내번호 1-888-HMO-2219번으로 문의하십시오. 귀하의 ID상에 귀하의 플랜이 Health Net Life Insurance Company에서 제공되는지 또는 Health Net of California, Inc.에서 제공되는지 명시되어 있습니다.

Korean

Walang Gastusin na Mga Serbisyo sa Wika. Maaari kang kumuha ng interpreter at basahin sa iyong wika ang mga dokumento. Para sa tulong, tawagan kami sa numerong nakalista sa iyong ID card o mangyaring tumawag sa:

Individual & Family Plans: 1-888-926-4988

Small Business: 1-888-926-5133

TDD/TTY: 1-888-926-5180

Para sa karagdagang tulong: Kung naka-enroll ka sa isang insurance policy ng PPO o EPO na napapailalim sa Health Net Life Insurance Company, tawagan ang CA Dept. of Insurance sa 1-800-927-4357. Kung naka-enroll ka sa isang plano ng HMO o HSP na ipinagkakaloob ng Health Net of California, Inc., tumawag sa DMHC Helpline sa 1-888-HMO-2219. Isinasaad ng iyong ID card kung ang iyong plano ay ibinigay ng Health Net Life Insurance Company o Health Net of California, Inc.

Tagalog

Անվանար Լեզվական Ծառայություններ: Դուք կարող եք բանավոր թարգման ձեռք բերել և փաստաթղթերը ընթերցել տալ Ձեր լեզվով: Օգնության համար մեզ զանգահարեք Ձեր ինքնության (ID) տոմսի վրա նշված համարով, կամ խնդրում ենք զանգահարել

Անհատական և Հնտանեկան Ծրագրերը 1-888-926-4988

Փոքր Ձեռնարկությունները 1-888-926-5133

Խոսքերի համար սարք (TDD/TTY) 1-888-926-5180

Հավելյալ օգնության համար՝ եթե գրանցվել եք PPO կամ EPO ապահովագրական ծրագրում, որի մատակարարն է Health Net Life Insurance Company-ն, 1-800-927-4357 համարով զանգահարեք Կալիֆորնիայի Ապահովագրության Բաժանմունք (CA Dept. of Insurance): Եթե գրանցվել եք HMO կամ HSP ծրագրում, որի մատակարարն է Health Net of California, Inc.-ը, 1-888-HMO-2219 համարով զանգահարեք DMHC-ի Օգնության Գծին: Ձեր ինքնության տոմսը նշում է, թե ով է թողարկել Ձեր ծրագիրը՝ Health Net Life Insurance Company-ն, թե՞ Health Net of California, Inc.-ը:

Armenian

Бесплатные услуги перевода. Вы можете воспользоваться услугами переводчика, и вам могут прочесть документы на вашем языке. Если вам требуется помощь, звоните нам по номеру телефона, указанному на вашей идентификационной карте.

Планы индивидуального и семейного страхования: 1-888-926-4988

Малый бизнес: 1-888-926-5133

Линия TDD/TTY: 1-888-926-5180

Для получения дополнительной помощи: если у вас страховой полис Организации с предпочтительными поставщиками услуг (Preferred Provider Organization, PPO) или Организации с обязательными поставщиками услуг (Exclusive Provider Organization, EPO), который предоставляется компанией Health Net Life Insurance Company, обращайтесь в Департамент страхования штата Калифорния (CA Dept. of Insurance) по номеру 1-800-927-4357. Если вы зарегистрированы в плане HMO или HSP, который предоставлен компанией Health Net of California, Inc., звоните на телефон Горячей линии Департамента организованного медицинского обслуживания (DMHC Helpline) по номеру 1-888-HMO-2219. На вашей идентификационной карте указано, был ли ваш план оформлен компанией Health Net Life Insurance Company или компанией Health Net of California, Inc.

Russian

無料の言語サービス。日本語で通訳をご提供し、書類をお読みします。サービスをご希望の方は、IDカード記載の番号または以下の番号までご連絡ください。

個人および家族プラン：1-888-926-4988

中小企業：1-888-926-5133

TDD/TTY専用番号：1-888-926-5180

さらに援助が必要な場合、Health Net Life Insurance Companyが保険引受会社となるPPOまたはEPO保険ポリシーにご加入の方は、カリフォルニア州保険庁、1-800-927-4357までご連絡ください。Health Net of California, Inc.が提供するHMOまたはHSPプランにご加入の方は、DMHCヘルプライン、1-888-HMO-2219までご連絡ください。お客様のプランの発行者がHealth Net Life Insurance CompanyまたはHealth Net of California, Inc.のどちらであるかは、IDカードに記載されています。

Japanese

خدمات بی هزینه مربوط به زبان. می توانید از خدمات یک مترجم شفاهی برخوردار شده و بگویند تا نوشته ها به زبان خودتان برایتان خوانده شوند. برای دریافت کردن کمک، با ما از طریق شماره تلفنی که روی کارت شناسایی شما قید شده است تماس گرفته و یا به شماره های زیر تلفن کنید:

طرح افراد و خانواده ها: 1-888-926-4988

کسب و کار کوچک: 1-888-926-5133

TDD/TTY: 1-888-926-5180

برای دریافت کمک بیشتر: اگر برای یک بیمه نامه PPO یا EPO که توسط Health Net Life Insurance Company تضمین شده است ثبت نام کرده اید، به اداره بیمه کالیفرنیا به شماره 1-800-927-4357 تلفن کنید. اگر در یک طرح HMO یا HSP که توسط Health Net of California, Inc. فراهم شده است ثبت نام میکنید، به خط کمکی DMHC به شماره 1-888-HMO-2219 تلفن کنید. کارت شناسایی تان نشان میدهد که آیا طرح شما توسط Health Net Life Insurance Company صادر شده است یا Health Net of California, Inc.

Farsi

Health Net Individual & Family Plans

PO Box 1150

Rancho Cordova, CA 95741-1150

1-877-609-8711 (*inglés*)

1-877-891-9050 (*chino cantonés*)

1-877-339-8596 (*coreano*)

1-877-891-9053 (*chino mandarín*)

1-800-331-1777 (*español*)

1-877-891-9051 (*tagalo*)

1-877-339-8621 (*vietnamita*)

Asistencia para las Personas con Dificultades de Audición o del Habla

1-800-995-0852

www.healthnet.com

