



El Resumen de Beneficios y Cobertura (por sus siglas en inglés, SBC) es un documento que lo ayudará a elegir un [plan](#) médico. El SBC le muestra cómo usted y el [plan](#) compartirían el costo de los servicios médicos cubiertos. **NOTA:** La información sobre el costo de este [plan](#) (llamado [prima](#)) se proporcionará aparte. Esto es solo un resumen. Para más información sobre su cobertura, o para obtener una copia de los términos de cobertura completos, visite [www.healthnet.com](http://www.healthnet.com) o llame al 1-800-522-0088. The English version of the SBC is the official version and this translated foreign language version is for informational purposes only. La versión en inglés del SBC es la oficial. La siguiente versión traducida en el idioma extranjero tiene fines informativos únicamente. Para una definición de los términos de uso común, como [monto permitido](#), [facturación del saldo](#), [coseguro](#), [copago](#), [deducible](#), [proveedor](#) u otros términos [delineados](#), consulte el glosario. Puede ver una copia del glosario en <https://www.healthcare.gov/sbc-glossary> o en [www.healthnet.com](http://www.healthnet.com), o llamar al 1-800-522-0088 para solicitar una copia.

Preguntas importantes	Respuestas	Por qué es importante
¿Cuál es el <a href="#">deducible</a> general?	USD 0.	Consulte el cuadro de eventos médicos comunes a continuación para obtener los costos de los servicios que cubre este <a href="#">plan</a> .
¿Se cubre algún servicio antes de pagar todo el <a href="#">deducible</a> ?	No se aplica <a href="#">deducible</a> .	No se aplica <a href="#">deducible</a> .
¿Hay algún otro <a href="#">deducible</a> por servicios específicos?	Sí, USD 300 por año calendario para medicamentos de marca. No hay otros <a href="#">deducibles</a> específicos.	Usted tiene que pagar todos los servicios hasta cubrir el monto específico del <a href="#">deducible</a> antes de que el <a href="#">plan</a> empiece a pagar dichos servicios.
¿Cuál es el <a href="#">desembolso máximo</a> de este <a href="#">plan</a> ?	<u>Límite de farmacia/médico combinados:</u> USD 3,000 por miembro; USD 9,000 por familia, por año calendario.	El <a href="#">desembolso máximo</a> es la cantidad máxima que usted pagará en un año por los servicios cubiertos. Si otros miembros de su familia pertenecen a este <a href="#">plan</a> , estos tienen que completar sus propios <a href="#">desembolsos máximos</a> hasta que se complete el <a href="#">desembolso máximo</a> general de la familia.
¿Qué no incluye el <a href="#">desembolso máximo</a> ?	<a href="#">Primas</a> y atención médica que este <a href="#">plan</a> no cubre.	Si bien usted paga estos costos, estos no se tendrán en cuenta para el <a href="#">desembolso máximo</a> .
¿Pagará un poco menos si acude a un <a href="#">proveedor dentro de la red médica</a> ?	Sí. Para obtener la lista de <b>proveedores preferidos</b> , consulte <a href="http://www.healthnet.com/providersearch">www.healthnet.com/providersearch</a> o llame al 1-800-522-0088.	Este <a href="#">plan</a> utiliza una <a href="#">red de proveedores</a> . Usted pagará menos si utiliza <a href="#">proveedores</a> de la <a href="#">red</a> del <a href="#">plan</a> . Usted pagará lo máximo si utiliza un <a href="#">proveedor fuera de la red</a> , y es posible que reciba una factura del <a href="#">proveedor</a> por la diferencia entre lo que el proveedor le cobró y lo que el <a href="#">plan</a> paga. (Esto se llama <a href="#">facturación del saldo</a> ). Tenga en cuenta que su <a href="#">proveedor de la red</a> podría usar algún <a href="#">proveedor fuera de la red</a> para algunos servicios, como los de laboratorio. Consulte a su <a href="#">proveedor</a> antes de recibirlos.
¿Necesita un <a href="#">referido</a> para ver a un <a href="#">especialista</a> ?	Sí. Requiere autorización previa por escrito.	Este <a href="#">plan</a> pagará algunos o todos los costos de los servicios cubiertos de un <a href="#">especialista</a> solamente si usted tiene el <a href="#">referido</a> necesario para consultar al <a href="#">especialista</a> .



Todos los costos de [copago](#) y [coseguro](#) que se indican en esta tabla son después de que se haya completado el [deducible](#), si aplica un [deducible](#).

Eventos médicos comunes	Servicios que podría necesitar	Lo que usted paga		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor dentro de la red (Usted pagará lo mínimo)	Proveedor fuera de la red (Usted pagará lo máximo)	
<b>Si acude al consultorio o a la clínica de un <a href="#">proveedor</a> de salud</b>	Visita de atención primaria para tratar una lesión o enfermedad	USD 40/visita	Sin cobertura	—————Ninguna—————
	Visita al <a href="#">especialista</a>	USD 40/visita	Sin cobertura	Requiere autorización previa.
	<a href="#">Atención preventiva/examen colectivo</a> /vacuna	Sin cargo para los servicios cubiertos.	Sin cobertura	Es posible que tenga que pagar por los servicios que no son preventivos. Consulte a su proveedor si los servicios que necesita son preventivos y luego verifique qué es lo que pagará el plan.
<b>Si se realiza un examen</b>	<a href="#">Prueba diagnóstica</a> (radiografía, análisis de sangre)	Sin cargo	Sin cobertura	Requiere referido.
	Estudios de imágenes (tomografía computarizada, estudio PET, resonancia magnética)	USD 100/procedimiento	Sin cobertura	Requiere autorización previa.
<b>Si necesita medicamentos para tratar su enfermedad o infección</b> Hay más información disponible acerca de la <a href="#">cobertura de medicamentos con receta</a> en <a href="http://www.healthnet.com/ca_druglist">www.healthnet.com/ca_druglist</a> .	Medicamentos genéricos	USD 15/orden minorista; USD 30/orden por correo	Sin cobertura	Suministro/orden: 30 días (minorista); 35-90 días (por correo). Se requiere autorización previa para algunos medicamentos y para marcas que tienen un equivalente genérico. Corresponden límites de cantidad para algunos medicamentos.
	Medicamentos de marca preferidos	USD 40/orden minorista; USD 100/orden por correo	Sin cobertura	
	Medicamentos de marca no preferidos	USD 60/orden minorista; USD 150/orden por correo	Sin cobertura	Los medicamentos de mantenimiento se pueden surtir a través de una orden por correo o una farmacia CVS minorista, hasta un suministro de 90 días.
	<a href="#">Medicamentos especializados</a>	Medicamentos autoinyectables: coseguro del 30% Consulte la <i>Lista de Medicamentos Recomendados</i> sobre otros medicamentos considerados como especializados.	Sin cobertura	Copago máximo de USD 250 por receta. Suministro/orden de hasta 30 días en farmacia de especialidad, salvo si corresponden límites de cantidad. Se requiere autorización previa para algunos medicamentos y para marcas que tienen un equivalente genérico. Los medicamentos especializados no están cubiertos fuera de la red.

\* Para más información acerca de las limitaciones y excepciones, consulte el documento del plan o la póliza en [www.healthnet.com](http://www.healthnet.com).

Eventos médicos comunes	Servicios que podría necesitar	Lo que usted paga		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor dentro de la red (Usted pagará lo mínimo)	Proveedor fuera de la red (Usted pagará lo máximo)	
<b>Si se somete a una operación ambulatoria</b>	Cargo de instalaciones (p. ej., centro de cirugía ambulatoria)	Coseguro del 30%	Sin cobertura	Requiere autorización previa.
	Honorarios del médico/cirujano	Sin cargo	Sin cobertura	—————Ninguna—————
<b>Si necesita atención médica inmediata</b>	<a href="#">Atención en la sala de emergencias</a>	USD 100/visita	USD 100/visita	Sin copago en caso de internación.
	<a href="#">Transporte médico de emergencia</a>	USD 100/traslado	USD 100/traslado	—————Ninguna—————
	<a href="#">Atención de urgencia</a>	USD 40/visita	USD 40/visita	—————Ninguna—————
<b>Si lo hospitalizan</b>	Cargo de instalaciones (p. ej., habitación de hospital)	Coseguro del 30%	Sin cobertura	Requiere autorización previa.
	Honorarios del médico/cirujano	Sin cargo	Sin cobertura	—————Ninguna—————
<b>Si necesita servicios de salud mental, conductual o toxicomanías</b>	Servicios ambulatorios	Consultorio: sesión de terapia individual: USD 40/visita; sesión de terapia grupal: USD 20/visita Visita que no sea al consultorio: sin cargo	Sin cobertura	Se requiere autorización previa, excepto para las visitas al consultorio.
	Servicios internos	Coseguro del 30%	Sin cobertura	Requiere autorización previa.
<b>Si está embarazada</b>	Visitas al consultorio	USD 40/visita	Sin cobertura	No se aplica costo compartido a los servicios preventivos.
	Servicios de parto profesionales	Sin cargo	Sin cobertura	La cobertura incluye los servicios de aborto.
	Servicios de instalaciones de parto profesionales	Coseguro del 30%	Sin cobertura	La cobertura incluye los servicios de aborto.
<b>Si necesita ayuda recuperándose o tiene otras necesidades de salud especiales</b>	<a href="#">Cuidado de la salud en el hogar</a>	USD 40/visita	Sin cobertura	Limitado a 100 visitas por año calendario. El copago comienza el día 31 después de la primera visita. Requiere autorización previa.
	<a href="#">Servicios de rehabilitación</a>	USD 40/visita	Sin cobertura	Requiere autorización previa.
	<a href="#">Servicios de habilitación</a>	Sin cobertura	Sin cobertura	—————Ninguna—————
	<a href="#">Cuidado de enfermería especializada</a>	Del día 1 al 10: sin cargo Del día 11 al 100: USD 25/día	Sin cobertura	Limitado a 100 días por año calendario. Requiere autorización previa.

Eventos médicos comunes	Servicios que podría necesitar	Lo que usted paga		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor dentro de la red (Usted pagará lo mínimo)	Proveedor fuera de la red (Usted pagará lo máximo)	
	<a href="#">Equipo médico duradero</a>	Sin cargo	Sin cobertura	El calzado correctivo no está cubierto. Requiere autorización previa.
	<a href="#">Servicios de cuidados paliativos o enfermos terminales</a>	Sin cargo	Sin cobertura	Requiere autorización previa.
<b>Si su niño necesita servicios odontológicos o de la vista</b>	Examen de la vista pediátrico	USD 40/visita	Sin cobertura	—————Ninguna—————
	Anteojos para niños	Sin cobertura	Sin cobertura	—————Ninguna—————
	Chequeo dental pediátrico	Sin cobertura	Sin cobertura	—————Ninguna—————

### Servicios excluidos y otros servicios cubiertos

Servicios que su [plan](#) generalmente NO cubre (consulte el documento de su plan o póliza para encontrar más información y una lista de otros [servicios excluidos](#)).

- Atención de quiropráctico.
- Cirugía cosmética.
- Servicios odontológicos (adultos).
- Audífonos.
- Cuidado a largo plazo.
- Atención que no es de emergencia cuando viaja fuera de los EE. UU.
- Enfermería privada.
- Cuidado de los pies de rutina.
- Programas para bajar de peso.

Otros servicios cubiertos (podrían aplicarse limitaciones a estos servicios. Esto no es una lista completa. Consulte el documento de su [plan](#)).

- Acupuntura (cubierta como visita al especialista si se la considera médicamente necesaria).
- Cirugía bariátrica.
- Tratamiento de la infertilidad.
- Atención de la vista de rutina (adultos).

### Sus derechos a continuar con su cobertura:

Hay agencias que pueden ayudarlo si desea continuar con su cobertura cuando esta termine. La información de contacto de estas agencias es la siguiente: Administración para la Seguridad de los Beneficios del Trabajador del Departamento de Trabajo: 1-866-444-EBSA (3272), [www.dol.gov/ebsa/healthreform](http://www.dol.gov/ebsa/healthreform). Departamento de Salud y Servicios Humanos, Centro de Información al Consumidor y Supervisión de Seguros de Salud: 1-877-267-2323 (extensión 61565), [www.cciio.cms.gov](http://www.cciio.cms.gov). Podría tener también otras opciones de cobertura, como comprar cobertura de seguro individual a través del [Mercado](#) de Seguro Médico. Para más información acerca del [Mercado](#), visite [www.HealthCare.gov](http://www.HealthCare.gov) o llame al 1-800-318-2596.

### Sus derechos para presentar quejas o apelaciones:

Hay agencias que pueden ayudarlo si tiene una queja contra su [plan](#) por negarle una [reclamación](#). Esta queja se llama [reclamo](#) o [apelación](#). Para más información acerca de sus derechos, consulte la explicación de beneficios que recibirá para este [reclamo](#) médico. Sus documentos del [plan](#) también incluirán información completa sobre cómo presentar un [reclamo](#), una [apelación](#) o una [queja](#) a su [plan](#) por cualquier motivo. Para más información sobre sus derechos, esta notificación o para recibir asistencia, comuníquese con el Centro de Contacto con el Cliente de Health Net al 1-800-522-0088; envíe un formulario de queja a través de [www.healthnet.com](http://www.healthnet.com); o presente una queja por escrito a Health Net Appeals and Grievance Department, P.O. Box 10348, Van Nuys, CA 91410-0348. Si desea obtener información sobre la cobertura médica de grupo sujeta a ERISA, comuníquese con la Administración para la Seguridad de los Beneficios del Trabajador del Departamento de Trabajo de los EE. UU. al 1-866-444-EBSA (3272), o en [www.dol.gov/ebsa/healthreform](http://www.dol.gov/ebsa/healthreform). Si tiene una queja contra Health Net, también puede comunicarse con el Departamento de Atención Médica Administrada de California al 1-800-HMO-2219 o en [www.hmohelp.ca.gov](http://www.hmohelp.ca.gov). Si desea obtener información sobre la cobertura médica de grupo sujeta a ERISA, comuníquese con la Administración para la Seguridad de los Beneficios del Trabajador del Departamento de Trabajo de los EE. UU. al 1-866-444-EBSA (3272), o en [www.dol.gov/ebsa/healthreform](http://www.dol.gov/ebsa/healthreform).

### ¿Este plan proporciona cobertura esencial mínima? Sí.

Si no tiene [cobertura esencial mínima](#) durante un mes, tendrá que realizar un pago con su declaración de impuestos, a menos que califique para una exención del requisito de tener cobertura médica ese mes.

### ¿Este plan cumple con los estándares de valor mínimo? Sí.

Si su [plan](#) no cumple con los [estándares de valor mínimo](#), usted podría calificar para un [crédito fiscal para las primas](#) para ayudarlo a pagar un [plan](#) a través del [Mercado](#).

### Servicios lingüísticos:

Spanish (español): Para obtener asistencia en español, llame al 1-800-522-0088.

Tagalog (Tagalog): Kung kailangan ninyo ang tulong sa Tagalog tumawag sa 1-800-522-0088.

Chinese (中文): 如果需要中文的帮助, 请拨打这个号码 1-800-522-0088.

Navajo (Dine): Dinek'ehgo shika at'ohwol ninisingo, kwiiijigo holne' 1-800-522-0088.

————— *Para ver ejemplos de cómo este plan podría cubrir los costos de una situación médica hipotética, consulte la próxima sección.* —————

## Acerca de los ejemplos de cobertura:



**Este no es un estimador de costos.** Los tratamientos ilustrados son ejemplos de cómo este [plan](#) podría cubrir atención médica. Los costos en sí serán diferentes, en función de la atención que termine recibiendo y los precios que cobren sus [proveedores](#) y dentro del [plan](#). Preste atención a los montos de [costo compartido](#) ([deducibles](#), [copagos](#) y [coseguro](#)) y a los [servicios excluidos](#) según el [plan](#). Utilice esta información para comparar la porción de los costos que usted tendría que pagar con otros [planes](#) médicos distintos. Tenga en mente que estos ejemplos de cobertura se basan solo en la cobertura individual.

### Peg está embarazada

(nueve meses de atención prenatal en la red y parto en el hospital)

- El [deducible](#) general del [plan](#) USD 0
- [Copago](#) del [especialista](#) USD 40
- [Coseguro](#) del hospital (instalaciones) 30%
- Otro [copago](#) USD 40

#### Este EJEMPLO incluye servicios como:

Visitas al especialista (*atención prenatal*)  
 Servicios de parto profesionales  
 Servicios de instalaciones de parto profesionales  
 Pruebas diagnósticas (*sonogramas y análisis de sangre*)  
 Visita al especialista (*anestesia*)

<b>Costo total hipotético</b>	<b>USD 12,800</b>
-------------------------------	-------------------

#### En este ejemplo, Peg pagaría:

<i>Costo compartido</i>	
Deducibles	USD 0
Copagos	USD 600
Coseguro	USD 2,300
<i>Qué no está cubierto</i>	
Límites o exclusiones	USD 60
<b>El total que Peg pagaría es</b>	<b>USD 2,960</b>

### Control de la diabetes tipo 2 de Joe

(un año de atención en la red de rutina de una enfermedad bien manejada)

- El [deducible](#) general del [plan](#) USD 0
- [Copago](#) del [especialista](#) USD 40
- [Coseguro](#) del hospital (instalaciones) 30%
- Otro [copago](#) USD 40

#### Este EJEMPLO incluye servicios como:

Visitas al consultorio del médico primario (*incluye sesiones informativas sobre la enfermedad*)  
 Pruebas diagnósticas (*análisis de sangre*)  
 Medicamentos con receta  
 Equipo médico duradero (*medidor de glucosa*)

<b>Costo total hipotético</b>	<b>USD 7,400</b>
-------------------------------	------------------

#### En este ejemplo, Joe pagaría:

<i>Costo compartido</i>	
Deducibles	USD 300
Copagos	USD 1,400
Coseguro	USD 0
<i>Qué no está cubierto</i>	
Límites o exclusiones	USD 60
<b>El total que Joe pagaría es</b>	<b>USD 1,760</b>

### Fractura simple de Mia

(visita a la sala de emergencias dentro de la red y visitas de seguimiento)

- El [deducible](#) general del [plan](#) USD 0
- [Copago](#) del [especialista](#) USD 40
- [Coseguro](#) del hospital (instalaciones) 30%
- Otro [copago](#) USD 40

#### Este EJEMPLO incluye servicios como:

Sala de emergencias (*incluye materiales médicos*)  
 Prueba diagnóstica (*radiografía*)  
 Equipo médico duradero (*muletas*)  
 Servicios de rehabilitación (*terapia física*)

<b>Costo total hipotético</b>	<b>USD 2,500</b>
-------------------------------	------------------

#### En este ejemplo, Mia pagaría:

<i>Costo compartido</i>	
Deducibles	USD 0
Copagos	USD 700
Coseguro	USD 10
<i>Qué no está cubierto</i>	
Límites o exclusiones	USD 0
<b>El total que Mia pagaría es</b>	<b>USD 710</b>

El [plan](#) sería responsable de los demás costos por estos servicios cubiertos en este EJEMPLO.

## *Nondiscrimination Notice*

In addition to the State of California nondiscrimination requirements (as described in benefit coverage documents), Health Net of California, Inc. and Health Net Life Insurance Company (Health Net) comply with applicable federal civil rights laws and do not discriminate, exclude people or treat them differently on the basis of race, color, national origin, ancestry, religion, marital status, gender, gender identity, sexual orientation, age, disability, or sex.

### **Health Net:**

- Provides free aids and services to people with disabilities to communicate effectively with us, such as qualified sign language interpreters and written information in other formats (large print, accessible electronic formats, other formats).
- Provides free language services to people whose primary language is not English, such as qualified interpreters and information written in other languages.

If you need these services, contact Health Net's Customer Contact Center at:

**Individual & Family Plan (IFP) Members On Exchange/Covered California** 1-888-926-4988 (TTY: 711)

**Individual & Family Plan (IFP) Members Off Exchange** 1-800-839-2172 (TTY: 711)

**Individual & Family Plan (IFP) Applicants** 1-877-609-8711 (TTY: 711)

**Group Plans through Health Net** 1-800-522-0088 (TTY: 711)

If you believe that Health Net has failed to provide these services or discriminated in another way based on one of the characteristics listed above, you can file a grievance by calling Health Net's Customer Contact Center at the number above and telling them you need help filing a grievance. Health Net's Customer Contact Center is available to help you file a grievance. You can also file a grievance by mail, fax or email at:

Health Net of California, Inc./Health Net Life Insurance Company Appeals & Grievances  
PO Box 10348, Van Nuys, CA 91410-0348

Fax: 1-877-831-6019

Email: [Member.Discrimination.Complaints@healthnet.com](mailto:Member.Discrimination.Complaints@healthnet.com) (Members) or  
[Non-Member.Discrimination.Complaints@healthnet.com](mailto:Non-Member.Discrimination.Complaints@healthnet.com) (Applicants)

For HMO, HSP, EOA, and POS plans offered through Health Net of California, Inc.: If your health problem is urgent, if you already filed a complaint with Health Net of California, Inc. and are not satisfied with the decision or it has been more than 30 days since you filed a complaint with Health Net of California, Inc., you may submit an Independent Medical Review/Complaint Form with the Department of Managed Health Care (DMHC). You may submit a complaint form by calling the DMHC Help Desk at 1-888-466-2219 (TDD: 1-877-688-9891) or online at [www.dmhc.ca.gov/FileaComplaint](http://www.dmhc.ca.gov/FileaComplaint).

For PPO and EPO plans underwritten by Health Net Life Insurance Company: You may submit a complaint by calling the California Department of Insurance at 1-800-927-4357 or online at <https://www.insurance.ca.gov/01-consumers/101-help/index.cfm>.

If you believe you have been discriminated against because of race, color, national origin, age, disability, or sex, you can also file a civil rights complaint with the U.S. Department of Health and Human Services, Office for Civil Rights (OCR), electronically through the OCR Complaint Portal, at <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, or by mail or phone at: U.S. Department of Health and Human Services, 200 Independence Avenue SW, Room 509F, HHH Building, Washington, DC 20201, 1-800-368-1019 (TDD: 1-800-537-7697).

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

## English

No Cost Language Services. You can get an interpreter. You can get documents read to you and some sent to you in your language. For help, call the Customer Contact Center at the number on your ID card or call Individual & Family Plan (IFP) Off Exchange: 1-800-839-2172 (TTY: 711). For California marketplace, call IFP On Exchange 1-888-926-4988 (TTY: 711) or Small Business 1-888-926-5133 (TTY: 711). For Group Plans through Health Net, call 1-800-522-0088 (TTY: 711).

## Arabic

خدمات لغوية مجانية. يمكننا أن نوفر لك مترجم فوري. ويمكننا أن نقرأ لك الوثائق بلغتك. للحصول على المساعدة اللازمة، يرجى التواصل مع مركز خدمة العملاء عبر الرقم المبين على بطاقتك أو الاتصال بالرقم الفرعي لخطة الأفراد والعائلة: (TTY: 711) 1-800-839-2172. للتواصل في كاليفورنيا، يرجى الاتصال بالرقم الفرعي لخطة الأفراد والعائلة عبر الرقم: (TTY: 711) 1-888-926-4988 أو المشروعات الصغيرة (TTY: 711) 1-888-926-5133. لخطط المجموعة عبر Health Net، يرجى الاتصال بالرقم (TTY: 711) 1-800-522-0088.

## Armenian

Անվճար լեզվական ծառայություններ: Դուք կարող եք բանավոր թարգմանիչ ստանալ: Փաստաթղթերը կարող են կարդալ ձեր լեզվով: Օգնության համար զանգահարեք Հաճախորդների սպասարկման կենտրոն ձեր ID քարտի վրա նշված հեռախոսահամարով կամ զանգահարեք Individual & Family Plan (IFP) Off Exchange՝ 1-800-839-2172 հեռախոսահամարով (TTY՝ 711): Կալիֆորնիայի համար զանգահարեք IFP On Exchange՝ 1-888-926-4988 հեռախոսահամարով (TTY՝ 711) կամ Փոքր բիզնեսի համար՝ 1-888-926-5133 հեռախոսահամարով (TTY՝ 711): Health Net-ի Խմբային ծրագրերի համար զանգահարեք 1-800-522-0088 հեռախոսահամարով (TTY՝ 711):

## Chinese

免費語言服務。您可使用口譯員服務。您可請人將文件唸給您聽並請我們將某些文件翻譯成您的語言寄給您。如需協助，請撥打您會員卡上的電話號碼與客戶聯絡中心聯絡或者撥打健康保險交易市場外的 Individual & Family Plan (IFP) 專線：1-800-839-2172（聽障專線：711）。如為加州保險交易市場，請撥打健康保險交易市場的 IFP 專線 1-888-926-4988（聽障專線：711），小型企業則請撥打 1-888-926-5133（聽障專線：711）。如為透過 Health Net 取得的團保計畫，請撥打 1-800-522-0088（聽障專線：711）。

## Hindi

बिना शुल्क भाषा सेवाएं। आप एक दुभाषिया प्राप्त कर सकते हैं। आप दस्तावेजों को अपनी भाषा में पढ़वा सकते हैं। मदद के लिए, अपने आईडी कार्ड में दिए गए नंबर पर ग्राहक सेवा केंद्र को कॉल करें या व्यक्तिगत और फैमिली प्लान (आईएफपी) ऑफ एक्सचेंज: 1-800-839-2172 (TTY: 711) पर कॉल करें। कैलिफोर्निया बाजारों के लिए, आईएफपी ऑन एक्सचेंज 1-888-926-4988 (TTY: 711) या स्मॉल बिजनेस 1-888-926-5133 (TTY: 711) पर कॉल करें। हेल्थ नेट के माध्यम से ग्रुप प्लान के लिए 1-800-522-0088 (TTY: 711) पर कॉल करें।

## Hmong

Tsis Muaj Tus Nqi Pab Txhais Lus. Koj tuaj yeem tau txais ib tus kws pab txhais lus. Koj tuaj yeem muaj ib tus neeg nyeem cov ntaub ntauv rau koj ua koj hom lus hais. Txhawm rau pab, hu xovtooj rau Neeg Qhua Lub Chaw Tiv Toj ntawm tus npawb nyob ntawm koj daim npav ID lossis hu rau Tus Neeg thiab Tsev Neeg Qhov Kev Npaj (IFP) Ntawm Sib Hloov Pauv: 1-800-839-2172 (TTY: 711). Rau California qhov chaw kiab khw, hu rau IFP Ntawm Qhov Sib Hloov Pauv 1-888-926-4988 (TTY: 711) lossis Lag Luam Me 1-888-926-5133 (TTY: 711). Rau Cov Pab Pawg Chaw Npaj Kho Mob hla Health Net, hu rau 1-800-522-0088 (TTY: 711).



**Japanese**

無料の言語サービスを提供しております。通訳者もご利用いただけます。日本語で文書をお読みすることも可能です。ヘルプが必要な場合は、IDカードに記載されている番号で顧客連絡センターまでお問い合わせいただくか、Individual & Family Plan (IFP) (個人・家族向けプラン) Off Exchange: 1-800-839-2172 (TTY: 711) までお電話ください。カリフォルニア州のマーケットプレイスについては、IFP On Exchange 1-888-926-4988 (TTY: 711) または Small Business 1-888-926-5133 (TTY: 711) までお電話ください。Health Netによるグループプランについては、1-800-522-0088 (TTY: 711) までお電話ください。

**Khmer**

សេវាភាសាដោយឥតគិតថ្លៃ។ លោកអ្នកអាចទទួលបានអ្នកបកប្រែផ្ទាល់មាត់។ លោកអ្នកអាចស្តាប់គេអានឯកសារឱ្យលោកអ្នកជាភាសារបស់លោកអ្នក។ សម្រាប់ជំនួយ សូមហៅទូរស័ព្ទទៅកាន់មជ្ឈមណ្ឌលទំនាក់ទំនងអភិវឌ្ឍន៍ចំនួនតាមលេខដែលមាននៅលើប័ណ្ណសម្គាល់ខ្លួនរបស់លោកអ្នក ឬហៅទូរស័ព្ទទៅកាន់កម្មវិធី Off Exchange របស់គម្រោងជាលក្ខណៈបុគ្គល និងក្រុមគ្រួសារ (IFP) តាមរយៈលេខ៖ 1-800-839-2172 (TTY: 711)។ សម្រាប់ទីផ្សាររដ្ឋ California សូមហៅទូរស័ព្ទទៅកាន់កម្មវិធី On Exchange របស់គម្រោង IFP តាមរយៈលេខ 1-888-926-4988 (TTY: 711) ឬក្រុមហ៊ុនអាជីវកម្មខ្នាតតូចតាមរយៈលេខ 1-888-926-5133 (TTY: 711)។ សម្រាប់គម្រោងជាក្រុមតាមរយៈ Health Net សូមហៅទូរស័ព្ទទៅកាន់លេខ 1-800-522-0088 (TTY: 711)។

**Korean**

무료 언어 서비스입니다. 통역 서비스를 받으실 수 있습니다. 문서 낭독 서비스를 받으실 수 있으며 일부 서비스는 귀하가 구사하는 언어로 제공됩니다. 도움이 필요하시면 ID 카드에 수록된 번호로 고객센터 센터에 연락하시거나 개인 및 가족 플랜(IFP)의 경우 Off Exchange: 1-800-839-2172(TTY: 711)번으로 전화해 주십시오. 캘리포니아 주 마켓플레이스의 경우 IFP On Exchange 1-888-926-4988(TTY: 711), 소규모 비즈니스의 경우 1-888-926-5133(TTY: 711)번으로 전화해 주십시오. Health Net을 통한 그룹 플랜의 경우 1-800-522-0088(TTY: 711)번으로 전화해 주십시오.

**Navajo**

Doo bąąh ílínígóó saad bee háká ada'iiyeed. Ata' halne'ígíí da ła' ná hádíóót'ííł. Naaltsoos da t'áá shí shizaad k'éhjí shichí' yídooltaah nínízingo t'áá ná ákódoolnííł. Ákót'éego shíká a'doowoł nínízingo Customer Contact Center hoolyéhíjí' hodíílnih ninaaltsoos nanítingo bee néého'dolzinígíí hodoonihjí' bikáá' éí doodago kojí' hólne' Individual & Family Plan (IFP) Off Exchange: 1-800-839-2172 (TTY: 711). California marketplace báhígíí kojí' hólne' IFP On Exchange 1-888- 926-4988 (TTY: 711) éí doodago Small Business báhígíí kojí' hólne' 1-888-926-5133 (TTY: 711). Group Plans through Health Net báhígíí éí kojí' hólne' 1-800-522-0088 (TTY: 711).

**Persian (Farsi)**

خدمات زبان بدون هزینه. می توانید یک مترجم شفاهی بگیرید. می توانید درخواست کنید اسناد به زبان شما برایتان خوانده شوند. برای دریافت کمک، با مرکز تماس مشتریان به شماره روی کارت شناسایی یا طرح فردی و خانوادگی (IFP) Off Exchange) به شماره: 1-800-839-2172 (TTY:711) تماس بگیرید. برای بازار کالیفرنیا، با IFP On Exchange شماره 1-888-926-4988 (TTY:711) یا کسب و کار کوچک (TTY:711) 1-888-926-5133 (TTY:711) تماس بگیرید. برای طرح های گروهی از طریق Health Net، با 1-800-522-0088 (TTY:711) تماس بگیرید.

## **Panjabi (Punjabi)**

ਬਿਨਾਂ ਕਿਸੇ ਲਾਗਤ ਵਾਲੀਆਂ ਭਾਸ਼ਾ ਸੇਵਾਵਾਂ। ਤੁਸੀਂ ਇੱਕ ਦੁਬਾਸ਼ੀਏ ਦੀ ਸੇਵਾ ਹਾਸਲ ਕਰ ਸਕਦੇ ਹੋ। ਤੁਹਾਨੂੰ ਦਸਤਾਵੇਜ਼ ਤੁਹਾਡੀ ਭਾਸ਼ਾ ਵਿੱਚ ਪੜ੍ਹ ਕੇ ਸੁਣਾਏ ਜਾ ਸਕਦੇ ਹਨ। ਮਦਦ ਲਈ, ਆਪਣੇ ਆਈਡੀ ਕਾਰਡ ਤੇ ਦਿੱਤੇ ਨੰਬਰ ਤੇ ਗਾਹਕ ਸੰਪਰਕ ਕੇਂਦਰ ਨੂੰ ਕਾਲ ਕਰੋ ਜਾਂ ਵਿਅਕਤੀਗਤ ਅਤੇ ਪਰਿਵਾਰਕ ਯੋਜਨਾ (IFP) ਔਫ਼ ਐਕਸਚੇਂਜ 'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ: 1-800-839-2172 (TTY: 711)। ਕੈਲੀਫੋਰਨੀਆ ਮਾਰਕਿਟਪਲੇਸ ਲਈ, IFP ਔਨ ਐਕਸਚੇਂਜ ਨੂੰ 1-888-926-4988 (TTY: 711) ਜਾਂ ਸਮੋਲ ਬਿਜਨੇਸ ਨੂੰ 1-888-926-5133 (TTY: 711) 'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ। ਹੈਲਥ ਨੈੱਟ ਰਾਹੀਂ ਸਾਮੂਹਿਕ ਪਲੈਨਾਂ ਲਈ, 1-800-522-0088 (TTY: 711) 'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ।

## **Russian**

Бесплатная помощь переводчиков. Вы можете получить помощь переводчика. Вам могут прочитать документы на Вашем родном языке. Если Вам нужна помощь, звоните по телефону Центра помощи клиентам, указанному на вашей карте участника плана. Вы также можете позвонить в отдел помощи участникам не представленных на федеральном рынке планов для частных лиц и семей (IFP) Off Exchange 1-800-839-2172 (TTY: 711). Участники планов от California marketplace: звоните в отдел помощи участникам представленных на федеральном рынке планов IFP (On Exchange) по телефону 1-888-926-4988 (TTY: 711) или в отдел планов для малого бизнеса (Small Business) по телефону 1-888-926-5133 (TTY: 711). Участники коллективных планов, предоставляемых через Health Net: звоните по телефону 1-800-522-0088 (TTY: 711).

## **Spanish**

Servicios de idiomas sin costo. Puede solicitar un intérprete, obtener el servicio de lectura de documentos y recibir algunos en su idioma. Para obtener ayuda, comuníquese con el Centro de Comunicación con el Cliente al número que figura en su tarjeta de identificación o llame al plan individual y familiar que no pertenece al Mercado de Seguros de Salud al 1-800-839-2172 (TTY: 711). Para planes del mercado de seguros de salud de California, llame al plan individual y familiar que pertenece al Mercado de Seguros de Salud al 1-888-926-4988 (TTY: 711); para los planes de pequeñas empresas, llame al 1-888-926-5133 (TTY: 711). Para planes grupales a través de Health Net, llame al 1-800-522-0088 (TTY: 711).

## **Tagalog**

Walang Bayad na Mga Serbisyo sa Wika. Makakakuha kayo ng interpreter. Makakakuha kayo ng mga dokumento na babasahin sa inyo sa inyong wika. Para sa tulong, tumawag sa Customer Contact Center sa numerong nasa ID card ninyo o tumawag sa Off Exchange ng Planong Pang-indibidwal at Pampamilya (Individual & Family Plan, IFP): 1-800-839-2172 (TTY: 711). Para sa California marketplace, tumawag sa IFP On Exchange 1-888-926-4988 (TTY: 711) o Maliliit na Negosyo 1-888-926-5133 (TTY: 711). Para sa mga Planong Pang-grupo sa pamamagitan ng Health Net, tumawag sa 1-800-522-0088 (TTY: 711).

## **Thai**

ไม่มีค่าบริการด้านภาษา คุณสามารถใช้สามได้ คุณสามารถให้อ่านเอกสารให้ฟังเป็นภาษาของคุณได้ หากต้องการความช่วยเหลือ โทรหาศูนย์ลูกค้าสัมพันธ์ได้ที่หมายเลขบนบัตรประจำตัวของคุณ หรือโทรหาฝ่ายแผนบุคคลและครอบครัวของเอกชน (Individual & Family Plan (IFP) Off Exchange) ที่ 1-800-839-2172 (โทรมด TTY: 711) สำหรับเขตแคลิฟอร์เนีย โทรหาฝ่ายแผนบุคคลและครอบครัวของรัฐ (IFP On Exchange) ได้ที่ 1-888-926-4988 (โทรมด TTY: 711) หรือ ฝ่ายธุรกิจขนาดเล็ก (Small Business) ที่ 1-888-926-5133 (โทรมด TTY: 711) สำหรับแผนแบบกลุ่มผ่านทาง Health Net โทร 1-800-522-0088 (โทรมด TTY: 711)

**Vietnamese**

Các Dịch Vụ Ngôn Ngữ Miễn Phí. Quý vị có thể có một phiên dịch viên. Quý vị có thể yêu cầu được đọc cho nghe tài liệu bằng ngôn ngữ của quý vị. Để được giúp đỡ, vui lòng gọi Trung Tâm Liên Lạc Khách Hàng theo số điện thoại ghi trên thẻ ID của quý vị hoặc gọi Chương Trình Bảo Hiểm Cá Nhân & Gia Đình (IFP) Phi Tập Trung: 1-800-839-2172 (TTY: 711). Đối với thị trường California, vui lòng gọi IFP Tập Trung 1-888-926-4988 (TTY: 711) hoặc Doanh Nghiệp Nhỏ 1-888-926-5133 (TTY: 711). Đối với các Chương Trình Bảo Hiểm Nhóm qua Health Net, vui lòng gọi 1-800-522-0088 (TTY: 711).

CA Commercial On and Off-Exchange Member Notice of Language Assistance

FLY017549EH00 (12/17)