



Este es solo un resumen. Si desea más información sobre la cobertura y los precios, puede obtener los documentos del plan o los términos completos de la póliza en www.ambetterhealthnet.com o llamando al 1-888-926-5057. The English version of the SBC is the official version and this translated foreign language version is for informational purposes only. La versión en inglés del SBC es la oficial. La siguiente versión traducida en el idioma extranjero tiene fines informativos únicamente.

Preguntas importantes	Respuestas	¿Por qué es importante?
¿Cuál es el deducible general?	\$600 por miembro; \$1,200 por familia, por año calendario. No se aplica para la atención preventiva.	Usted debe pagar todos los costos hasta el monto del deducible , antes de que el plan comience a pagar por los servicios cubiertos. Consulte su póliza o los documentos del plan para averiguar cuándo tiene que pagar nuevamente el deducible (por lo general, pero no siempre, el 1.º de enero). Fíjese en el cuadro que comienza en la página 2 para averiguar cuánto debe pagar por los servicios cubiertos después de haber pagado el deducible .
¿Hay otros deducibles para servicios específicos?	No.	Usted no tiene que pagar deducibles para servicios específicos, pero debe consultar el cuadro que comienza en la página 2 para obtener los precios de otros servicios cubiertos por el plan.
¿Hay un límite de gastos del bolsillo ?	Sí. \$2,200 por miembro; \$4,400 por familia, por año calendario. El deducible se incluye en el límite de gastos del bolsillo.	El límite de gastos del bolsillo es la cantidad máxima que usted pagará como su parte del costo por los servicios cubiertos durante el período de cobertura (en general, un año). Este límite le permite planificar sus gastos médicos.
¿Cuáles son los gastos que no cuentan para el límite de gastos del bolsillo ?	Primas y atención médica que el plan no cubre.	Si bien usted paga estos costos, estos no se tendrán en cuenta para el límite de gastos del bolsillo .
¿Hay un límite anual general para lo que paga el plan?	No.	El cuadro que comienza en la página 2 describe los límites de cobertura del plan para servicios cubiertos <i>específicos</i> , como los límites al número de visitas al consultorio.
¿Tiene este plan una red de proveedores ?	Sí. Para obtener la lista de proveedores preferidos , consulte www.ambetterhealthnet.com o llame al 1-888-926-5057.	Si usted se atiende con médicos u otros proveedores médicos de la red, el plan pagará algunos o todos los servicios cubiertos. Tenga en cuenta que su médico u hospital de la red podrían usar algún proveedor que no pertenezca a la red para algunos servicios. Los planes usan términos como perteneciente a la red, preferido o participante, para referirse a los proveedores de la red del plan. Consulte el cuadro que comienza en la página 2 para averiguar cómo este plan les paga a sus distintos proveedores .
¿Necesito un referido para ver a un especialista ?	No.	Usted puede consultar a cualquier especialista y no necesita un permiso del plan.
¿Hay servicios que este plan no cubre?	Sí.	Algunos servicios que este plan no cubre se mencionan en la página 5. Para averiguar cuáles son los servicios excluidos , vea los documentos del plan o la póliza.

Preguntas: Llame al número que aparece en su tarjeta de identificación de Ambetter from Health Net (miembros actuales) o al 1-888-926-5057, o visite www.ambetterhealthnet.com. Si no entiende alguno de los términos en negrita que se usan en este formulario, consulte el Glosario.

Puede verlo en <http://ccio.cms.gov> o llamar al 1-888-926-5057, o al número que aparece en su tarjeta de identificación de Ambetter from Health Net para solicitar una copia. Nota: El período de cobertura que figura más arriba para este plan puede diferir de la fecha de entrada en vigor de su póliza.



Ambetter Balanced Care 9 (2017)

Período de la cobertura: A partir del 01/01/2017

Resumen de beneficios y cobertura: Lo que cubre el plan y los precios

Cobertura de: Todos los miembros cubiertos | Tipo de plan: HMO



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

Eventos médicos comunes	Los servicios que podría necesitar	Su costo si usa un proveedor dentro de la red	Su costo si usa un proveedor fuera de la red	Limitaciones y excepciones
Si se atiende en la clínica o consultorio del proveedor médico	Visita a su médico principal para tratar una herida o enfermedad	\$15/visita Sin deducible	Sin cobertura	—————Ninguna—————
	Visita a un especialista	\$20/visita Sin deducible	Sin cobertura	—————Ninguna—————
	Visita al consultorio de otro profesional	Otro profesional: \$15/visita Sin deducible Quiropráctico: \$20/visita Sin deducible Acupuntura: sin cobertura	Sin cobertura	Quiropráctico: limitado a 20 visitas por año calendario. Acupuntura: sin cobertura
	Atención preventiva, exámenes, vacunas	Sin cargo Sin deducible	Sin cobertura	—————Ninguna—————
Si tiene que hacerse un examen	Pruebas de diagnóstico (radiografías, análisis de sangre)	Radiografías en consultorio: \$20/visita Sin deducible Servicios de laboratorio en consultorio: \$15/visita Sin deducible Hospital: coseguro del 15%, se aplica el deducible	Sin cobertura	—————Ninguna—————
	Diagnóstico por imágenes (CT, PET, MRI)	Consultorio: \$100/procedimiento Sin deducible Hospital: coseguro del 15%, se aplica el deducible	Sin cobertura	Requiere autorización previa.

**Ambetter Balanced Care 9 (2017)**

Período de la cobertura: A partir del 01/01/2017

Resumen de beneficios y cobertura: Lo que cubre el plan y los precios

Cobertura de: Todos los miembros cubiertos | Tipo de plan: HMO

Eventos médicos comunes	Los servicios que podría necesitar	Su costo si usa un proveedor dentro de la red	Su costo si usa un proveedor fuera de la red	Limitaciones y excepciones
Si necesita un medicamento para tratar su enfermedad o afección Para más información sobre la cobertura de medicamentos recetados , visite www.ambetterhealthnet.com .	Medicamentos genéricos	\$5/orden minorista Sin deducible \$15/orden por correo Sin deducible	Sin cobertura	Suministro/orden: 30 días (minorista); 30-90 días (orden por correo). Si usted compra un medicamento de marca que tiene un equivalente genérico, el costo será más alto. Puede requerir autorización previa. Suministro/orden: 30 días de suministro abastecido en farmacia de especialidad. Puede requerir autorización previa.
	Medicamentos de marca preferidos o insulina preferida	\$15/orden minorista, se aplica el deducible \$45/orden por correo, se aplica el deducible	Sin cobertura	
	Medicamentos de marca no preferidos	\$25/orden minorista, se aplica el deducible \$75/orden por correo, se aplica el deducible	Sin cobertura	
	Medicamentos contra el cáncer	Coseguro del 20%/orden, se aplica el deducible	Sin cobertura	
	Medicamentos especializados	Coseguro del 15%/orden, se aplica el deducible	Sin cobertura	
Si le hacen una cirugía ambulatoria	Arancel del centro (por ejemplo, centro de cirugía ambulatoria)	Coseguro del 15%, se aplica el deducible	Sin cobertura	Requiere autorización previa.
	Arancel del médico/cirujano	Coseguro del 15%, se aplica el deducible	Sin cobertura	————Ninguna————
Si necesita atención médica inmediata	Servicios de la sala de emergencias	\$75/visita Sin deducible	\$75/visita Sin deducible	Sin copago si es admitido como paciente internado desde la sala de emergencias.
	Traslado médico de emergencia	Sin cargo Sin deducible	Sin cargo Sin deducible	————Ninguna————
	Cuidado urgente	\$50/visita Sin deducible	Sin cobertura	————Ninguna————
Si lo admiten en el hospital	Arancel del hospital (por ejemplo, habitación)	Coseguro del 15%, se aplica el deducible	Sin cobertura	Requiere autorización previa.
	Arancel del médico/cirujano	Coseguro del 15%, se aplica el deducible	Sin cobertura	————Ninguna————
Si tiene problemas de salud mental, de conducta o de abuso de sustancias	Servicios ambulatorios de salud mental y de la conducta	Consultorio: \$15/visita Sin deducible Visita que no sea al consultorio: coseguro del 15% Sin deducible	Sin cobertura	Consultorio: puede requerir autorización previa. Visita que no sea al consultorio: requiere autorización previa.
	Servicios de salud mental y de la conducta para pacientes internados	Coseguro del 15%, se aplica el deducible	Sin cobertura	Requiere autorización previa.

**Ambetter Balanced Care 9 (2017)**

Período de la cobertura: A partir del 01/01/2017

Resumen de beneficios y cobertura: Lo que cubre el plan y los precios

Cobertura de: Todos los miembros cubiertos | Tipo de plan: HMO

Eventos médicos comunes	Los servicios que podría necesitar	Su costo si usa un proveedor dentro de la red	Su costo si usa un proveedor fuera de la red	Limitaciones y excepciones
	Tratamiento ambulatorio para el abuso de sustancias	Consultorio: \$15/visita Sin deducible Visita que no sea al consultorio: coseguro del 15% Sin deducible	Sin cobertura	Requiere autorización previa.
	Servicios de internación para el problema de abuso de sustancias	Coseguro del 15%, se aplica el deducible	Sin cobertura	Requiere autorización previa.
Si está embarazada	Cuidados prenatales y posparto	Visita prenatal al PCP: \$15/visita Sin deducible Especialista: \$20/visita Sin deducible Posparto: sin cargo Sin deducible	Sin cobertura	Prenatal: sin copago después de la visita inicial al consultorio.
	Parto y todos los servicios de internación	Coseguro del 15%, se aplica el deducible	Sin cobertura	Requiere autorización previa.
Si necesita servicios de recuperación u otras necesidades especiales	Cuidado de la salud en el hogar	Sin cargo Sin deducible	Sin cobertura	Limitado al cuidado de enfermería de medio tiempo e intermitente. Requiere autorización previa.
	Servicios de rehabilitación	Paciente internado: coseguro del 15%, se aplica el deducible Paciente ambulatorio: \$15/visita Sin deducible	Sin cobertura	Paciente ambulatorio: limitado a 60 visitas por año calendario (todas las terapias combinadas). Requiere autorización previa.
	Servicios de recuperación de las habilidades.	Paciente internado: coseguro del 15%, se aplica el deducible Paciente ambulatorio: \$15/visita Sin deducible	Sin cobertura	Paciente ambulatorio: limitado a 60 visitas por año calendario (todas las terapias combinadas). Requiere autorización previa.
	Cuidado de enfermería especializado	Coseguro del 15%, se aplica el deducible	Sin cobertura	Limitado a 100 días por año calendario. Requiere autorización previa.
	Equipo médico duradero	Coseguro del 15%, se aplica el deducible	Sin cobertura	Requiere autorización previa.
	Servicio de hospicio	Paciente internado: coseguro del 15%, se aplica el deducible En el hogar: sin cargo Sin deducible	Sin cobertura	Requiere autorización previa.
Si su hijo necesita atención dental o de la vista	Examen de la vista	Sin cargo Sin deducible	Sin cobertura	Los exámenes de la vista se limitan a 1 visita por año.
	Anteojos	Sin cargo Sin deducible	Sin cobertura	Los anteojos se limitan a 1 par por año. Los beneficios de la visión de Ambetter from Health Net se prestan a través de Eyemed.
	Consulta dental	Sin cobertura	Sin cobertura	Ninguna

Servicios excluidos y otros servicios cubiertos:

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

- Servicios de aborto (excepto en casos de violación, incesto o cuando la vida de la madre está en peligro).
- Atención dental (adultos).
- Atención que no es de emergencia cuando viaja fuera de los EE. UU.
- Acupuntura.
- Tratamiento de la infertilidad.
- Enfermería privada, excepto cuando sea médicamente necesaria.
- Cirugía cosmética.
- Cuidado a largo plazo.
- Programa para perder peso.

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

- Cirugía bariátrica.
- Audífonos.
- Cuidado de los pies de rutina (cubierto solo cuando es parte del tratamiento de la diabetes).
- Atención de quiropráctico.
- Atención de la vista de rutina (adultos).

Su derecho a continuar con la cobertura:

Las leyes federales y estatales podrán proporcionar protección que le permitirá mantener activa esta cobertura siempre y cuando usted pague su **prima**. Hay algunas excepciones, como las que se expresan a continuación:

- Usted comete fraude.
- La aseguradora deja de prestar servicios en el Estado.
- Se muda fuera del área de cobertura.

Para obtener más información sobre su derecho a continuar con la cobertura, comuníquese con el plan al **1-888-926-5057**. También puede comunicarse con el Departamento de Seguros de su estado, con la Administración para la Seguridad de los Beneficios del Trabajador del Departamento de Trabajo de los EE. UU., al 1-866-444-3272, o en www.dol.gov/ebsa, o con el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU., al 1-877-267-2323 (extensión 61565), o en www.cciio.cms.gov.



Su derecho a presentar una queja o una apelación:

Si tiene una queja o no está conforme con una denegación de cobertura de su plan, puede **apelar** la decisión o presentar una **queja**. Si tiene preguntas sobre sus derechos, este aviso o necesita ayuda, comuníquese con el Centro de Contacto con el Cliente de Ambetter from Health Net, al 1-888-926-5057, envíe un formulario de queja a través de www.ambetterhealthnet.com o presente una queja por escrito a Commercial Appeals and Grievances Department, Attn: Appeals & Grievances Manager, Ambetter from Health Net, P.O. Box 277610, Sacramento, CA 95827. También puede llamar a la División de Servicios al Consumidor (Consumer Services Division) del Departamento de Seguros de Arizona (Arizona Department of Insurance) al 602-364-2499 o al 1-800-325-2548 (fuera del área metropolitana de Phoenix).

¿Esta cobertura ofrece una cobertura mínima esencial?

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

¿Esta cobertura cumple con la norma de valor mínimo?

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

Servicios de acceso en idiomas:

Español: Para obtener asistencia en español, llame al 1-800-223-7691.

Tagalo: Kung kailangan ninyo ang tulong sa Tagalog tumawag sa 1-800-223-7691.

Chino (中文): 如果需要中文的帮助, 请拨打这个号码 1-800-223-7691.

Navajo (Dine): Dinek'ehgo shika at'ohwol ninisingo, kwijigo holne' 1-800-223-7691.

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



Sobre los ejemplos de cobertura:

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



Esta no es una herramienta de cálculo de costos

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

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

Nacimiento (parto normal)

- El proveedor cobra: \$7,540
- El plan paga: \$5,540
- El paciente paga: \$2,000

Ejemplos de los costos:

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

El paciente paga:

Deducibles	\$600
Copagos	\$300
Coseguro	\$900
Límites o exclusiones	\$200
Total	\$2,000

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

- El proveedor cobra: \$5,400
- El plan paga: \$4,020
- El paciente paga: \$1,380

Ejemplos de los costos:

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

El paciente paga:

Deducibles	\$600
Copagos	\$500
Coseguro	\$200
Límites o exclusiones	\$80
Total	\$1,380



Preguntas y respuestas sobre los ejemplos mencionados:

¿Qué conceptos se presuponen de estos ejemplos?

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

¿Qué muestra el ejemplo?

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

¿Contempla el ejemplo mis propias necesidades de atención?

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

¿Puede el ejemplo predecir mis gastos futuros?

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

¿Puedo usar los ejemplos para comparar los planes?

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

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

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

Preguntas: Llame al número que aparece en su tarjeta de identificación de Ambetter from Health Net (miembros actuales) o al 1-888-926-5057, o visite www.ambetterhealthnet.com. Si no entiende alguno de los términos en negrita que se usan en este formulario, consulte el Glosario.

Puede verlo en <http://cciio.cms.gov> o llamar al 1-888-926-5057, o al número que aparece en su tarjeta de identificación de Ambetter from Health Net para solicitar una copia. Nota: El período de cobertura que figura más arriba para este plan puede diferir de la fecha de entrada en vigor de su póliza.

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

Health Net:

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

If you need these services, contact Health Net's Customer Contact Center at: Individual/Family Plans 1-888-926-5057 (TTY: 711)
Arizona Marketplace Small Group Plans 1-888-926-5122 (TTY: 711)
Small Business Group plans and Large Employer Group Plans 1-800-289-2818 (TTY: 711)

If you believe that Health Net has failed to provide these services or discriminated in another way on the basis of race, color, national origin, age, disability, or sex, you can file a grievance by calling the number above and telling them you need help filing a grievance; Health Net's Customer Contact Center is available to help you.

You can also file a civil rights complaint with the U.S. Department of Health and Human Services, Office for Civil Rights, electronically through the Office for Civil Rights Complaint Portal, available at <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, or by mail or phone at: U.S. Department of Health and Human Services, 200 Independence Avenue SW., Room 509F, HHH Building, Washington, DC 20201, 1-800-368-1019 (TDD: 1-800-537-7697).

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

English

No Cost Language Services. You can get an interpreter. You can get documents read to you and some sent to you in your language. For help, call us at the number listed on your ID card. Individual & Family Plan members please call 1-888-926-5057 (TTY: 711); Small Business members please call 1-888-926-5122 (TTY: 711). Employer group members please call 1-800-289-2818 (TTY: 711).

Arabic

خدمات اللغة مجانية. يمكنك الحصول على مترجم فوري. ويمكنك الحصول على وثائق مقروءة لك. للحصول على المساعدة، اتصل بنا على الرقم الموجود على بطاقة الهوية. يرجى من أعضاء خطة الأفراد والعائلة الاتصال على الرقم 1-888-926-5057 (TTY: 711)؛ ويرجى من أعضاء الأعمال الصغيرة الاتصال على الرقم 1-888-926-5122 (TTY: 711). يرجى من أعضاء مجموعة أصحاب العمل الاتصال على الرقم 1-800-289-2818 (TTY: 711).

Chinese

免費語言服務。您可使用口譯員。您可請人將文件內容唸給您聽。如需協助，請致電您會員卡上所列的電話號碼與我們聯絡。個人與家庭計畫的會員請致電 1-888-926-5057 (TTY: 711) 小型企業的會員請致電 1-888-926-5122 (TTY: 711) 。雇主團體的會員請致電 1-800-289-2818 (TTY: 711) 。

French

Aucun service linguistique avec coût. Vous pouvez obtenir un interprète. Les documents peuvent être lus pour vous. Pour obtenir de l'aide, appelez-nous au numéro figurant sur votre carte d'identité. Membres des programmes pour particuliers et familles, veuillez composer le 1-888-926-5057 (TTY: 711). Membres des programmes pour petites entreprises, veuillez composer le 1-888-926-5122 (TTY: 711). Membres du groupe d'employeurs, veuillez composer le 1-800-289-2818 (TTY: 711).

Navajo

Saad Bee Áká E'eyeed T'áá Jíik'e. Ata' halne'ígíí hóló. T'áá hó hazaad k'ehjí naaltsoos hach'í' wóltah dóó ła' da hach'í' éł'íh. Shíká a'doowoł nínízingo naaltsoos bee néiho'dólzinígíí bikáa'gi béésh bee hane'í bikáa' áají' hodíílnih. T'áá hó dóó ha'álchíní bił hak'é'ési'ígíí kójjí' hojilnih 1-888-926-5057 (TTY: 711); Small business deilníníjí atah níl'ígo éí kójjí' hólne' 1-888-926-5122 (TTY: 711). Employer groupojí atah níl'ígo éí kójjí' hodíílnih 1-800-289-2818 (TTY: 711).

Persian (Farsi)

كسب اطلاعات، با ما به شماره ای که در کارت شناسایی شما قید شده تماس بگیرید. اعضای برنامه انفرادی و خانواده لطفاً با شماره 1-888-926-5057 (TTY: 711) تماس بگیرید؛ اعضای واحد بازرگانی کوچک با شماره 1-888-926-5122 (TTY: 711) تماس بگیرید. اعضای گروه کارفرما لطفاً با شماره 1-800-289-2818 (TTY: 711) تماس بگیرید.

Russian

Бесплатная помощь переводчиков. Вы можете получить помощь устного переводчика. Вам могут прочитать документы. За помощью обращайтесь к нам по телефону, приведенному на вашей идентификационной карточке участника плана. Участники планов для семей и частных лиц: звоните по телефону 1-888-926-5057 (TTY: 711). Участники планов для малых предприятий: звоните по телефону 1-888-926-5122 (TTY: 711). Участники групповых планов, предоставляемых работодателем: звоните по телефону 1-800-289-2818 (TTY: 711).

German

Kostenloser Sprachendienst. Dolmetscher sind verfügbar. Dokumente können Ihnen vorgelesen werden. Wenn Sie Hilfe benötigen, rufen Sie uns unter der Nummer auf Ihrer ID-Karte an. Mitglieder von Einzel- und Familienpolicen rufen bitte unter 1-888-926-5057 (TTY: 711) an; Kleinunternehmen-Mitglieder rufen bitte unter 1-888-926-5122 (TTY: 711) an. Arbeitgeber-Gruppenmitglieder rufen bitte unter 1-800-289-2818 (TTY: 711) an.

Japanese

無料の言語サービス。通訳をご利用いただけます。文書をお読みします。援助が必要な場合は、IDカードに記載されている番号までお電話ください。個人および家族向けプランのメンバーの方は1-888-926-5057 (TTY: 711) まで、小規模企業メンバーの方は1-888-926-5122 (TTY: 711) までお電話ください。雇用主を通じた団体保険のメンバーの方は、1-800-289-2818 (TTY: 711) までお電話ください。

Korean

무료 언어 서비스. 통역 서비스를 받을 수 있습니다. 문서 낭독 서비스를 받으실 수 있습니다. 도움을 원하시면, 보험 ID에 수록된 번호로 전화해 주십시오. 개인 및 가족 계획가입자분은 1-888-926-5057 (TTY: 711)번으로 전화해 주시고, 소기업가입자분은 1-888-926-5122 (TTY: 711)번으로 전화해 주십시오. 고용주 그룹 가입자분은 1-800-289-2818 (TTY: 711)번으로 전화해 주십시오.

Thai

ไม่มีค่าบริการด้านภาษา คุณสามารถใช้ล่ามได้ คุณสามารถให้อ่านเอกสารให้ฟังได้ สำหรับความช่วยเหลือ โทรหาเราตามหมายเลขที่ให้ไว้บนบัตรประจำตัวของคุณ สมาชิกแผนบุคคลและครอบครัว กรุณาโทร 1-888-926-5057 (TTY: 711); สมาชิกธุรกิจขนาดเล็ก กรุณาโทร 1-888-926-5122 (TTY: 711) สมาชิกกลุ่มนายจ้าง กรุณาโทร 1-800-289-2818 (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. Để nhận trợ giúp, hãy gọi cho chúng tôi theo số được liệt kê trên thẻ ID của quý vị. Các thành viên của Chương Trình Cá Nhân & Gia Đình vui lòng gọi số 1-888-926-5057 (TTY: 711); Các thành viên thuộc Doanh Nghiệp Nhỏ vui lòng gọi số 1-888-926-5122 (TTY: 711). Các thành viên thuộc chương trình theo nhóm của chủ sử dụng lao động vui lòng gọi số 1-800-289-2818 (TTY: 711).

Health Net of Arizona, Inc. underwrites benefits for HMO plans, and Health Net Life Insurance Company underwrites benefits for PPO and indemnity plans and for life insurance coverage. Health Net of Arizona, Inc. and Health Net Life Insurance Company are subsidiaries of Health Net, Inc. All rights reserved.

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

FLY007786EH00 (06/16)