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.myhealthnetca.com o llame al 1-800-839-2172. 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.myhealthnetca.com, o llamar al 1-800-839-2172 para solicitar una copia.

Preguntas importantes	Respuestas	Por qué es importante
¿Cuál es el deducible general?	USD 1,400 por miembro; USD 2,800 por familia, por año calendario.	Por lo general, usted debe pagar todos los costos de los proveedores hasta el monto del deducible antes de que el plan comience a pagar. Si otros miembros de su familia pertenecen al plan, cada uno debe completar el deducible individual hasta que el monto total de los gastos del deducible que pagaron todos los miembros de la familia complete el deducible general de la familia.
¿Se cubre algún servicio antes de pagar todo el deducible?	Sí, la atención preventiva, las visitas de atención primaria y al especialista, las pruebas diagnósticas, los estudios de imágenes, las operaciones ambulatorias, la atención de urgencia y en la sala de emergencias, los servicios de salud mental y por toxicomanías para pacientes ambulatorios, las visitas prenatales y de posparto al consultorio, el cuidado de la salud en el hogar, los servicios de rehabilitación y habilitación, los equipos médicos duraderos, el cuidado de hospicio, y los servicios odontológicos y de la vista para niños están cubiertos antes de que usted complete el deducible.	Este plan cubre algunos artículos y servicios aunque usted todavía no haya completado el monto del deducible. Sin embargo, es posible que se aplique un copago o coseguro. Por ejemplo, este plan cubre algunos servicios preventivos sin costo compartido y antes de que usted complete el deducible. Para ver una lista de los servicios preventivos cubiertos, visite https://www.healthcare.gov/coverage/preventive-care-benefits/.
¿Hay algún otro deducible por servicios específicos?	Sí, USD 100 por miembro; USD 200 por familia, por año calendario para los medicamentos genéricos no preferidos, de marca preferidos y no preferidos, y con receta especializados (no se aplica a los medicamentos genéricos y de marca preferidos del nivel 1). No hay otros deducibles específicos.	Usted tiene que pagar todos los servicios hasta cubrir el monto específico del deducible antes de que el plan empiece a pagar dichos servicios.
¿Cuál es el desembolso máximo de este plan?	Sí, USD 2,700 por miembro; USD 5,400 por familia, por año calendario.	El desembolso máximo es la cantidad máxima que usted pagará en un año por los servicios cubiertos. Si los miembros de su familia pertenecen a este plan, estos tienen que completar sus propios desembolsos máximos hasta que se complete el desembolso máximo general de la familia.
¿Qué no incluye el desembolso máximo?	Primas y atención médica que este plan no cubre.	Si bien usted paga estos costos, estos no se tendrán en cuenta para el desembolso máximo.
¿Pagará un poco menos si acude a un proveedor dentro de la red médica?	Sí. Para obtener la lista de **proveedores preferidos**, consulte www.myhealthnetca.com o llame al 1-800-839-2172.	Este plan utiliza una red de proveedores. Usted pagará menos si utiliza proveedores de la red del plan. Usted pagará lo máximo si utiliza un proveedor fuera de la red, y es posible que reciba una factura del proveedor por la diferencia entre lo que el proveedor le cobró y lo que el plan paga. (Esto se llama facturación del saldo). Tenga en cuenta que su proveedor de la red podría usar algún proveedor fuera de la red para algunos servicios, como los de laboratorio. Consulte a su proveedor antes de recibirlos.
¿Necesita un referido para ver a un especialista?	Sí. Requiere autorización previa por escrito.	Este plan pagará algunos o todos los costos de los servicios cubiertos de un especialista solamente si usted tiene el referido necesario para consultar al especialista.

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)	
Si acude al consultorio o a la clínica de un proveedor de salud	Visita de atención primaria para tratar una lesión o enfermedad	USD 15/visita No se aplica el deducible.	Sin cobertura	——————Ninguna——————
	Visita al especialista	USD 25/visita No se aplica el deducible.	Sin cobertura	Requiere autorización previa.
	Atención preventiva/examen colectivo/vacuna	Sin cargo	Sin cobertura	——————Ninguna——————
Si se realiza un examen	Prueba diagnóstica (radiografía, análisis de sangre)	Laboratorio: USD 20/visita No se aplica el deducible. Radiografías: USD 40/visita No se aplica el deducible.	Sin cobertura	Requiere referido.
	Estudios de imágenes (tomografía computarizada, estudio PET, resonancia magnética)	USD 100/procedimiento No se aplica el deducible.	Sin cobertura	Requiere autorización previa.
Si necesita medicamentos para tratar su enfermedad o infección Hay más información disponible acerca de la **cobertura de medicamentos con receta** en www.MyHealthNetCA.com.	Medicamentos de nivel 1 (la mayoría de los genéricos y los de marca preferidos de bajo costo)	USD 5/orden minorista; USD 10/orden por correo No se aplica el deducible.	Sin cobertura	Suministro/orden: hasta 30 días (minorista); 35-90 días (por correo), salvo si corresponden límites de cantidad. Se requiere autorización previa para algunos medicamentos. Deducible requerido para medicamentos genéricos no preferidos, de marca preferidos y no preferidos: USD 100 por miembro; USD 200 por familia (no se aplica a los medicamentos genéricos y de marca preferidos del nivel 1).
	Medicamentos de nivel 2 (genéricos no preferidos y de marca preferidos)	USD 25/orden minorista; USD 50/orden por correo	Sin cobertura	
	Medicamentos de nivel 3 (de marca no preferidos)	USD 45/orden minorista; USD 90/orden por correo	Sin cobertura	
	Medicamentos de nivel 4 (medicamentos especializados)	Coseguro del 15% hasta USD 150 por receta después de que se haya completado el deducible para medicamentos con receta.	Sin cobertura	Se requiere autorización previa para algunos medicamentos. Pueden corresponder límites de cantidad para algunos medicamentos. Suministro/orden: hasta 30 días de suministro abastecido en farmacia de especialidad. Deducible requerido: USD 100 por miembro; USD 200 por familia.

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)	
Si se somete a una operación ambulatoria	Cargo de instalaciones (p. ej., centro de cirugía ambulatoria)	Coseguro del 15% No se aplica el deducible.	Sin cobertura	Requiere autorización previa.
	Honorarios del médico/cirujano	Coseguro del 15% No se aplica el deducible.	Sin cobertura	————————Ninguna————————
Si necesita atención médica inmediata	Atención en la sala de emergencias	Instalaciones: USD 150/visita No se aplica el deducible. Médico: sin cargo	Instalaciones: USD 150/visita No se aplica el deducible. Médico: sin cargo	No se requiere copago en caso de internación.
	Transporte médico de emergencia	USD 75/traslado	USD 75/traslado	————————Ninguna————————
	Atención de urgencia	USD 15/visita No se aplica el deducible.	USD 15/visita No se aplica el deducible.	————————Ninguna————————
Si lo hospitalizan	Cargo de instalaciones (p. ej., habitación de hospital)	Coseguro del 15%	Sin cobertura	Requiere autorización previa.
	Honorarios del médico/cirujano	Coseguro del 15% No se aplica el deducible.	Sin cobertura	————————Ninguna————————
Si necesita servicios de salud mental, conductual o toxicomanías	Servicios ambulatorios	Consultorio: USD 15/visita No se aplica el deducible. Visita que no sea al consultorio: coseguro del 15% hasta USD 15 No se aplica el deducible.	Sin cobertura	Se requiere autorización previa, excepto para las visitas al consultorio.
	Servicios internos	Instalaciones: coseguro del 15% Médico: coseguro del 15% No se aplica el deducible.	Sin cobertura	Requiere autorización previa.
Si está embarazada	Visitas al consultorio	Prenatal: sin cargo Posparto: USD 15/visita No se aplica el deducible.	Sin cobertura	————————Ninguna————————
	Servicios de parto profesionales	Coseguro del 15% No se aplica el deducible.	Sin cobertura	La cobertura incluye los servicios de aborto.
	Servicios de instalaciones de parto profesionales	Coseguro del 15%	Sin cobertura	La cobertura incluye los servicios de aborto.

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)	
Si necesita ayuda recuperándose o tiene otras necesidades de salud especiales	Cuidado de la salud en el hogar	USD 15/visita No se aplica el deducible.	Sin cobertura	Limitado a 100 visitas por año calendario. Requiere autorización previa.
	Servicios de rehabilitación	USD 15/visita	Sin cobertura	Requiere autorización previa.
	Servicios de habilitación	USD 15/visita No se aplica el deducible.	Sin cobertura	Requiere autorización previa.
	Cuidado de enfermería especializada	Coseguro del 15%	Sin cobertura	Requiere autorización previa.
	Equipo médico duradero	Coseguro del 15% No se aplica el deducible.	Sin cobertura	Requiere autorización previa.
	Servicios de cuidados paliativos o enfermos terminales	Sin cargo	Sin cobertura	Requiere autorización previa.
Si su niño necesita servicios odontológicos o de la vista	Examen de la vista pediátrico	Sin cargo	Sin cobertura	Limitado a 1 visita por año.
	Anteojos para niños	Sin cargo	Sin cobertura	Marcos seleccionados por el proveedor: 1 par por año
	Chequeo dental pediátrico	Sin cargo	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.
- Servicios para tratar la infertilidad.
- 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.
- Cirugía bariátrica.
- Atención de la vista de rutina (adultos).

* Para más información acerca de las limitaciones y excepciones, consulte el documento del plan o la póliza en www.myhealthnetca.com.

Sus derechos a continuar con su 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.
- Usted se muda fuera del área de cobertura.

Para más información sobre su derecho a continuar con la cobertura, comuníquese con el plan al 1-800-839-2172. 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.

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 1-800-839-2172; envíe un formulario de queja a través de www.myhealthnetca.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. 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. 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.

¿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 1-800-839-2172.
Tagalog (Tagalog): Kung kailangan ninyo ang tulong sa Tagalog tumawag sa 1-800-839-2172.
Chino (中文): 如果需要中文的帮助，请拨打这个号码 1-800-839-2172.
Navajo (Dine): Dinek'ehgo shika at'ohwol ninisingo, kwiijigo holne' 1-800-839-2172.

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 1,400**
- **Copago del especialista** **USD 25**
- **Coseguro del hospital (instalaciones)** **15%**
- **Otro copago** **USD 15**

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)*

Costo total hipotético	**USD 12,800**

En este ejemplo, Peg pagaría:

Costo compartido	
Deducibles	USD 600
Copagos	USD 400
Coseguro	USD 1,700
Qué no está cubierto	
Límites o exclusiones	USD 60
El total que Peg pagaría es	**USD 2,760**

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 1,400**
- **Copago del especialista** **USD 25**
- **Coseguro del hospital (instalaciones)** **15%**
- **Otro copago** **USD 15**

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)*

Costo total hipotético	**USD 7,400**

En este ejemplo, Joe pagaría:

Costo compartido	
Deducibles	USD 100
Copagos	USD 1,000
Coseguro	USD 300
Qué no está cubierto	
Límites o exclusiones	USD 60
El total que Joe pagaría es	**USD 1,460**

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

- **El deducible general del plan** **USD 1,400**
- **Copago del especialista** **USD 25**
- **Coseguro del hospital (instalaciones)** **15%**
- **Otro copago** **USD 15**

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

Costo total hipotético	**USD 2,500**

En este ejemplo, Mia pagaría:

Costo compartido	
Deducibles	USD 1,000
Copagos	USD 400
Coseguro	USD 100
Qué no está cubierto	
Límites o exclusiones	USD 0
El total que Mia pagaría es	**USD 1,500**

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 (Members) or
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.

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: 1-800-839-2172 (TTY: 711). للتواصل في كاليفورنيا، يرجى الاتصال بالرقم الفرعي لخطة الأفراد والعائلة عبر الرقم: 1-888-926-4988 (TTY: 711) أو المشروعات الصغيرة 1-888-926-5133 (TTY: 711). لخطط المجموعة عبر Health Net، يرجى الاتصال بالرقم 1-800-522-0088 (TTY: 711).

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 ntawv 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 Kev 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 សូមហៅទូរស័ព្ទទៅកាន់មជ្ឈមណ្ឌលទំនាក់ទំនងអតិថិជនតាមលេខដែលមាននៅលើប័ណ្ណសម្គាល់ខ្លួនរបស់លោកអ្នក 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 고객서비스 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 íílínígóó saad bee háká ada'iiyeed. Ata' halne'ígíí da ła' ná hádídóot'įįł. Naaltsoos da t'áá shí shizaad k'ehjí shich[' yídooltah nínízingo t'áá ná ákódoolníił. Ákót'éego shíká a'doowoł nínízingo Customer Contact Center hoolyéhíįį' hodíilnih ninaaltsoos nanitingo bee néého'dolzinígíí hodoonihįį' bikáá' éí doodago koji' hólne' Individual & Family Plan (IFP) Off Exchange: 1-800-839-2172 (TTY: 711). California marketplace báhígíí koji' hólne' IFP On Exchange 1-888- 926-4988 (TTY: 711) éí doodago Small Business báhígíí koji' hólne' -888-926-5133 (TTY: 711). Group Plans through Health Net báhígíí éí koji' 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 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 ਦੁਭਾਸ਼ੀਏ 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 ਸਮੌਲ ਬਿਜ਼ਨੇਸ ਨੂੰ 1-888-926-5133 (TTY: 711) 'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ। ਹੇਲਥ 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 คุณสามารถใช้ล่ามได้ คุณสามารถให้อ่านเอกสารให้ฟังเป็นภาษาของคุณได้ หากต้องการความช่วยเหลือ โทรหาศูนย์ลูกค้าสัมพันธ์ได้ที่หมายเลขบนบัตรประจำตัวของคุณ หรือโทรหาฝ่ายแผนบุคคลและครอบครัวของเอกชน (Individual & Family Plan (IFP) Off Exchange) ที่ 1-800-839-2172 (โหมด TTY: 711) สำหรับเขตแคลิฟอร์เนีย โทรหาฝ่ายแผนบุคคลและครอบครัวของรัฐ (IFP On Exchange) ได้ที่ 1-888-926-4988 (โหมด TTY: 711) หรือ ฝ่ายธุรกิจขนาดเล็ก (Small Business) ที่ 1-888-926-5133 (โหมด TTY: 711) สำหรับแผนแบบกลุ่มผ่านทาง Health Net โทร 1-800-522-0088 (โหมด 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 DMHC On and Off-Exchange Member Notice of Language Assistance

FLY017549EH00 (12/17)