



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/2020/eoc/ec/ppo/silvervalue](http://www.healthnet.com/2020/eoc/ec/ppo/silvervalue) 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](http://www.myhealthnetca.com), o llamar al 1-800-839-2172 para solicitar una copia.

| Preguntas importantes                                                         | Respuestas                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | Por qué es importante                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|-------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| ¿Cuál es el <b>deducible</b> general?                                         | USD 5,000 por miembro; USD 10,000 por familia a través de la red de proveedores preferidos. USD 10,000 por miembro; USD 20,000 por familia para proveedores fuera de la red, por año calendario.                                                                                                                                                                                                                        | Por lo general, usted debe pagar todos los costos de los <b>proveedores</b> hasta el monto del <b>deducible</b> antes de que el <b>plan</b> comience a pagar. Si otros miembros de su familia pertenecen al <b>plan</b> , cada uno debe completar el <b>deducible</b> individual hasta que el monto total de los gastos del <b>deducible</b> que pagaron todos los miembros de la familia complete el <b>deducible</b> general de la familia.                                                                                                                                                                                           |
| ¿Se cubre algún servicio antes de pagar todo el <b>deducible</b> ?            | Sí. La atención preventiva, las visitas al consultorio del médico, las pruebas diagnósticas, la atención de urgencia, los servicios de salud mental y por toxicomanías para pacientes ambulatorios, los servicios de rehabilitación y de rehabilitación, los servicios de cuidados paliativos, y los servicios odontológicos y de la vista para niños están cubiertos antes de que usted complete el <b>deducible</b> . | Este <b>plan</b> cubre algunos artículos y servicios aunque usted todavía no haya completado el monto del <b>deducible</b> . Sin embargo, es posible que se aplique un <b>copago</b> o <b>coseguro</b> . Por ejemplo, este <b>plan</b> cubre algunos <b>servicios preventivos</b> sin <b>costo compartido</b> y antes de que usted complete el <b>deducible</b> . Para ver una lista de los <b>servicios preventivos</b> cubiertos, visite <a href="https://www.healthcare.gov/coverage/preventive-care-benefits/">https://www.healthcare.gov/coverage/preventive-care-benefits/</a> .                                                  |
| ¿Hay algún otro <b>deducible</b> por servicios específicos?                   | Sí. Deducible de farmacia preferida: USD 500 por persona; USD 1,000 por familia, por año calendario (no se aplica a los medicamentos genéricos preferidos del nivel 1). No hay otros <b>deducibles</b> específicos.                                                                                                                                                                                                     | Usted tiene que pagar todos los servicios hasta cubrir el monto específico del <b>deducible</b> antes de que el <b>plan</b> empiece a pagar dichos servicios.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
| ¿Cuál es el <b>desembolso máximo</b> de este <b>plan</b> ?                    | Para proveedores preferidos: USD 7,800 por miembro; USD 15,600 por familia. Para proveedores fuera de la red: USD 25,000 por persona; USD 50,000 por familia, por año calendario.                                                                                                                                                                                                                                       | El <b>desembolso máximo</b> es la cantidad máxima que usted pagará en un año por los servicios cubiertos. Si otros miembros de su familia pertenecen a este <b>plan</b> , estos tienen que completar sus propios <b>desembolsos máximos</b> hasta que se complete el <b>desembolso máximo</b> general de la familia.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| ¿Qué no incluye el <b>desembolso máximo</b> ?                                 | <b>Primas</b> , <b>facturación del saldo</b> , descuentos en medicamentos, cupones o tarjetas de copago por medicamentos con receta, multas por falta de certificación y atención médica que este <b>plan</b> no cubre.                                                                                                                                                                                                 | Si bien usted paga estos costos, estos no se tendrán en cuenta para el <b>desembolso máximo</b> .                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| ¿Pagará un poco menos si acude a un <b>proveedor</b> dentro de la red médica? | Sí. Para obtener la lista de <b>proveedores preferidos</b> , consulte <a href="http://www.myhealthnetca.com/findadoctor">www.myhealthnetca.com/findadoctor</a> o llame al 1-800-839-2172.                                                                                                                                                                                                                               | Este <b>plan</b> utiliza una <b>red</b> de <b>proveedores</b> . Usted pagará menos si utiliza <b>proveedores</b> de la <b>red</b> del <b>plan</b> . Usted pagará lo máximo si utiliza un <b>proveedor fuera de la red</b> , y es posible que reciba una factura del <b>proveedor</b> por la diferencia entre lo que el <b>proveedor</b> le cobró y lo que el <b>plan</b> paga. (Esto se llama <b>facturación del saldo</b> ). Tenga en cuenta que su <b>proveedor de la red</b> podría usar algún <b>proveedor fuera de la red</b> para algunos servicios, como los de laboratorio. Consulte a su <b>proveedor</b> antes de recibirlos. |
| ¿Necesita un <b>referido</b> para ver a un <b>especialista</b> ?              | No.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | Usted puede consultar a cualquier <b>especialista</b> y no necesita un <b>referido</b> .                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |



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 preferido (Usted pagará lo mínimo)                                                                                       | Proveedor fuera de la red (Usted pagará lo máximo) |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| <b>Si acude al consultorio o a la clínica de un proveedor de salud</b>                                                                                                                                                                                            | Visita de atención primaria para tratar una lesión o enfermedad                    | USD 45/visita<br>No se aplica el deducible.                                                                                        | Coseguro del 50%                                   | —————Ninguna—————                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
|                                                                                                                                                                                                                                                                   | Visita al <a href="#">especialista</a>                                             | USD 60/visita<br>No se aplica el deducible.                                                                                        | Coseguro del 50%                                   | —————Ninguna—————                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
|                                                                                                                                                                                                                                                                   | <a href="#">Atención preventiva/examen colectivo</a> /vacuna                       | Sin cargo                                                                                                                          | 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)               | Radiografía: USD 70/visita<br>No se aplica el deducible.<br>Laboratorio: USD 35/visita<br>No se aplica el deducible.               | Coseguro del 50%                                   | —————Ninguna—————                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
|                                                                                                                                                                                                                                                                   | Estudios de imágenes (tomografía computarizada, estudio PET, resonancia magnética) | USD 300/procedimiento                                                                                                              | Coseguro del 50%                                   | Si no se obtiene certificación, se aplicará una multa de USD 250 a través de la red de proveedores preferidos y una multa de USD 500 fuera de la red.                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
| <b>Si necesita medicamentos para tratar su enfermedad o infección</b><br>Hay más información disponible acerca de la <a href="#">cobertura de medicamentos con receta</a> en <a href="http://www.myhealthnetca.com/druglist">www.myhealthnetca.com/druglist</a> . | Medicamentos genéricos preferidos (nivel 1)                                        | USD 15/orden minorista;<br>USD 30/orden por correo<br>No se aplica el deducible de farmacia.                                       | Sin cobertura                                      | Suministro/orden: hasta 30 días (minorista); 90 días (por correo), salvo si corresponden límites de cantidad. Se requiere autorización previa para algunos medicamentos o se le aplicará una multa del 50% del precio mayorista promedio, salvo en caso de atención de emergencia. Se aplica un deducible de farmacia preferida: USD 500 por miembro; USD 1,000 por familia (no se aplica a los medicamentos genéricos preferidos del nivel 1). |
|                                                                                                                                                                                                                                                                   | Medicamentos genéricos no preferidos y de marca preferidos (nivel 2)               | USD 55/orden minorista;<br>USD 110/orden por correo                                                                                | Sin cobertura                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
|                                                                                                                                                                                                                                                                   | Medicamentos de marca no preferidos (nivel 3)                                      | USD 85/orden minorista;<br>USD 170/orden por correo                                                                                | Sin cobertura                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
|                                                                                                                                                                                                                                                                   | Medicamentos especializados (nivel 4)                                              | Coseguro del 30% hasta un monto máximo de USD 250 por receta de 30 días después de que se haya completado el deducible de farmacia | Sin cobertura                                      | Suministro/orden: suministro de 30 días en farmacia de especialidad, salvo si corresponden límites de cantidad. Se requiere autorización previa para algunos medicamentos o se le aplicará una multa del 50% del precio mayorista promedio, salvo en caso de atención de emergencia. Se aplica un deducible de farmacia preferida: USD 500 por miembro; USD 1,000 por familia.                                                                  |

| Eventos médicos comunes                                                 | Servicios que podría necesitar                                 | Lo que usted paga                                                                                                 |                                                                              | Limitaciones, excepciones y otra información importante                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
|-------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                                                                         |                                                                | Proveedor preferido (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%                                                                                                  | Coseguro del 50%                                                             | Algunos procedimientos quirúrgicos ambulatorios requieren certificación, o se aplicará una multa de USD 250 a través de la red de proveedores preferidos y una multa de USD 500 fuera de la red.                                                                                                                                        |
|                                                                         | Honorarios del médico/cirujano                                 | Coseguro del 30%                                                                                                  | Coseguro del 50%                                                             | Algunos procedimientos quirúrgicos ambulatorios requieren certificación.                                                                                                                                                                                                                                                                |
| <b>Si necesita atención médica inmediata</b>                            | <a href="#">Atención en la sala de emergencias</a>             | Cargo de instalaciones: USD 400/visita<br>Servicios profesionales: sin cargo                                      | Cargo de instalaciones: USD 400/visita<br>Servicios profesionales: sin cargo | Sin copago en caso de internación.                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
|                                                                         | <a href="#">Transporte médico de emergencia</a>                | USD 250/traslado                                                                                                  | USD 250/traslado                                                             | Se aplica el deducible y, una vez que se completa, se aplica el copago.                                                                                                                                                                                                                                                                 |
|                                                                         | <a href="#">Atención de urgencia</a>                           | USD 45/visita<br>No se aplica el deducible.                                                                       | Coseguro del 50%                                                             | —————Ninguna—————                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| <b>Si lo hospitalizan</b>                                               | Cargo de instalaciones (p. ej., habitación de hospital)        | Coseguro del 30%                                                                                                  | Coseguro del 50%                                                             | Si no se obtiene certificación para la atención que no es de emergencia, se aplicará una multa de USD 250 a través de la red de proveedores preferidos y una multa de USD 500 fuera de la red.                                                                                                                                          |
|                                                                         | Honorarios del médico/cirujano                                 | Coseguro del 30%                                                                                                  | Coseguro del 50%                                                             | Se requiere certificación para una internación y para algunos servicios brindados durante la internación.                                                                                                                                                                                                                               |
| <b>Si necesita servicios de salud mental, conductual o toxicomanías</b> | Servicios ambulatorios                                         | Visita al consultorio: USD 45/visita<br>No se aplica el deducible.<br>Visita que no sea al consultorio: sin cargo | Coseguro del 50%                                                             | No se requiere certificación para los servicios de diagnósticos de salud mental y toxicomanías para pacientes ambulatorios, excepto para cirugía reconstructiva. Si se requiere certificación pero no se obtiene, se aplicará una multa de USD 250 a través de la red de proveedores preferidos y una multa de USD 500 fuera de la red. |
|                                                                         | Servicios internos                                             | Coseguro del 30%                                                                                                  | Coseguro del 50%                                                             | Si no se obtiene certificación para la atención que no es de emergencia, se aplicará una multa de USD 250 a través de la red de proveedores preferidos y una multa de USD 500 fuera de la red.                                                                                                                                          |

| Eventos médicos comunes                                                              | Servicios que podría necesitar                                         | Lo que usted paga                            |                                                                                                 | Limitaciones, excepciones y otra información importante                                                                                                                                                                                                                             |
|--------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                                                                                      |                                                                        | Proveedor preferido (Usted pagará lo mínimo) | Proveedor fuera de la red (Usted pagará lo máximo)                                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| <b>Si está embarazada</b>                                                            | Visitas al consultorio                                                 | Sin cargo                                    | Coseguro del 50%                                                                                | 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.                                                                                      |
|                                                                                      | Servicios de parto profesionales                                       | Coseguro del 30%                             | Coseguro del 50%                                                                                | La cobertura incluye los servicios de aborto.                                                                                                                                                                                                                                       |
|                                                                                      | Servicios de instalaciones de parto profesionales                      | Coseguro del 30%                             | Coseguro del 50%                                                                                | 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>                        | Coseguro del 30%                             | Sin cobertura                                                                                   | Limitado a 100 visitas por año calendario (los servicios de recuperación de las habilidades y rehabilitación en el hogar están cada uno limitados a 100 visitas separadas por año calendario). Se requiere certificación para algunos servicios o se aplicará una multa de USD 250. |
|                                                                                      | <a href="#">Servicios de rehabilitación</a>                            | USD 45/visita<br>No se aplica el deducible.  | Sin cobertura                                                                                   | Si no se obtiene certificación, se aplicará una multa de USD 250.                                                                                                                                                                                                                   |
|                                                                                      | <a href="#">Servicios de habilitación</a>                              | USD 45/visita<br>No se aplica el deducible.  | Sin cobertura                                                                                   | Si no se obtiene certificación, se aplicará una multa de USD 250.                                                                                                                                                                                                                   |
|                                                                                      | <a href="#">Cuidado de enfermería especializada</a>                    | Coseguro del 30%                             | Coseguro del 50%                                                                                | Si no se obtiene certificación, se aplicará una multa de USD 250 a través de la red de proveedores preferidos y una multa de USD 500 fuera de la red.                                                                                                                               |
|                                                                                      | <a href="#">Equipo médico duradero</a>                                 | Coseguro del 30%                             | Prótesis y equipos para pacientes diabéticos únicamente (incluido el calzado): coseguro del 50% | Los aparatos ortopédicos, el calzado correctivo y todos los demás equipos médicos duraderos no están cubiertos fuera de la red. Si no se obtiene certificación, se aplicará una multa de USD 250 a través de la red de proveedores preferidos.                                      |
|                                                                                      | <a href="#">Servicios de cuidados paliativos o enfermos terminales</a> | Sin cargo                                    | Coseguro del 50%                                                                                | Si no se obtiene certificación, se aplicará una multa de USD 250 a través de la red de proveedores preferidos y una multa de USD 500 fuera de la red.                                                                                                                               |

| Eventos médicos comunes                                          | Servicios que podría necesitar | Lo que usted paga                            |                                                    | Limitaciones, excepciones y otra información importante          |
|------------------------------------------------------------------|--------------------------------|----------------------------------------------|----------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------|
|                                                                  |                                | Proveedor preferido (Usted pagará lo mínimo) | Proveedor fuera de la red (Usted pagará lo máximo) |                                                                  |
| <b>Si su niño necesita servicios odontológicos o de la vista</b> | 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 calendario. |
|                                                                  | Chequeo dental pediátrico      | Sin cargo                                    | Sin cobertura                                      | Limitado a un control cada seis meses.                           |

### 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). |                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                                           |  |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>Atención de quiropráctico.</li> <li>Cirugía cosmética.</li> <li>Servicios odontológicos (adultos).</li> </ul>             | <ul style="list-style-type: none"> <li>Audífonos.</li> <li>Servicios para tratar la infertilidad.</li> <li>Cuidado a largo plazo.</li> <li>Atención que no es de emergencia cuando viaja fuera de los EE. UU.</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>Enfermería privada.</li> <li>Cuidado de los pies de rutina.</li> <li>Programas para bajar de peso (la exclusión no se aplica a las intervenciones conductuales de atención preventiva).</li> </ul> |  |

| Otros servicios cubiertos (podrían aplicarse limitaciones a estos servicios. Esto no es una lista completa. Consulte el documento de su plan). |                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                  |  |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>Servicios de aborto.</li> <li>Acupuntura (cubierta cuando sea médicamente necesaria).</li> </ul>        | <ul style="list-style-type: none"> <li>Cirugía bariátrica (cubierta a través de la red de proveedores preferidos si se la considera médicamente necesaria).</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>Atención de la vista de rutina (adultos) (exámenes/refracciones de ojos con fines de corrección de la visión).</li> </ul> |  |

**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), <https://www.dol.gov/ebsa/contactEBSA/consumerassistance.html>.
- Departamento de Seguros de California: 300 Capitol Mall, Suite 1600, Sacramento, CA 95814. Llame al número gratuito: (800) 927-4357, o ingrese en <http://insurance.ca.gov/consumers>.
- Oficina de Administración de Personal del Programa de Planes Multiestatales: <https://www.dol.gov/ebsa/contactEBSA/consumerassistance.html>.

Para más información sobre su derecho a continuar con la cobertura, comuníquese con el plan al 1-888-926-4988. 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:

Si tiene una queja o no está conforme con una denegación de cobertura por reclamaciones según 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 Health Net al 1-800-839-2172; envíe un formulario de queja a través de [www.healthnetca.com](http://www.healthnetca.com); o presente una queja por escrito a Health Net Appeals and Grievance Department, P.O. Box 10348, Van Nuys, CA 91410-0348. Si tiene una queja contra Health Net, también puede comunicarse con la Unidad de Salud de la División de Comunicaciones con el Consumidor del Departamento de Seguros de California, 300 South Spring Street, South Tower, Los Angeles, CA 90013, llamar al 1-800-927-HELP (4357), 1-800-482-4833 (TDD), o visitar [www.insurance.ca.gov](http://www.insurance.ca.gov). Además, un programa de asistencia al consumidor puede ayudarle a presentar su apelación. Comuníquese con el Departamento de Seguros de California con los datos de contacto ya mencionados.

### ¿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, kwijigo 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 <a href="#">deducible</a> general del <a href="#">plan</a> | USD 5,000 |
| ■ <a href="#">Copago</a> del <a href="#">especialista</a>       | USD 60    |
| ■ <a href="#">Coseguro</a> del hospital (instalaciones)         | 30%       |
| ■ Otro <a href="#">coseguro</a>                                 | 30%       |

#### 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:

| Costo compartido                   |                  |
|------------------------------------|------------------|
| Deducibles                         | USD 3,700        |
| Copagos                            | USD 700          |
| Coseguro                           | USD 3,400        |
| Qué no está cubierto               |                  |
| Límites o exclusiones              | USD 60           |
| <b>El total que Peg pagaría es</b> | <b>USD 7,860</b> |

### Control de la diabetes tipo 2 de Joe

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

|                                                                 |           |
|-----------------------------------------------------------------|-----------|
| ■ El <a href="#">deducible</a> general del <a href="#">plan</a> | USD 5,000 |
| ■ <a href="#">Copago</a> del <a href="#">especialista</a>       | USD 60    |
| ■ <a href="#">Coseguro</a> del hospital (instalaciones)         | 30%       |
| ■ Otro <a href="#">coseguro</a>                                 | 30%       |

#### 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:

| Costo compartido                   |                  |
|------------------------------------|------------------|
| Deducibles                         | USD 1,700        |
| Copagos                            | USD 2,200        |
| Coseguro                           | USD 500          |
| Qué no está cubierto               |                  |
| Límites o exclusiones              | USD 60           |
| <b>El total que Joe pagaría es</b> | <b>USD 4,460</b> |

### Fractura simple de Mia

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

|                                                                 |           |
|-----------------------------------------------------------------|-----------|
| ■ El <a href="#">deducible</a> general del <a href="#">plan</a> | USD 5,000 |
| ■ <a href="#">Copago</a> del <a href="#">especialista</a>       | USD 60    |
| ■ <a href="#">Coseguro</a> del hospital (instalaciones)         | 30%       |
| ■ Otro <a href="#">coseguro</a>                                 | 30%       |

#### 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:

| Costo compartido                   |                  |
|------------------------------------|------------------|
| Deducibles                         | USD 300          |
| Copagos                            | USD 1,200        |
| Coseguro                           | USD 20           |
| Qué no está cubierto               |                  |
| Límites o exclusiones              | USD 0            |
| <b>El total que Mia pagaría es</b> | <b>USD 1,520</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 Համախորհրդների սպասարկման կենտրոն ձեր ID քարտի վրա նշված հեռախոսահամարով կամ զանգահարեք Individual & Family Plan (IFP) Off Exchange՝ 1-800-839-2172 հեռախոսահամարով (TTY՝ 711): Կալիֆոռնիայի 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 kovtooj 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។ លោកអ្នកអាចស្តាប់គេរងឯកសារឱ្យលោកអ្នកជាភាសារបស់លោកអ្នក។ 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 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 bááq̃h ilínigóó saad bee háká ada'ílyeed. Ata' halné'ígíí da ía' ná hádííóót'íí. Naaltsos da t'áá shí shízaad k'ehjí shichí' yídooltah nínízingo t'áá ná ákódoolnii. Ákót'éego shiká a'doowot nínízingo Customer Contact Center hooyéhi' hodiilnih ninaaltsos nantingo bee néého'dolzinigii hodoonihj' bikáá' éi doodago koj' hólne' Individual & Family Plan (IFP) Off Exchange: 1-800-839-2172 (TTY: 711). California marketplace báhiigii koj' hólne' IFP On Exchange 1-888- 926-4988 (TTY: 711) éi doodago Small Business báhiigii koj' hólne' -888-926-5133 (TTY: 711). Group Plans through Health Net báhiigii éi koj' hólne' 1-800-522-0088 (TTY: 711).

## Persian (Farsi)

خدمات زبان بلون هزینه. می توانید یک مترجم شفاهی بگیرید. می توانید درخواست کنید استاد 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) ਐਂਡ ਐਕਸਚੇਂਜ 'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ: 1-800-839-2172 (TTY: 711)। ਕੈਲੀਫੋਰਨੀਆ ਮਾਰਕਿਟਪਲੇਸ ਲਈ, IFP ਐਂਡ ਐਕਸਚੇਂਜ ਨੂੰ 1-888-926-4988 (TTY: 711) ਜਾਂ ਸਮੈਲ ਬਿਜਨੇਸ ਨੂੰ 1-888-926-5133 (TTY: 711) 'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ। ਹੇਲਥ ਨੈੱਟ ਰਾਹੀਂ ਸਾਮੂਹਿਕ ਪਲੇਨਾਂ 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 представленным 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 представленным 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 (โทรมา TTY: 711) สำหรับเซตแคลิฟอร์เนีย โทรหาฝ่ายแผนบุคคลและครอบครัวของรัฐ (IFP On Exchange) ได้ที่ 1-888-926-4988 (โทรมา TTY: 711) หรือ ฝ่ายธุรกิจขนาดเล็ก (Small Business) ที่ 1-888-926-5133 (โทรมา TTY: 711) สำหรับแผนแบบกลุ่มผ่านทาง Health Net โทร 1-800-522-0088 (โทรมา 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)