El Resumen de beneficios y cobertura (SBC) lo ayudará a escoger un plan de salud. El SBC muestra cómo usted y el plan compartirían los costos de los servicios de atención médica cubiertos. NOTA: La información sobre el costo de este plan (denominado prima) se proporcionará por separado. Esto es solo un resumen. Para obtener más información sobre su cobertura u obtener una copia de los términos completos de la cobertura, visite www.healthnet.com/2021/eoc/pco/epo/silver73iex o llame al 1-888-926-4988. Para ver las definiciones de términos frecuentes, como cantidad permitida, facturación de saldo, coseguro, copago, deducible, proveedor u otros términos subrayados, consulte el glosario. Puede consultar el glosario en https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/ o en www.myhealthnetca.com, o llamar al 1-888-926-4988 para pedir una copia.

Preguntas importantes	Respuestas	Por qué es importante:
¿Cuánto es el deducible total?	Para proveedores preferidos: $3,700 por persona; $7,400 por familia, por año calendario.	En general, debe pagar todos los costos de los proveedores hasta la cantidad deducible antes de que este plan comience a pagar. Si otros miembros de su familia pertenecen al plan, cada uno debe completar el deducible individual hasta que la cantidad total de los gastos del deducible que pagaron todos los miembros de la familia complete el deducible general de la familia.
¿Hay servicios cubiertos antes de alcanzar su deducible?	Sí. La atención preventiva, las visitas al consultorio del médico, las radiografías y las pruebas de laboratorio, el diagnóstico por imágenes, las cirugías ambulatorias, la atención en la sala de emergencias, el transporte médico de emergencia, la atención de urgencia, los servicios de trastornos de salud mental y de consumo de sustancias para pacientes ambulatorios, las visitas de atención médica en el hogar, los servicios de rehabilitación y de habilitación para pacientes ambulatorios, el equipo médico duradero, los servicios en un programa de cuidados paliativos y los servicios dentales y de la vista para niños están cubiertos antes de que usted complete el deducible.	Este plan cubre algunos productos y servicios aunque aún no haya alcanzado la cantidad del deducible. Sin embargo, se podría aplicar un copago o un coseguro. Por ejemplo, este plan cubre ciertos servicios preventivos sin costos compartidos antes de que alcance su deducible. Consulte una lista de servicios preventivos cubiertos en https://www.healthcare.gov/coverage/preventive-care-benefits/.
¿Hay otros deducibles para servicios específicos?	Sí. Deducible de farmacia preferida: $275 por persona; $550 por familia, por año calendario. Se aplica deducible de farmacia a los niveles 1-4. No hay otros deducibles específicos.	Debe pagar todos los costos de estos servicios hasta la cantidad específica de deducible, antes de que este plan comience a pagar estos servicios.
¿Cuánto es el límite de gastos de bolsillo para este plan?	Para proveedores preferidos: $6,500 por persona; $13,000 por familia.	El límite de gastos de bolsillo es lo máximo que puede pagar en un año por servicios cubiertos. Si otros miembros de su familia pertenecen a este plan, estos tienen que completar sus propios límites de gastos de bolsillo hasta que se complete el límite de gastos de bolsillo general de la familia.
¿Qué es lo que no está incluido en el límite de gastos de bolsillo?	Primas, facturación de saldo, multas por falta de certificación y atención médica que este plan no cubre.	Aunque pague estos gastos, no cuentan para el límite de gastos de bolsillo.

Preguntas importantes	Respuestas	Por qué es importante:
¿Pagará menos si acude a un proveedor dentro de la red?	Sí. Para obtener una lista de **proveedores preferidos**, visite www.myhealthnetca.com/findadoctor o llame al 1-888-926-4988.	Este plan utiliza una red de proveedores. Pagará menos si usa un proveedor que esté incluido en la red del plan. Pagará más si acude a un proveedor fuera de la red, y es posible que reciba una factura de un proveedor por la diferencia entre el cargo del proveedor y lo que su plan paga (facturación de saldo). Tenga en cuenta que su proveedor dentro de la red puede usar un proveedor fuera de la red para algunos servicios (como análisis de laboratorio). Consulte con su proveedor antes de recibir los servicios.
¿Necesita una derivación para atenderse con un especialista?	No.	Puede ver al especialista que usted elija sin una derivación.

⚠ Todos los **copagos** y el **coseguro** que se muestran en este cuadro se aplican después de alcanzar su **deducible**, si se aplica uno.

Circunstancia médica común	Servicios que podría necesitar	Lo que usted pagará		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor preferido (Usted pagará el mínimo)	Proveedor fuera de la red (Usted pagará el máximo)	
Si acude al consultorio o clínica del proveedor	Consulta con su médico de atención primaria para tratar una afección o lesión	Copago de $35/visita. No se aplica el deducible.	Sin cobertura.	Ninguna.
	Consulta con un especialista	Copago de $75/visita. No se aplica el deducible.	Sin cobertura.	Ninguna.
	Atención preventiva/ evaluación/vacunas	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.
Si se realiza un examen	Exámenes de diagnóstico (radiografías, análisis de sangre)	Laboratorio: copago de $40/visita. No se aplica el deducible. Radiografía: copago de $85/visita. No se aplica el deducible.	Sin cobertura.	Ninguna.
	Diagnóstico por imágenes (tomografía computarizada/ tomografía por emisión de positrones, imágenes por resonancia magnética)	Copago de $325/procedimiento. No se aplica el deducible.	Sin cobertura.	Si no se obtiene certificación, se aplicará una multa de $250.
Si necesita un medicamento para tratar su enfermedad o condición médica. Hay más información disponible sobre la **cobertura de medicamentos con receta médica** en www.myhealthnetca.com/druglist	Medicamentos genéricos (nivel 1)	Copago de $16/orden minorista; copago de $32/compra por correo después de que se haya completado el deducible de farmacia.	Sin cobertura.	Suministro/orden: hasta 30 días (minorista); 31-90 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: $275 por persona; $550 por familia.
	Medicamentos de marca preferidos (nivel 2)	Copago de $55/orden minorista; copago de $110/compra por correo después de que se haya completado el deducible de farmacia.	Sin cobertura.	
	Medicamentos de marca no preferidos (nivel 3)	Copago de $85/orden minorista; copago de $170/compra por correo después de que se haya completado el deducible de farmacia.	Sin cobertura.	
	Medicamentos de especialidad (nivel 4)	Coseguro del 20% hasta $250 por receta después de que se haya completado el deducible de farmacia.	Sin cobertura.	Suministro/orden: suministro de 30 días en recetas 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: $275 por persona; $550 por familia.

Circunstancia médica común	Servicios que podría necesitar	Lo que usted pagará		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor preferido (Usted pagará el mínimo)	Proveedor fuera de la red (Usted pagará el máximo)	
Si le hacen una cirugía ambulatoria	Tarifa del centro (p. ej., centro de cirugía ambulatoria)	Coseguro del 20%. No se aplica el deducible.	Sin cobertura.	Algunos procedimientos quirúrgicos ambulatorios requieren certificación, o se aplicará una multa de $250.
	Tarifas del médico/cirujano	Coseguro del 20%. No se aplica el deducible.	Sin cobertura.	Algunos procedimientos quirúrgicos ambulatorios requieren certificación.
Si necesita atención médica inmediata	Atención en la Sala de Emergencias	Tarifa del centro: copago de $400/visita. No se aplica el deducible. Servicios profesionales: sin cargo.	Tarifa del centro: copago de $400/visita. No se aplica el deducible. Servicios profesionales: sin cargo.	Sin copago en caso de internación.
	Transporte médico de emergencia	Copago de $250/transporte. No se aplica el deducible.	Copago de $250/transporte. No se aplica el deducible.	Ninguna.
	Atención de urgencia	Copago de $35/visita. No se aplica el deducible.	Coseguro del 50%.	Ninguna.
Si necesita hospitalización	Tarifa del centro (p. ej., habitación del hospital)	Coseguro del 20%.	Sin cobertura.	Si no se obtiene certificación para la atención que no es de emergencia, se aplicará una multa de $250.
	Tarifas del médico/cirujano	Coseguro del 20%. No se aplica el deducible.	Sin cobertura.	Se requiere certificación para una internación y para algunos servicios brindados durante la internación.
Si necesita servicios de salud mental, salud conductual o de abuso de sustancias	Servicios para pacientes ambulatorios	Visita al consultorio: copago de $35. No se aplica el deducible. Visita que no sea al consultorio: sin cargo.	Sin cobertura.	No se requiere certificación para los servicios de diagnóstico de trastornos de salud mental y de consumo de sustancias para pacientes ambulatorios, excepto para cirugía reconstructiva. Si no se obtiene la certificación requerida, se aplicará una multa de $250.
	Servicios para pacientes hospitalizados	Centro: coseguro del 20%. Médico: coseguro del 20%. Es posible que se aplique el deducible.	Sin cobertura.	Si no se obtiene certificación para la atención que no es de emergencia, se aplicará una multa de $250.

Circunstancia médica común	Servicios que podría necesitar	Lo que usted pagará		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor preferido (Usted pagará el mínimo)	Proveedor fuera de la red (Usted pagará el máximo)	
Si está embarazada	Visitas al consultorio	Sin cargo.	Sin cobertura.	No se aplica costo compartido a los servicios preventivos. Puede aplicarse un coseguro según el tipo de servicios. La atención de maternidad puede incluir exámenes y servicios que se describen en otras partes del SBC (p. ej., ecografías).
	Servicios profesionales para el nacimiento y el parto	Coseguro del 20%. Es posible que se aplique el deducible.	Sin cobertura.	La cobertura incluye los servicios de aborto.
	Servicios hospitalarios para el nacimiento y el parto	Coseguro del 20%.	Sin cobertura.	La cobertura incluye los servicios de aborto.
Si necesita servicios de recuperación o tiene otras necesidades especiales de salud	Atención médica en el hogar	Copago de $40/visita. No se aplica el deducible.	Sin cobertura.	Se limita a 100 visitas por año calendario (cada uno de los servicios de rehabilitación y de habilitación en el hogar tiene un límite de 100 visitas por separado, por año calendario). Se requiere certificación para algunos servicios o se aplicará una multa de $250.
	Servicios de rehabilitación	Copago de $35/visita. No se aplica el deducible.	Sin cobertura.	Si no se obtiene certificación, se aplicará una multa de $250.
	Servicios de habilitación	Copago de $35/visita. No se aplica el deducible.	Sin cobertura.	Si no se obtiene certificación, se aplicará una multa de $250.
	Atención de enfermería especializada	Coseguro del 20%.	Sin cobertura.	Si no se obtiene certificación, se aplicará una multa de $250.
	Equipo médico duradero	Coseguro del 20%. No se aplica el deducible.	Sin cobertura.	Si no se obtiene certificación, se aplicará una multa de $250.
	Servicios en un programa de cuidados paliativos	Sin cargo.	Sin cobertura.	Si no se obtiene certificación, se aplicará una multa de $250.
Si su hijo necesita servicios dentales o de la vista	Examen de la vista para niños	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.
	Control dental para niños	Sin cargo.	Sin cobertura.	Limitado a un control cada 6 meses.

Servicios excluidos y otros servicios cubiertos:

Servicios que su Plan, por lo general, NO cubre (consulte la póliza o documento del plan para obtener más información y una lista de otros servicios excluidos).

- Atención de quiropráctico.
- Cirugía cosmética.
- Servicios dentales (adultos).
- Audífonos.
- Servicios para tratar la infertilidad.
- Atención 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 (la exclusión no se aplica a las intervenciones de atención conductual preventiva).

Otros servicios cubiertos (es posible que se apliquen limitaciones a estos servicios. Esta no es una lista completa. Consulte el documento del plan).

- Servicios de aborto.
- Acupuntura (cubierta cuando sea médicamente necesaria).
- Cirugía bariátrica (cubierta a través de la red de proveedores preferidos si se la considera médicamente necesaria).
- Atención de la vista de rutina (adultos) (exámenes/refracciones de ojos con fines de corrección de la visión).

Su derecho a continuar con la cobertura: Hay organismos que pueden ayudarlo si quiere mantener la cobertura después de que esta finalice. La información de contacto de esos organismos es:

- Administración para la Seguridad de los Beneficios del Trabajador del Departamento de Trabajo: 1-866-444-EBSA (3272), https://www.dol.gov/agencies/ebsa/about-ebsa/ask-a-question/ask-ebsa.
- 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.opm.gov/healthcare-insurance/multi-state-plan-program/consumer/.

Para más información sobre su derecho a continuar con la cobertura, comuníquese con el plan al 1-888-926-4988. Es posible que haya otras opciones de cobertura disponibles para usted, como contratar una cobertura de seguro individual a través del Mercado de Seguros Médicos. Para obtener más información sobre el Mercado, visite www.HealthCare.gov o llame al 1-800-318-2596.

Su derecho a presentar una queja o una apelación: Hay organismos que pueden ayudarlo si tiene una queja contra su plan por la denegación de una reclamación. Esta queja se denomina queja formal o apelación. Para obtener más información sobre sus derechos, consulte la explicación de beneficios que recibirá por dicha reclamación médica. Los documentos de su plan también dan toda la información para presentar una reclamación, una apelación o una queja formal por cualquier motivo a su plan. Para obtener más información sobre sus derechos, sobre este aviso o si necesita ayuda, comuníquese con: Centro de Contacto con el Cliente de Health Net al 1-888-926-4988; 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 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. Además, un programa de asistencia al consumidor puede ayudarle a presentar su apelación. Comuníquese con el Departamento de Seguros de California. Para hacerlo, use la información de contacto proporcionada anteriormente.

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

¿Este plan proporciona cobertura esencial mínima? Sí.
La cobertura esencial mínima generalmente incluye planes, seguros médicos disponibles a través del Mercado u otras pólizas de mercado individuales, Medicare, Medicaid, CHIP, TRICARE y otras coberturas específicas. Si usted es elegible para determinados tipos de cobertura esencial mínima, tal vez no sea elegible para el crédito fiscal para primas del plan.

¿Cumple este plan el valor mínimo estándar? Sí.
Si su plan no cumple con el valor mínimo estándar, es posible que cumpla con los requisitos para recibir un crédito fiscal para las primas del plan que lo ayudará a pagar un plan en el Mercado.

Servicio de acceso a idiomas:
Spanish (Español): Para obtener asistencia en español, llame al 1-888-926-4988.
Tagalog (Tagalog): Kung kailangan ninyo ang tulong sa Tagalog tumawag sa 1-888-926-4988.
Chinese (中文): 如果需要中文的帮助，请拨打这个号码 1-888-926-4988.
Navajo (Dine): Dinek'ehgo shika at'ohwol ninisingo, kwiijigo holne' 1-888-926-4988.

Para ver ejemplos de cómo este plan podría cubrir los costos de una situación médica de ejemplo, consulte la siguiente sección.

Declaración de revelación de la PRA: De acuerdo con la Ley de Simplificación de Trámites Administrativos (Paperwork Reduction Act) de 1995, a ninguna persona se le requiere responder a una recopilación de información, a menos que esta muestre un número válido de control OMB. El número de control de OMB válido para la recopilación de esta información es **0938-1146**. Se calcula que llenar la recopilación de información lleva un promedio de **0.08** horas por respuesta, incluyendo el tiempo para revisar instrucciones, buscar recursos de datos existentes y reunir la información necesaria, además de revisar la información. Si tiene algún comentario relacionado con la precisión de los tiempos estimados o sugerencias para mejorar este formulario, escriba a: CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850.

Acerca de estos ejemplos de cobertura:

Esta no es una herramienta de cálculo de costos. Los tratamientos que se muestran son solo ejemplos de cómo puede este plan cubrir la atención médica. Sus costos reales pueden variar según el tratamiento real que reciba, los precios que sus proveedores cobren y muchos otros factores. Fíjese en las cantidades de costo compartido (deducibles, copagos y coseguro) y en los servicios excluidos por el plan. Use esta información para comparar la parte de los costos que podría pagar con los distintos planes médicos. Tenga presente que estos ejemplos de cobertura se basan solo en una cobertura individual.

Peg va a tener un bebé
(9 meses de atención prenatal dentro de la red y parto en el hospital)

- **El deducible general del plan** **$3,700**
- **Copago del especialista** **$75**
- **Coseguro del hospital (establecimiento)** **20%**
- **Otro coseguro** **20%**

Este EJEMPLO de evento incluye servicios como:
Visitas al consultorio del especialista *(atención prenatal)*
Servicios profesionales para el nacimiento y el parto
Servicios hospitalarios para el nacimiento y el parto
Exámenes de diagnóstico *(ecografías y análisis de sangre)*
Consulta con un especialista *(anestesia)*

Costo total del ejemplo	**$12,700**
En este ejemplo, Peg pagaría:	
Costos compartidos	
Deducibles	$3,700
Copagos	$600
Coseguro	$1,500
Lo que no está cubierto	
Límites o exclusiones	$60
El total que Peg pagaría es	**$5,860**

Control de la diabetes tipo 2 de Joe
(un año de atención de rutina dentro de la red de una condición bien controlada)

- **El deducible general del plan** **$3,700**
- **Copago del especialista** **$75**
- **Coseguro del hospital (establecimiento)** **20%**
- **Otro coseguro** **20%**

Este EJEMPLO de evento incluye servicios como:
Visitas en el consultorio del médico de atención primaria *(incluye la educación sobre enfermedades)*
Exámenes de diagnóstico *(análisis de sangre)*
Medicamentos con receta médica
Equipo médico duradero *(glucómetro)*

Costo total del ejemplo	**$5,600**
En este ejemplo, Joe pagaría:	
Costos compartidos	
Deducibles	$275
Copagos	$1,400
Coseguro	$200
Lo que no está cubierto	
Límites o exclusiones	$20
El total que Joe pagaría es	**$1,895**

Fractura simple de Mia
(visita a la Sala de Emergencias dentro de la red y atención de seguimiento)

- **El deducible general del plan** **$3,700**
- **Copago del especialista** **$75**
- **Coseguro del hospital (establecimiento)** **20%**
- **Otro coseguro** **20%**

Este EJEMPLO de evento incluye servicios como:
Atención en la Sala de Emergencias *(incluye suministros médicos)*
Exámenes de diagnóstico *(radiografías)*
Equipo médico duradero *(muletas)*
Servicios de rehabilitación *(fisioterapia)*

Costo total del ejemplo	**$2,800**
En este ejemplo, Mia pagaría:	
Costos compartidos	
Deducibles	$50
Copagos	$1,200
Coseguro	$50
Lo que no está cubierto	
Límites o exclusiones	$0
El total que Mia pagaría es	**$1,300**

El plan sería responsable de los demás costos de los servicios cubiertos de 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)