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. Este 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 o llame al 1-800-522-0088. 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.healthnet.com, o llamar al 1-800-522-0088 para pedir una copia.

Preguntas importantes	Respuestas	Por qué es importante
¿Cuánto es el deducible total?	$0	Consulte la tabla de Circunstancias médicas comunes abajo para conocer los costos de los servicios que cubre este plan.
¿Hay servicios cubiertos antes de alcanzar su deducible?	No se aplica deducible.	No se aplica deducible.
¿Hay otros deducibles para servicios específicos?	No.	No debe pagar deducibles por servicios específicos.
¿Cuánto es el límite de gastos de bolsillo para este plan?	Límite médico/de farmacia combinado: $2,500 por afiliado; $5,000 por familia a través de Salud Network. $1,500 por afiliado; $4,500 por familia a través de SIMNSA Network por año calendario. Salud Network y SIMNSA Network son acumulables entre sí.	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 alcanzar sus propios límites de gastos de bolsillo hasta que se alcance 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 y atención médica que este plan no cubre.	Aunque pague estos gastos, no cuentan para el límite de gastos de bolsillo.
¿Pagará menos si acude a un proveedor dentro de la red?	Sí. Para obtener una lista de **proveedores preferidos**, visite www.healthnet.com/providersearch o llame al 1-800-522-0088.	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?	Sí. Se requiere autorización previa por escrito.	Este plan pagará algunos o todos los costos para ver a un especialista por servicios cubiertos, pero solo si tiene una derivación antes de ver al especialista.

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 Proveedor de Salud Network (afiliados de California)	Lo que usted pagará Proveedor de SIMNSA Network (afiliados de México y autoderivación para los afiliados de California)	Lo que usted pagará Proveedor fuera de la red	Limitaciones, excepciones y otra información importante
Si acude al consultorio o clínica del proveedor	Consulta con su médico de atención primaria para tratar una afección o lesión	Copago de $20/consulta.	Copago de $5/consulta.	Sin cobertura.	Ninguna.
	Consulta con un especialista	Copago de $40/consulta.	Copago de $5/consulta.	Sin cobertura.	Se requiere autorización previa.
	Atención preventiva/ evaluación/vacunas	Sin cargo para los servicios cubiertos.	Sin cargo para los servicios cubiertos.	Sin cobertura.	Es posible que tenga que pagar 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)	Copago de $10/consulta.	Sin cargo.	Sin cobertura.	Se requiere derivación.
	Diagnóstico por imágenes (tomografía computarizada/ tomografía por emisión de positrones, imágenes por resonancia magnética)	Copago de $100/procedimiento.	Sin cargo.	Sin cobertura.	Se requiere autorización previa.
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.healthnet.com**	Medicamentos genéricos (nivel 1)	Copago de $10/orden minorista. Copago de $20/compra por correo.	Copago de $5 para medicamentos dispensados a través de SIMNSA Network/ orden minorista. Sin cobertura/compra por correo.	Sin cobertura.	Suministro/orden: Hasta 30 días (minorista); 35-90 días (por correo), salvo si corresponden límites de cantidad. Se requiere autorización previa para algunos medicamentos y marcas con un equivalente genérico. Advanced Choice Pharmacy Network. Los medicamentos de mantenimiento pueden abastecerse a través de la compra por correo o de una farmacia minorista de CVS Pharmacy para un suministro de hasta 90 días.
	Medicamentos de marca preferidos (nivel 2)	Copago de $30/orden minorista. Copago de $75/compra por correo.			
	Medicamentos de marca no preferidos (nivel 3)	Copago de $55/orden minorista. Copago de $137.50/compra por correo.			

Circunstancia médica común	Servicios que podría necesitar	Lo que usted pagará Proveedor de Salud Network (afiliados de California)	Lo que usted pagará Proveedor de SIMNSA Network (afiliados de México y autoderivación para los afiliados de California)	Lo que usted pagará Proveedor fuera de la red	Limitaciones, excepciones y otra información importante
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.healthnet.com**	Medicamentos de especialidad	Coseguro del 30% hasta un máximo de $250 por receta médica.	Copago de $5 para medicamentos dispensados a través de SIMNSA Network/ orden minorista. Sin cobertura/compra por correo.	Sin cobertura.	Se requiere autorización previa para algunos medicamentos. Pueden corresponder límites de cantidad para algunos medicamentos. Suministro/orden: Hasta 30 días de suministro abastecido en farmacia de especialidad. Consulte la *Lista de Medicamentos Recomendados* para conocer medicamentos considerados de especialidad.
Si le hacen una cirugía ambulatoria	Tarifa del centro (p. ej., centro de cirugía ambulatoria)	Hospital: Coseguro del 20%. Centro de cirugía ambulatoria: Coseguro del 10%. Servicios que no sean cirugía: Coseguro del 20%.	Sin cargo.	Sin cobertura.	Se requiere autorización previa.
	Tarifas del médico/cirujano	Copago de $20/consulta.	Sin cargo.	Sin cobertura.	Ninguna.
Si necesita atención médica inmediata	Atención en la Sala de Emergencias	Atención médica y servicios de trastornos de salud mental y de consumo de sustancias: Copago de $150/consulta.	Atención médica y servicios de trastornos de salud mental y de consumo de sustancias: Copago de $10/consulta.	Cubierto al costo compartido de Salud Network solo para emergencias.	Sin copago en caso de internación.
	Transporte médico de emergencia	Atención médica y servicios de trastornos de salud mental y de consumo de sustancias: Copago de $150/transporte.	Atención médica y servicios de trastornos de salud mental y de consumo de sustancias: Sin cargo.		La ambulancia aérea no está cubierta a través de SIMNSA Network.
	Atención de urgencia	Atención médica y servicios de trastornos de salud mental y de consumo de sustancias: Copago de $20/consulta.	Atención médica: Copago de $10/consulta. Servicios de trastornos de salud mental y de consumo de sustancias: Copago de $5/consulta.		Ninguna.

Circunstancia médica común	Servicios que podría necesitar	Lo que usted pagará Proveedor de Salud Network (afiliados de California)	Lo que usted pagará Proveedor de SIMNSA Network (afiliados de México y autoderivación para los afiliados de California)	Lo que usted pagará Proveedor fuera de la red	Limitaciones, excepciones y otra información importante
Si necesita hospitalización	Tarifa del centro (p. ej., habitación del hospital)	Coseguro del 20%.	Sin cargo.	Sin cobertura.	Se requiere autorización previa.
	Tarifas del médico/cirujano	Sin cargo.	Sin cargo.	Sin cobertura.	Ninguna.
Si necesita servicios de salud mental, salud conductual o de abuso de sustancias	Servicios para pacientes ambulatorios	Visita al consultorio: Copago de $20/consulta (sesión de terapia individual). Copago de $10/consulta (sesión de terapia grupal). Visita que no sea al consultorio: Sin cargo.	Visita al consultorio: Copago de $5/consulta. Visita que no sea al consultorio: Sin cargo.	Sin cobertura.	Se requiere autorización previa, excepto para las visitas al consultorio.
	Servicios para pacientes hospitalizados	Coseguro del 20%.	Sin cargo.	Sin cobertura.	Se requiere autorización previa.
Si está embarazada	Visitas al consultorio	Prenatal/posparto: Copago de $20/consulta.	Sin cargo.	Sin cobertura.	No se aplica costo compartido a los servicios preventivos.
	Servicios profesionales para el nacimiento y el parto	Sin cargo.	Sin cargo.	Sin cobertura.	Ninguna.
	Servicios hospitalarios para el nacimiento y el parto	Coseguro del 20%.	Sin cargo.	Sin cobertura.	Ninguna.
Si necesita servicios de recuperación o tiene otras necesidades especiales de salud	Atención médica en el hogar	Copago de $20/consulta.	Sin cobertura.	Sin cobertura.	Limitado a 100 consultas por año calendario. Se requiere copago a partir del 31.º día calendario del plan de tratamiento. Se requiere autorización previa.
	Servicios de rehabilitación	Copago de $20/consulta.	Copago de $5/consulta.	Sin cobertura.	Se requiere autorización previa.
	Servicios de habilitación	Copago de $20/consulta.	Copago de $5/consulta.	Sin cobertura.	
	Atención de enfermería especializada	Días 1 al 10: Sin cargo. Días 11 a 100: Copago de $25/día.	Sin cargo.	Sin cobertura.	Limitado a 100 días combinados por año calendario. Se requiere autorización previa.
	Equipo médico duradero	Sin cargo.	Sin cargo.	Sin cobertura.	El calzado correctivo no está cubierto. Se requiere autorización previa.
	Servicios en un programa de cuidados paliativos	Sin cargo.	Sin cargo.	Sin cobertura.	La atención de cuidados paliativos o enfermos terminales está cubierta en México, pero solo cuando se prestan los servicios en un ámbito hospitalario de cuidados intensivos. Se requiere autorización previa.

Circunstancia médica común	Servicios que podría necesitar	Lo que usted pagará Proveedor de Salud Network (afiliados de California)	Lo que usted pagará Proveedor de SIMNSA Network (afiliados de México y autoderivación para los afiliados de California)	Lo que usted pagará Proveedor fuera de la red	Limitaciones, excepciones y otra información importante
Si su hijo necesita servicios dentales o de la vista	Examen de la vista para niños	Médico de atención primaria: Copago de $20/consulta. Especialista: Copago de $40/consulta.	Copago de $5/consulta.	Sin cobertura.	Ninguna.
	Anteojos para niños	Sin cobertura.	Sin cobertura.	Sin cobertura.	Ninguna.
	Control dental para niños	Sin cobertura.	Sin cobertura.	Sin cobertura.	Ninguna.

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).

- Cirugía cosmética.
- Servicios dentales (adultos).
- Audífonos.
- 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.

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

- El aborto o la interrupción del embarazo y los servicios relacionados están cubiertos en su totalidad. Para los servicios brindados en México, la interrupción del embarazo está cubierta en la medida en que lo permita la ley mexicana.
- Acupuntura: Copago de $10/consulta hasta 30 consultas por año calendario, combinadas con atención de quiropráctico. Administrada por American Specialty Health (ASH) a través de Salud Network.
- Cirugía bariátrica.
- Atención de quiropráctico: Copago de $10/consulta hasta 30 consultas por año calendario, combinadas con acupuntura. Administrada por American Specialty Health (ASH) a través de Salud Network.
- Tratamiento de la infertilidad: Los beneficios médicos se limitan a un máximo de por vida de $8,500; los medicamentos para la infertilidad se limitan a un máximo de por vida separado de $1,500 a través de Salud Network. Los servicios de SIMNSA Network se limitan únicamente al diagnóstico de la infertilidad.
- Atención de la vista de rutina (adultos).

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), www.dol.gov/ebsa/healthreform. Departamento de Salud y Servicios Humanos, Centro de Información al Consumidor y Supervisión de Seguros de Salud: 1-877-267-2323 (extensión 61565), www.cciio.cms.gov. 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 1-800-522-0088; envíe un formulario de queja formal a través de www.healthnet.com; o presente una queja por escrito a Health Net Appeals and Grievance Department, P.O. Box 10348, Van Nuys, CA 91410-0348. Si desea obtener información sobre la cobertura médica de grupo sujeta a la ley 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 formal contra Health Net, también puede comunicarse con el Departamento de Atención Médica Administrada de California al 1-888-466-2219, a la línea TDD (1-877-688-9891) para las personas con dificultades de audición y del habla o en www.dmhc.ca.gov. Además, un programa de asistencia al consumidor puede ayudarlo a presentar su apelación. Comuníquese con el Departamento de Atención Médica Administrada de California. Para hacerlo, use la información de contacto proporcionada anteriormente.

¿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 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 1-800-522-0088.
Tagalog (Tagalog): Kung kailangan ninyo ang tulong sa Tagalog tumawag sa 1-800-522-0088.
Chinese (中文): 如果需要中文的帮助，请拨打这个号码 1-800-522-0088.
Navajo (Dine): Dinek'ehgo shika at'ohwol ninisingo, kwiijigo holne' 1-800-522-0088.

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.

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

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 $0
- Copago del especialista $40
- Coseguro del hospital (establecimiento) 20%
- Otro copago $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	$0
Copagos	$400
Coseguro	$1,400
Lo que no está cubierto	
Límites o exclusiones	$60
El total que Peg pagaría es	**$1,860**

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 $0
- Copago del especialista $40
- Coseguro del hospital (establecimiento) 20%
- Otro copago $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	$0
Copagos	$800
Coseguro	$0
Lo que no está cubierto	
Límites o exclusiones	$20
El total que Joe pagaría es	**$820**

Fractura simple de Mia

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

- El deducible general del plan $0
- Copago del especialista $40
- Coseguro del hospital (establecimiento) 20%
- Otro copago $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	$0
Copagos	$8,800
Coseguro	$0
Lo que no está cubierto	
Límites o exclusiones	$0
El total que Mia pagaría es	**$8,800**

El plan sería responsable de los demás costos de los servicios cubiertos de este EJEMPLO.

Health Net complies with applicable State and Federal civil rights laws and does not discriminate, exclude people or treat them differently because of race, color, national origin, age, mental disability, physical disability, sex (including pregnancy, sexual orientation, and gender identity), religion, ancestry, ethnic group identification, medical condition, genetic information, marital status, or gender.

Health Net:

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

If you need these services, contact the Health Net 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)

Upon request, this document can be made available to you in braille, large print, audiocassette, or electronic form. To obtain a copy in one of these alternative formats, please call or write to:
Health Net
Post Office Box 9103, Van Nuys, California 91409-9103
Customer Contact Center 1-800-675-6110 (TTY: 711)
California Relay 711

If you believe that Health Net has failed to provide these services or discriminated in another way on the basis of race, color, national origin, age, or sex (including pregnancy, sexual orientation, and gender identity), mental disability, physical disability, religion, ancestry, ethnic group identification, medical condition, genetic information, marital status, or gender you can file a grievance with the 1557 Coordinator.

You can file a grievance in person or by mail, fax, or email. If you need help filing a grievance, our **1557 Coordinator** is available to help you.

- By phone: Call 855-577-8234 (TTY: 711)
- By fax: 1-866-388-1769
- In writing: Write a letter and send it to Health Net 1557 Coordinator, PO Box 31384, Tampa, FL 33631

Electronically: Send an email to SM_Section1557Coord@centene.com This notice is available at Health Net website: https://www.healthnet.com/en_us/disclaimers/legal/non-discrimination-notice.html
If your health problem is urgent, if you already filed a complaint with Health Net and are not satisfied with the decision or it has been more than 30 days since you filed a complaint with Health Net, 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.

You can also file a civil rights complaint with the U.S. Department of Health and Human Services, Office for Civil Rights, electronically through the Office for Civil Rights Complaint Portal, available at https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf, or by mail or phone at:

U.S. Department of Health and Human Services

200 Independence Avenue, SW

Room 509F, HHH Building

Washington, D.C. 20201

1-800-368-1019, 1-800-537-7697 (TDD)

Complaint forms are available at https://www.hhs.gov/ocr/complaints/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 bą́ą́h ílínígóó saad bee háká ada'iiyeed. Ata' halne'ígíí da ła' ná hádídóot'įįł. Naaltsoos da t'áá shí shizaad k'ehjí shichį' yídooltah nínízingo t'áá ná ákódoolníił. Ákót'éego shíká a'doowoł nínízingo Customer Contact Center hoolyéhíjį' hodíílnih ninaaltsoos nanitingo bee néého'dolzinígíí hodoonihjį' bikáá' éí doodago kojį' hólne' Individual & Family Plan (IFP) Off Exchange: 1-800-839-2172 (TTY: 711). California marketplace báhígíí kojį' hólne' IFP On Exchange 1-888- 926-4988 (TTY: 711) éí doodago Small Business báhígíí kojį' hólne' 1-888-926-5133 (TTY: 711). Group Plans through Health Net báhígíí éí kojį' 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। ਹੈਲਥ ਨੈੱਟ ਰਾਹੀਂ ਸਾਮੂਹਿਕ ਪਲੈਨਾਂ ਲਈ, 1-800-522-0088 (TTY: 711) 'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ।

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

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

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

Thai
ไม่มีค่าบริการด้านภาษา 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 c ầu được đọc cho nghe tài liệu bằng ngôn ngữ của quý vị. Để được giúp đỡ, vui lòng gọi Trung Tâm Liên Lạc Khách Hàng theo số điện thoại ghi trên thẻ ID của quý vị hoặc gọi Chương Trình Bảo Hiểm Cá Nhân & Gia Đình (IFP) Phi Tập Trung: 1-800-839-2172 (TTY: 711). Đối với thị trường California, vui lòng gọi IFP Tập Trung 1-888-926-4988 (TTY: 711) hoặc Doanh Nghiệp Nhỏ 1-888-926-5133 (TTY: 711). Đối với các Chương Trình Bảo Hiểm Nhóm qua Health Net, vui lòng gọi 1-800-522-0088 (TTY: 711).

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