

# Planes de Seguro EPO

## Individuales y Familiares

Disponibles a través de Covered California™

Si desea obtener cobertura, ¡visite [www.CoveredCA.com](http://www.CoveredCA.com) para solicitarla hoy mismo!



Health Net®

# Resumen de la Cobertura y Exclusiones y Limitaciones

Planes disponibles a través de Covered California en el Norte y Centro de California<sup>1</sup>

Cobertura de los principales gastos médicos de los Planes de Seguro de Salud Individuales y Familiares de Health Net Life Insurance Company.

## Lea su Póliza detenidamente

Este resumen de la cobertura brinda una breve descripción de las características importantes de su Póliza de Health Net EPO (Póliza). Este documento no es el contrato de seguro y sólo regirán las disposiciones vigentes de la Póliza. La Póliza misma establece, en detalle, tanto sus derechos y obligaciones como los de Health Net Life Insurance Company (Health Net Life). En consecuencia, ¡es importante que usted lea su Póliza detenidamente!

<sup>1</sup>Los planes de seguro EPO de Health Net Life Insurance Company utilizan la red de proveedores PureCare One. Los planes de seguro PureCare One EPO están disponibles a través de Covered California en los condados de Contra Costa, Marin, Merced, Napa, San Francisco, San Joaquin, San Mateo, Santa Cruz, Solano, Sonoma, Stanislaus y Tulare.

## Resumen del Plan – Health Net Platinum 90 EPO

Descripción del beneficio	Responsabilidad de la/s persona/s asegurada/s <sup>1</sup>
Máximo ilimitado de por vida.	
<b>Máximos del plan</b> Deducible por año calendario	Ninguno
Desembolso máximo <sup>2</sup> (Los pagos por servicios y suministros no cubiertos por este plan no se aplicarán a este desembolso máximo por año calendario.)	\$4,000 individual / \$8,000 familiar
<b>Servicios profesionales</b> Copago por visita al consultorio	\$15
Consulta con un especialista	\$40
Visita al consultorio con otro profesional (incluyendo los servicios de acupuntura médicamente necesarios)	\$15
Servicios de atención preventiva <sup>3</sup>	\$0
Rayos X y servicios de imágenes de diagnóstico	\$40
Pruebas de laboratorio	\$20
Servicios de imágenes (Tomografías [CT]/Tomografías por Emisión de Positrones [PET], Imágenes por Resonancia Magnética [MRI])	10%
Servicios de rehabilitación y habilitación	\$15
<b>Servicios para pacientes ambulatorios</b> Cirugía para pacientes ambulatorios (incluye el cargo del centro y los cargos del médico/cirujano)	10%
<b>Servicios hospitalarios</b> Hospitalización para pacientes internados (incluye maternidad)	10%
Atención de enfermería especializada	10%
<b>Servicios de emergencia</b> Servicios de la sala de emergencias (sin copago si es admitido)	\$150 por centro / 0% por médico
Atención de urgencia	\$15
Servicios de ambulancia (por tierra y aire)	\$150
<b>Servicios de Salud mental/del comportamiento / para Trastornos por abuso de sustancias</b> Servicios de Salud mental/del comportamiento / para Trastornos por abuso de sustancias (pacientes hospitalizados)	10%
Servicios de Salud mental/del comportamiento / para Trastornos por abuso de sustancias (pacientes ambulatorios)	Visita al consultorio: \$15 Otro servicio que no sea visita al consultorio: \$0
<b>Servicios de cuidado de la salud en el hogar</b> (100 visitas por año calendario)	10%
<b>Otros servicios</b> Equipo médico duradero	10%
Servicio del centro de cuidado de enfermos terminales	\$0
Medicamentos auto inyectables (que no sean la insulina)	10% hasta \$250/receta de 30 días
<b>Cobertura de medicamentos que requieren receta médica</b> Medicamentos que requieren receta médica (suministro para un período de hasta 30 días surtido a través de una farmacia participante) <sup>4</sup> Nivel I (la mayoría de los medicamentos genéricos y de marca preferidos de bajo costo)	\$5
Nivel II (medicamentos genéricos no preferidos y de marca preferidos)	\$15
Nivel III (sólo medicamentos de marca no preferidos)	\$25
Nivel IV (medicamentos Especializados)	10% hasta \$250/receta de 30 días
<b>Cobertura dental pediátrica</b> <sup>5,6</sup> Servicios preventivos y de diagnóstico	\$0
<b>Cobertura de la vista pediátrica</b> <sup>5,7</sup> Examen de la vista de rutina	\$0
Anteojos (se aplican limitaciones)	1 par por año

**Éste es un resumen de beneficios. No incluye todos los servicios, las limitaciones ni las exclusiones. Si desea conocer los términos y condiciones de la cobertura, consulte la Póliza.**

<sup>1</sup>En conformidad con la Ley de Cuidado de Salud Asequible, los Nativos Americanos y los Indígenas de Alaska, en la medida en que el Intercambio determine que son elegibles e independientemente del ingreso, no tienen obligación de costos compartidos conforme a esta Póliza por los artículos o servicios que son Beneficios de Salud Esenciales, siempre que dichos artículos o servicios sean proporcionados por un proveedor del Servicio de Salud Indígena (por sus siglas en inglés, IHS), una Tribu Indígena, una Organización Tribal o una Organización Indígena Urbana, o bien, a través de una remisión conforme a servicios de salud contratados, según lo definido por la ley federal. Costo compartido se refiere a los copagos, incluyendo el coseguro y los deducibles.

<sup>2</sup>Los copagos o el coseguro pagados por servicios dentro de la red no se aplicarán al desembolso máximo para proveedores fuera de la red, y el coseguro pagado por servicios fuera de la red no se aplicará al desembolso máximo para proveedores preferidos.

<sup>3</sup>Los servicios cubiertos se basan en las recomendaciones de grado A y B del Grupo Especial de Servicios Preventivos de los Estados Unidos (por sus siglas en inglés, USPSTF); las recomendaciones del Comité Asesor sobre Prácticas de Vacunación (por sus siglas en inglés, ACIP) que fueron adoptadas por el Director de los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (por sus siglas en inglés, CDC); la atención preventiva y los exámenes de detección para la mujer que se establecen en las pautas integrales respaldadas por la Administración de Recursos y Servicios de Salud (por sus siglas en inglés, HRSA); y las pautas integrales respaldadas por la HRSA para bebés, niños y adolescentes. Para obtener más información sobre los servicios preventivos recomendados generalmente, visite [www.healthcare.gov](http://www.healthcare.gov). El costo compartido aplicable para atención preventiva se aplicará a estos servicios.

<sup>4</sup>La Lista de Medicamentos Esenciales con Receta es una lista de medicamentos que requieren receta médica cubiertos por este plan. Algunos medicamentos requieren la autorización previa de Health Net. Si desea obtener una copia de la Lista de Medicamentos Esenciales con Receta, visite el sitio Web de Health Net. Consulte la Póliza para obtener información completa sobre los medicamentos que requieren receta médica. Los planes cubrirán la mayoría de los anticonceptivos femeninos que requieren receta médica a un costo compartido de \$0. Es posible que la cobertura de algunos medicamentos no siga el sistema de niveles de medicamentos genéricos y de marca. Consulte su Póliza y la Lista de Medicamentos Esenciales con Receta de Health Net para obtener información sobre la cobertura, los costos compartidos y los niveles. La Póliza es un documento legal y vinculante. Si la información que aparece en este folleto difiere de la información que aparece en la Póliza, regirá la Póliza. Los medicamentos que requieren receta médica surtidos a través de la compra por correo (suministro para un período de hasta 90 días) requieren un nivel de copago doble. Para obtener detalles con respecto a un medicamento específico, visite [www.healthnet.com](http://www.healthnet.com).

<sup>5</sup>Todos los planes incluyen cobertura dental y de la vista pediátrica.

<sup>6</sup>Los beneficios dentales pediátricos están asegurados por Health Net Life Insurance Company y son administrados por Dental Benefit Providers, Inc., nombre comercial o DBA: Dental Benefit Administrative Services (Entidades de DBP). Las Entidades de DBP no están afiliadas a Health Net. Consulte la póliza para obtener detalles sobre los beneficios dentales pediátricos.

<sup>7</sup>Los beneficios de servicios de la vista pediátricos están asegurados por Health Net Life Insurance Company. Health Net tiene contrato con EyeMed Vision Care, LLC, un panel de proveedores de servicios de la vista, para administrar los beneficios de servicios de la vista pediátricos.

## Resumen del Plan – Health Net Gold 80 EPO

Descripción del beneficio	Responsabilidad de la/s persona/s asegurada/s <sup>1</sup>
Máximo ilimitado de por vida.	
<b>Máximos del plan</b> Deducible por año calendario	Ninguno
Desembolso máximo <sup>2</sup> (Los pagos por servicios y suministros no cubiertos por este plan no se aplicarán a este desembolso máximo por año calendario.)	\$6,750 individual / \$13,500 familiar
<b>Servicios profesionales</b>	
Copago por visita al consultorio	\$30
Consulta con un especialista	\$55
Visita al consultorio con otro profesional (incluyendo los servicios de acupuntura médicamente necesarios)	\$30
Servicios de atención preventiva <sup>3</sup>	\$0
Rayos X y servicios de imágenes de diagnóstico	\$55
Pruebas de laboratorio	\$35
Servicios de imágenes (Tomografías [CT]/Tomografías por Emisión de Positrones [PET], Imágenes por Resonancia Magnética [MRI])	20%
Servicios de rehabilitación y habilitación	\$30
<b>Servicios para pacientes ambulatorios</b>	
Cirugía para pacientes ambulatorios (incluye el cargo del centro y los cargos del médico/cirujano)	20%
<b>Servicios hospitalarios</b>	
Hospitalización para pacientes internados (incluye maternidad)	20%
Atención de enfermería especializada	20%
<b>Servicios de emergencia</b>	
Servicios de la sala de emergencias (sin copago si es admitido)	\$325 por centro / \$0 por médico
Atención de urgencia	\$30
Servicios de ambulancia (por tierra y aire)	\$250
<b>Servicios de Salud mental/del comportamiento / para Trastornos por abuso de sustancias</b>	
Servicios de Salud mental/del comportamiento / para Trastornos por abuso de sustancias (pacientes hospitalizados)	20%
Servicios de Salud mental/del comportamiento / para Trastornos por abuso de sustancias (pacientes ambulatorios)	Visita al consultorio: \$0 Otro servicio que no sea visita al consultorio: \$0
<b>Servicios de cuidado de la salud en el hogar</b> (100 visitas por año calendario)	20%
<b>Otros servicios</b>	
Equipo médico duradero	20%
Servicio del centro de cuidado de enfermos terminales	\$0
Medicamentos auto inyectables (que no sean la insulina)	20% hasta \$250/receta de 30 días
<b>Cobertura de medicamentos que requieren receta médica</b>	
Medicamentos que requieren receta médica (suministro para un período de hasta 30 días surtido a través de una farmacia participante) <sup>4</sup>	
Nivel I (la mayoría de los medicamentos genéricos y de marca preferidos de bajo costo)	\$15
Nivel II (medicamentos genéricos no preferidos y de marca preferidos)	\$55
Nivel III (sólo medicamentos de marca no preferidos)	\$75
Nivel IV (medicamentos Especializados)	20% hasta \$250/receta de 30 días
<b>Cobertura dental pediátrica</b> <sup>5,6</sup>	
Servicios preventivos y de diagnóstico	\$0
<b>Cobertura de la vista pediátrica</b> <sup>5,7</sup>	
Examen de la vista de rutina	\$0
Anteojos (se aplican limitaciones)	1 par por año

**Éste es un resumen de beneficios. No incluye todos los servicios, las limitaciones ni las exclusiones. Si desea conocer los términos y condiciones de la cobertura, consulte la Póliza.**

<sup>1</sup>En conformidad con la Ley de Cuidado de Salud Asequible, los Nativos Americanos y los Indígenas de Alaska, en la medida en que el Intercambio determine que son elegibles e independientemente del ingreso, no tienen obligación de costos compartidos conforme a esta Póliza por los artículos o servicios que son Beneficios de Salud Esenciales, siempre que dichos artículos o servicios sean proporcionados por un proveedor del Servicio de Salud Indígena (por sus siglas en inglés, IHS), una Tribu Indígena, una Organización Tribal o una Organización Indígena Urbana, o bien, a través de una remisión conforme a servicios de salud contratados, según lo definido por la ley federal. Costo compartido se refiere a los copagos, incluyendo el coseguro y los deducibles.

<sup>2</sup>Los copagos o el coseguro pagados por servicios dentro de la red no se aplicarán al desembolso máximo para proveedores fuera de la red, y el coseguro pagado por servicios fuera de la red no se aplicará al desembolso máximo para proveedores preferidos.

<sup>3</sup>Los servicios cubiertos se basan en las recomendaciones de grado A y B del Grupo Especial de Servicios Preventivos de los Estados Unidos (por sus siglas en inglés, USPSTF); las recomendaciones del Comité Asesor sobre Prácticas de Vacunación (por sus siglas en inglés, ACIP) que fueron adoptadas por el Director de los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (por sus siglas en inglés, CDC); la atención preventiva y los exámenes de detección para la mujer que se establecen en las pautas integrales respaldadas por la Administración de Recursos y Servicios de Salud (por sus siglas en inglés, HRSA); y las pautas integrales respaldadas por la HRSA para bebés, niños y adolescentes. Para obtener más información sobre los servicios preventivos recomendados generalmente, visite [www.healthcare.gov](http://www.healthcare.gov). El costo compartido aplicable para atención preventiva se aplicará a estos servicios.

<sup>4</sup>La Lista de Medicamentos Esenciales con Receta es una lista de medicamentos que requieren receta médica cubiertos por este plan. Algunos medicamentos requieren la autorización previa de Health Net. Si desea obtener una copia de la Lista de Medicamentos Esenciales con Receta, visite el sitio Web de Health Net. Consulte la Póliza para obtener información completa sobre los medicamentos que requieren receta médica. Los planes cubrirán la mayoría de los anticonceptivos femeninos que requieren receta médica a un costo compartido de \$0. Es posible que la cobertura de algunos medicamentos no siga el sistema de niveles de medicamentos genéricos y de marca. Consulte su Póliza y la Lista de Medicamentos Esenciales con Receta de Health Net para obtener información sobre la cobertura, los costos compartidos y los niveles. La Póliza es un documento legal y vinculante. Si la información que aparece en este folleto difiere de la información que aparece en la Póliza, regirá la Póliza. Los medicamentos que requieren receta médica surtidos a través de la compra por correo (suministro para un período de hasta 90 días) requieren un nivel de copago doble. Para obtener detalles con respecto a un medicamento específico, visite [www.healthnet.com](http://www.healthnet.com).

<sup>5</sup>Todos los planes incluyen cobertura dental y de la vista pediátrica.

<sup>6</sup>Los beneficios dentales pediátricos están asegurados por Health Net Life Insurance Company y son administrados por Dental Benefit Providers, Inc., nombre comercial o DBA: Dental Benefit Administrative Services (Entidades de DBP). Las Entidades de DBP no están afiliadas a Health Net. Consulte la póliza para obtener detalles sobre los beneficios dentales pediátricos.

<sup>7</sup>Los beneficios de servicios de la vista pediátricos están asegurados por Health Net Life Insurance Company. Health Net tiene contrato con EyeMed Vision Care, LLC, un panel de proveedores de servicios de la vista, para administrar los beneficios de servicios de la vista pediátricos.

## Resumen del Plan – Health Net Silver 70 EPO

Descripción del beneficio	Responsabilidad de la/s persona/s asegurada/s <sup>1</sup>
Máximo ilimitado de por vida. Los beneficios están sujetos a un deducible a menos que se indique lo contrario.	
<b>Máximos del plan</b> Deducible por año calendario	\$2,500 individual / \$5,000 familiar
Desembolso máximo <sup>2</sup> (Incluye el deducible por año calendario. Los pagos por servicios y suministros no cubiertos por este plan no se aplicarán a este desembolso máximo por año calendario.)	\$6,800 individual / \$13,600 familiar
<b>Servicios profesionales</b> Copago por visita al consultorio	\$35 (sin deducible)
Consulta con un especialista	\$70 (sin deducible)
Visita al consultorio con otro profesional (incluyendo los servicios de acupuntura médicamente necesarios)	\$35 (sin deducible)
Servicios de atención preventiva <sup>3</sup>	\$0 (sin deducible)
Rayos X y servicios de imágenes de diagnóstico	\$70 (sin deducible)
Pruebas de laboratorio	\$35 (sin deducible)
Servicios de imágenes (Tomografías [CT]/Tomografías por Emisión de Positrones [PET], Imágenes por Resonancia Magnética [MRI])	\$300 (sin deducible)
Servicios de rehabilitación y habilitación	\$35 (sin deducible)
<b>Servicios para pacientes ambulatorios</b> Cirugía para pacientes ambulatorios (incluye el cargo del centro y los cargos del médico/cirujano)	20% (sin deducible)
<b>Servicios hospitalarios</b> Hospitalización para pacientes internados (incluye maternidad)	20%
Atención de enfermería especializada	20%
<b>Servicios de emergencia</b> Servicios de la sala de emergencias (sin copago si es admitido)	\$350 por centro (sin deducible) \$0 por médico (sin deducible)
Atención de urgencia	\$35 (sin deducible)
Servicios de ambulancia (por tierra y aire)	\$250
<b>Servicios de Salud mental/del comportamiento / para Trastornos por abuso de sustancias</b> Servicios de Salud mental/del comportamiento / para Trastornos por abuso de sustancias (pacientes hospitalizados)	20%
Visita al consultorio de Salud mental/del comportamiento / para Trastornos por abuso de sustancias (pacientes ambulatorios)	Visita al consultorio: \$0 (sin deducible) Otro servicio que no sea visita al consultorio: \$0 (sin deducible)
<b>Servicios de cuidado de la salud en el hogar</b> (100 visitas por año calendario)	\$45 (sin deducible)
<b>Otros servicios</b> Equipo médico duradero	20% (sin deducible)
Servicio del centro de cuidado de enfermos terminales	0% (sin deducible)
Medicamentos auto inyectables (que no sean la insulina)	20% hasta \$250/receta de 30 días (después del deducible por receta)
<b>Cobertura de medicamentos que requieren receta médica<sup>4</sup></b> (suministro para un período de hasta 30 días surtido a través de una farmacia participante) Deducible por medicamentos que requieren receta médica por año calendario	\$250 individual / \$500 familiar
Nivel I (la mayoría de los medicamentos genéricos y de marca preferidos de bajo costo)	\$15 (sin deducible por receta)
Nivel II (medicamentos genéricos no preferidos y de marca preferidos)	\$55 (se aplica el deducible por receta)
Nivel III (sólo medicamentos de marca no preferidos)	\$80 (se aplica el deducible por receta)
Nivel IV (medicamentos Especializados)	20% hasta \$250/receta de 30 días (después del deducible por receta)
<b>Cobertura dental pediátrica<sup>5,6</sup></b> Servicios preventivos y de diagnóstico	\$0 (sin deducible)
<b>Cobertura de la vista pediátrica<sup>5,7</sup></b> Examen de la vista de rutina	\$0 (sin deducible)
Anteojos (se aplican limitaciones)	1 par por año (sin deducible)

**Éste es un resumen de beneficios. No incluye todos los servicios, las limitaciones ni las exclusiones. Si desea conocer los términos y condiciones de la cobertura, consulte la Póliza.**

<sup>1</sup>En conformidad con la Ley de Cuidado de Salud Asequible, los Nativos Americanos y los Indígenas de Alaska, en la medida en que el Intercambio determine que son elegibles e independientemente del ingreso, no tienen obligación de costos compartidos conforme a esta Póliza por los artículos o servicios que son Beneficios de Salud Esenciales, siempre que dichos artículos o servicios sean proporcionados por un proveedor del Servicio de Salud Indígena (por sus siglas en inglés, IHS), una Tribu Indígena, una Organización Tribal o una Organización Indígena Urbana, o bien, a través de una remisión conforme a servicios de salud contratados, según lo definido por la ley federal. Costo compartido se refiere a los copagos, incluyendo el coseguro y los deducibles.

<sup>2</sup>Los copagos o el coseguro pagados por servicios dentro de la red no se aplicarán al desembolso máximo para proveedores fuera de la red, y el coseguro pagado por servicios fuera de la red no se aplicará al desembolso máximo para proveedores preferidos.

<sup>3</sup>Los servicios cubiertos se basan en las recomendaciones de grado A y B del Grupo Especial de Servicios Preventivos de los Estados Unidos (por sus siglas en inglés, USPSTF); las recomendaciones del Comité Asesor sobre Prácticas de Vacunación (por sus siglas en inglés, ACIP) que fueron adoptadas por el Director de los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (por sus siglas en inglés, CDC); la atención preventiva y los exámenes de detección para la mujer que se establecen en las pautas integrales respaldadas por la Administración de Recursos y Servicios de Salud (por sus siglas en inglés, HRSA); y las pautas integrales respaldadas por la HRSA para bebés, niños y adolescentes. Para obtener más información sobre los servicios preventivos recomendados generalmente, visite [www.healthcare.gov](http://www.healthcare.gov). El costo compartido aplicable para atención preventiva se aplicará a estos servicios.

<sup>4</sup>La Lista de Medicamentos Esenciales con Receta es una lista de medicamentos que requieren receta médica cubiertos por este plan. Algunos medicamentos requieren la autorización previa de Health Net. Si desea obtener una copia de la Lista de Medicamentos Esenciales con Receta, visite el sitio Web de Health Net. Consulte la Póliza para obtener información completa sobre los medicamentos que requieren receta médica. Los planes cubrirán la mayoría de los anticonceptivos femeninos que requieren receta médica a un costo compartido de \$0. Es posible que la cobertura de algunos medicamentos no siga el sistema de niveles de medicamentos genéricos y de marca. Consulte su Póliza y la Lista de Medicamentos Esenciales con Receta de Health Net para obtener información sobre la cobertura, los costos compartidos y los niveles. La Póliza es un documento legal y vinculante. Si la información que aparece en este folleto difiere de la información que aparece en la Póliza, regirá la Póliza. Los medicamentos que requieren receta médica surtidos a través de la compra por correo (suministro para un período de hasta 90 días) requieren un nivel de copago doble. Para obtener detalles con respecto a un medicamento específico, visite [www.healthnet.com](http://www.healthnet.com).

<sup>5</sup>Todos los planes incluyen cobertura dental y de la vista pediátrica.

<sup>6</sup>Los beneficios dentales pediátricos están asegurados por Health Net Life Insurance Company y son administrados por Dental Benefit Providers, Inc., nombre comercial o DBA: Dental Benefit Administrative Services (Entidades de DBP). Las Entidades de DBP no están afiliadas a Health Net. Consulte la póliza para obtener detalles sobre los beneficios dentales pediátricos.

<sup>7</sup>Los beneficios de servicios de la vista pediátricos están asegurados por Health Net Life Insurance Company. Health Net tiene contrato con EyeMed Vision Care, LLC, un panel de proveedores de servicios de la vista, para administrar los beneficios de servicios de la vista pediátricos.

## Resumen del Plan – Health Net Bronze 60 EPO

Descripción del beneficio	Responsabilidad de la/s persona/s asegurada/s <sup>1</sup>
Máximo ilimitado de por vida. Los beneficios están sujetos a un deducible a menos que se indique lo contrario.	
<b>Máximos del plan</b> Deducible por año calendario	\$6,300 individual / \$12,600 familiar
Desembolso máximo <sup>2</sup> (Incluye el deducible por año calendario. Los pagos por servicios y suministros no cubiertos por este plan no se aplicarán a este desembolso máximo por año calendario.)	\$6,800 individual / \$13,600 familiar
<b>Servicios profesionales</b> Copago por visita al consultorio	Consultas 1 a 3: \$75 (sin deducible) Consulta 4 en adelante: \$75 (se aplica el deducible) <sup>3</sup>
Consulta con un especialista	Consultas 1 a 3: \$105 (sin deducible) Consulta 4 en adelante: \$105 (se aplica el deducible) <sup>3</sup>
Visita al consultorio con otro profesional (incluyendo los servicios de acupuntura médicamente necesarios)	Consultas 1 a 3: \$75 (sin deducible) Consulta 4 en adelante: \$75 (se aplica el deducible) <sup>3</sup>
Servicios de atención preventiva <sup>4</sup>	\$0 (sin deducible)
Rayos X y servicios de imágenes de diagnóstico <sup>5</sup>	100%
Pruebas de laboratorio	\$40 (sin deducible)
Servicios de imágenes (Tomografías [CT]/Tomografías por Emisión de Positrones [PET], Imágenes por Resonancia Magnética [MRI]) <sup>5</sup>	100%
Servicios de rehabilitación y habilitación	\$75 (sin deducible)
<b>Servicios para pacientes ambulatorios</b> Cirugía para pacientes ambulatorios (incluye el cargo del centro y los cargos del médico/cirujano) <sup>5</sup>	100%
<b>Servicios hospitalarios</b> Hospitalización para pacientes internados (incluye maternidad) <sup>5</sup>	100%
Atención de enfermería especializada <sup>5</sup>	100%
<b>Servicios de emergencia</b> Servicios de la sala de emergencias (sin copago si es admitido)	100% por centro / \$0 por médico (sin deducible)
Atención de urgencia	Consultas 1 a 3: \$75 (sin deducible) Consulta 4 en adelante: \$75 (se aplica el deducible) <sup>3</sup>
Servicios de ambulancia (por tierra y aire) <sup>5</sup>	100%
<b>Servicios de Salud mental/del comportamiento / para Trastornos por abuso de sustancias</b> Servicios de Salud mental/del comportamiento / para Trastornos por abuso de sustancias (pacientes hospitalizados) <sup>5</sup>	100%
Servicios de Salud mental/del comportamiento / para Trastornos por abuso de sustancias (pacientes ambulatorios)	Visita al consultorio: \$0 (sin deducible) Otro servicio que no sea visita al consultorio: \$0 (sin deducible)
<b>Servicios de cuidado de la salud en el hogar</b> <sup>5</sup> (100 visitas por año calendario)	100%
<b>Otros servicios</b> Equipo médico duradero <sup>5</sup>	100%
Servicio del centro de cuidado de enfermos terminales	\$0 (sin deducible)
Medicamentos auto inyectables (que no sean la insulina) <sup>6,7</sup>	100% hasta \$500/receta de 30 días (después del deducible por receta)
<b>Cobertura de medicamentos que requieren receta médica</b> Deducible por medicamentos de marca por año calendario Medicamentos que requieren receta médica (suministro para un período de hasta 30 días surtido a través de una farmacia participante) <sup>7</sup>	\$500 individual / \$1,000 familiar
Nivel I (la mayoría de los medicamentos genéricos y de marca preferidos de bajo costo) <sup>6</sup>	100% hasta \$500/receta de 30 días (después del deducible por receta)
Nivel II (medicamentos genéricos no preferidos y de marca preferidos) <sup>6</sup>	100% hasta \$500/receta de 30 días (después del deducible por receta)
Nivel III (sólo medicamentos de marca no preferidos) <sup>6</sup>	100% hasta \$500/receta de 30 días (después del deducible por receta)
Nivel IV (medicamentos Especializados) <sup>6</sup>	100% hasta \$500/receta de 30 días (después del deducible por receta)
<b>Cobertura dental pediátrica</b> <sup>8,9</sup> Servicios preventivos y de diagnóstico	\$0 (sin deducible)
<b>Cobertura de la vista pediátrica</b> <sup>8,10</sup> Examen de la vista de rutina	\$0 (sin deducible)
Anteojos (se aplican limitaciones)	1 par por año (sin deducible)

**Éste es un resumen de beneficios. No incluye todos los servicios, las limitaciones ni las exclusiones. Si desea conocer los términos y condiciones de la cobertura, consulte la Póliza.**

<sup>1</sup>En conformidad con la Ley de Cuidado de Salud Asequible, los Nativos Americanos y los Indígenas de Alaska, en la medida en que el Intercambio determine que son elegibles e independientemente del ingreso, no tienen obligación de costos compartidos conforme a esta Póliza por los artículos o servicios que son Beneficios de Salud Esenciales, siempre que dichos artículos o servicios sean proporcionados por un proveedor del Servicio de Salud Indígena (por sus siglas en inglés, IHS), una Tribu Indígena, una Organización Tribal o una Organización Indígena Urbana, o bien, a través de una remisión conforme a servicios de salud contratados, según lo definido por la ley federal. Costo compartido se refiere a los copagos, incluyendo el coseguro y los deducibles.

<sup>2</sup>Los copagos o el coseguro pagados por servicios dentro de la red no se aplicarán al desembolso máximo para proveedores fuera de la red, y el coseguro pagado por servicios fuera de la red no se aplicará al desembolso máximo para proveedores preferidos.

<sup>3</sup>Consultas 1 a 3 (combinadas entre visitas al consultorio, visita al consultorio de un especialista, consultas de atención de urgencia, consultas prenatales y postnatales, consultas de acupuntura, consultas de salud mental/abuso de sustancias para pacientes ambulatorios): No se aplica el deducible por año calendario. Consulta 4 en adelante: Se aplica el deducible por año calendario.

<sup>4</sup>Los servicios cubiertos se basan en las recomendaciones de grado A y B del Grupo Especial de Servicios Preventivos de los Estados Unidos (por sus siglas en inglés, USPSTF); las recomendaciones del Comité Asesor sobre Prácticas de Vacunación (por sus siglas en inglés, ACIP) que fueron adoptadas por el Director de los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (por sus siglas en inglés, CDC); la atención preventiva y los exámenes de detección para la mujer que se establecen en las pautas integrales respaldadas por la Administración de Recursos y Servicios de Salud (por sus siglas en inglés, HRSA); y las pautas integrales respaldadas por la HRSA para bebés, niños y adolescentes. Para obtener más información sobre los servicios preventivos recomendados generalmente, visite [www.healthcare.gov](http://www.healthcare.gov). El costo compartido aplicable para atención preventiva se aplicará a estos servicios.

<sup>5</sup>Después de que se haya alcanzado el deducible médico, el afiliado es responsable del 100% de los cargos elegibles hasta que se cumpla su límite de desembolso máximo.

<sup>6</sup>Después de que se haya alcanzado el deducible de farmacia, el afiliado será responsable del 100% del costo de todos los medicamentos del Nivel 1, 2, 3 y 4 hasta un pago máximo de \$500 por cada receta de un suministro para un período de hasta 30 días, hasta que se cumpla el límite de desembolso máximo.

<sup>7</sup>La Lista de Medicamentos Esenciales con Receta es una lista de medicamentos que requieren receta médica cubiertos por este plan. Algunos medicamentos requieren la autorización previa de Health Net. Si desea obtener una copia de la Lista de Medicamentos Esenciales con Receta, visite el sitio Web de Health Net. Consulte la Póliza para obtener información completa sobre los medicamentos que requieren receta médica. Los planes cubrirán la mayoría de los anticonceptivos femeninos que requieren receta médica a un costo compartido de \$0. Es posible que la cobertura de algunos medicamentos no siga el sistema de niveles de medicamentos genéricos y de marca. Consulte su Póliza y la Lista de Medicamentos Esenciales con Receta de Health Net para obtener información sobre la cobertura, los costos compartidos y los niveles. La Póliza es un documento legal y vinculante. Si la información que aparece en este folleto difiere de la información que aparece en la Póliza, regístrate en la Póliza. Los medicamentos que requieren receta médica surtidos a través de la compra por correo (suministro para un período de hasta 90 días) requieren un nivel de copago doble. Para obtener detalles con respecto a un medicamento específico, visite [www.healthnet.com](http://www.healthnet.com).

<sup>8</sup>Todos los planes incluyen cobertura dental y de la vista pediátrica.

<sup>9</sup>Los beneficios dentales pediátricos están asegurados por Health Net Life Insurance Company y son administrados por Dental Benefit Providers, Inc., nombre comercial o DBA: Dental Benefit Administrative Services (Entidades de DBP). Las Entidades de DBP no están afiliadas a Health Net. Consulte la póliza para obtener detalles sobre los beneficios dentales pediátricos.

<sup>10</sup>Los beneficios de servicios de la vista pediátricos están asegurados por Health Net Life Insurance Company. Health Net tiene contrato con EyeMed Vision Care, LLC, un panel de proveedores de servicios de la vista, para administrar los beneficios de servicios de la vista pediátricos.

## Resumen del Plan – Health Net Minimum Coverage EPO

Descripción del beneficio	Responsabilidad de la/s persona/s asegurada/s <sup>1</sup>
Máximo ilimitado de por vida. Los beneficios están sujetos a un deducible a menos que se indique lo contrario.	
<b>Máximos del plan</b>	
Deducible por año calendario	\$7,150 individual / \$14,300 familiar
Desembolso máximo <sup>2</sup> (Incluye el deducible por año calendario. Los pagos por servicios y suministros no cubiertos por este plan no se aplicarán a este desembolso máximo por año calendario.)	\$7,150 individual / \$14,300 familiar
<b>Servicios profesionales</b>	
Copago por visita al consultorio	Consultas 1 a 3: 0% (sin deducible) Consulta 4 en adelante: 0% (se aplica el deducible) <sup>3</sup>
Consulta con un especialista	0%
Visita al consultorio con otro profesional (incluyendo los servicios de acupuntura médicamente necesarios)	Consultas 1 a 3: 0% (sin deducible) Consulta 4 en adelante: 0% (se aplica el deducible) <sup>3</sup>
Servicios de atención preventiva <sup>4</sup>	\$0 (sin deducible)
Rayos X y servicios de imágenes de diagnóstico	0%
Pruebas de laboratorio	0%
Servicios de imágenes (Tomografías [CT]/Tomografías por Emisión de Positrones [PET], Imágenes por Resonancia Magnética [MRI])	0%
Servicios de rehabilitación y habilitación	0%
<b>Servicios para pacientes ambulatorios</b>	
Cirugía para pacientes ambulatorios (incluye el cargo del centro y los cargos del médico/cirujano)	0%
<b>Servicios hospitalarios</b>	
Hospitalización para pacientes internados (incluye maternidad)	0%
Atención de enfermería especializada	0%
<b>Servicios de emergencia</b>	
Servicios de la sala de emergencias (sin copago si es admitido)	0% por centro / \$0 (sin deducible) por médico
Atención de urgencia	Consultas 1 a 3: 0% (sin deducible) Consulta 4 en adelante: 0% (se aplica el deducible) <sup>3</sup>
Servicios de ambulancia (por tierra y aire)	0%
<b>Servicios de Salud mental/del comportamiento / para Trastornos por abuso de sustancias</b>	
Servicios de Salud mental/del comportamiento / para Trastornos por abuso de sustancias (pacientes hospitalizados)	0%
Servicios de Salud mental/del comportamiento / para Trastornos por abuso de sustancias (pacientes ambulatorios)	Consultas 1 a 3: 0% (sin deducible) Consulta 4 en adelante: 0% (se aplica el deducible) <sup>3</sup>
<b>Servicios de cuidado de la salud en el hogar</b> (100 visitas por año calendario)	0%
<b>Otros servicios</b>	
Equipo médico duradero	0%
Servicio del centro de cuidado de enfermos terminales	0%
Medicamentos auto inyectables (que no sean la insulina)	0%
<b>Cobertura de medicamentos que requieren receta médica</b>	
Deducible por medicamentos de marca por año calendario	Integrados con el deducible médico
Medicamentos que requieren receta médica (suministro para un período de hasta 30 días surtido a través de una farmacia participante) <sup>5</sup>	
Nivel I (la mayoría de los medicamentos genéricos y de marca preferidos de bajo costo)	0%
Nivel II (medicamentos genéricos no preferidos y de marca preferidos)	0%
Nivel III (sólo medicamentos de marca no preferidos)	0%
Nivel IV (medicamentos Especializados)	0%
<b>Cobertura dental pediátrica</b> <sup>6,7</sup>	
Servicios preventivos y de diagnóstico	\$0 (sin deducible)
<b>Cobertura de la vista pediátrica</b> <sup>6,8</sup>	
Examen de la vista de rutina	\$0 (sin deducible)
Anteojos (se aplican limitaciones)	1 par por año

**Éste es un resumen de beneficios. No incluye todos los servicios, las limitaciones ni las exclusiones. Si desea conocer los términos y condiciones de la cobertura, consulte la Póliza.**

Los planes de cobertura mínima están disponibles para las personas que tienen menos de 30 años. Usted también puede ser elegible para este plan si tiene 30 años o más y está exento del requisito federal de mantener una cobertura esencial mínima. Una vez que se inscribe, debe volver a solicitar al Mercado una exención por dificultades económicas y volver a enviar a Health Net el aviso en el que se indique el número de su certificado de exención del Mercado todos los años —a más tardar el 1 de enero— para permanecer en este plan.

<sup>1</sup>En conformidad con la Ley de Cuidado de Salud Asequible, los Nativos Americanos y los Indígenas de Alaska, en la medida en que el Intercambio determine que son elegibles e independientemente del ingreso, no tienen obligación de costos compartidos conforme a esta Póliza por los artículos o servicios que son Beneficios de Salud Esenciales, siempre que dichos artículos o servicios sean proporcionados por un proveedor del Servicio de Salud Indígena (por sus siglas en inglés, IHS), una Tribu Indígena, una Organización Tribal o una Organización Indígena Urbana, o bien, a través de una remisión conforme a servicios de salud contratados, según lo definido por la ley federal. Costo compartido se refiere a los copagos, incluyendo el coseguro y los deducibles.

<sup>2</sup>Los copagos o el coseguro pagados por servicios dentro de la red no se aplicarán al desembolso máximo para proveedores fuera de la red, y el coseguro pagado por servicios fuera de la red no se aplicará al desembolso máximo para proveedores preferidos.

<sup>3</sup>Consultas 1 a 3 (combinadas entre visitas al consultorio, consultas de atención de urgencia, consultas prenatales y postnatales, consultas de acupuntura, consultas de salud mental/abuso de sustancias para pacientes ambulatorios): No se aplica el deducible por año calendario. Consulta 4 en adelante (sin límite): Se aplica el deducible por año calendario.

<sup>4</sup>Los servicios cubiertos se basan en las recomendaciones de grado A y B del Grupo Especial de Servicios Preventivos de los Estados Unidos (por sus siglas en inglés, USPSTF); las recomendaciones del Comité Asesor sobre Prácticas de Vacunación (por sus siglas en inglés, ACIP) que fueron adoptadas por el Director de los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (por sus siglas en inglés, CDC); la atención preventiva y los exámenes de detección para la mujer que se establecen en las pautas integrales respaldadas por la Administración de Recursos y Servicios de Salud (por sus siglas en inglés, HRSA); y las pautas integrales respaldadas por la HRSA para bebés, niños y adolescentes. Para obtener más información sobre los servicios preventivos recomendados generalmente, visite [www.healthcare.gov](http://www.healthcare.gov). El costo compartido aplicable para atención preventiva se aplicará a estos servicios.

<sup>5</sup>La Lista de Medicamentos Esenciales con Receta es una lista de medicamentos que requieren receta médica cubiertos por este plan. Algunos medicamentos requieren la autorización previa de Health Net. Si desea obtener una copia de la Lista de Medicamentos Esenciales con Receta, visite el sitio Web de Health Net. Consulte la Póliza para obtener información completa sobre los medicamentos que requieren receta médica. Los planes cubrirán la mayoría de los anticonceptivos femeninos que requieren receta médica a un costo compartido de \$0. Es posible que la cobertura de algunos medicamentos no siga el sistema de niveles de medicamentos genéricos y de marca. Consulte su Póliza y la Lista de Medicamentos Esenciales con Receta de Health Net para obtener información sobre la cobertura, los costos compartidos y los niveles. La Póliza es un documento legal y vinculante. Si la información que aparece en este folleto difiere de la información que aparece en la Póliza, regirá la Póliza. Los medicamentos que requieren receta médica surtidos a través de la compra por correo (suministro para un período de hasta 90 días) requieren un nivel de copago doble. Para obtener detalles con respecto a un medicamento específico, visite [www.healthnet.com](http://www.healthnet.com).

<sup>6</sup>Todos los planes incluyen cobertura dental y de la vista pediátrica.

<sup>7</sup>Los beneficios dentales pediátricos están asegurados por Health Net Life Insurance Company y son administrados por Dental Benefit Providers, Inc., nombre comercial o DBA: Dental Benefit Administrative Services (Entidades de DBP). Las Entidades de DBP no están afiliadas a Health Net. Consulte la póliza para obtener detalles sobre los beneficios dentales pediátricos.

<sup>8</sup>Los beneficios de servicios de la vista pediátricos están asegurados por Health Net Life Insurance Company. Health Net tiene contrato con EyeMed Vision Care, LLC, un panel de proveedores de servicios de la vista, para administrar los beneficios de servicios de la vista pediátricos.

## Resumen del Plan – Health Net Silver 94 EPO

Descripción del beneficio	Responsabilidad de la/s persona/s asegurada/s <sup>1</sup>
Máximo ilimitado de por vida. Los beneficios están sujetos a un deducible a menos que se indique lo contrario.	
<b>Máximos del plan</b>	
Deducible por año calendario	\$75 individual / \$150 familiar
Desembolso máximo <sup>2</sup> (Incluye el deducible por año calendario. Los pagos por servicios y suministros no cubiertos por este plan no se aplicarán a este desembolso máximo por año calendario.)	\$2,350 individual / \$4,700 familiar
<b>Servicios profesionales</b>	
Copago por visita al consultorio	\$5 (sin deducible)
Consulta con un especialista <sup>2</sup>	\$8 (sin deducible)
Visita al consultorio con otro profesional (incluyendo los servicios de acupuntura médicamente necesarios)	\$5 (sin deducible)
Servicios de atención preventiva <sup>3</sup>	\$0 (sin deducible)
Rayos X y servicios de imágenes de diagnóstico	\$8 (sin deducible)
Pruebas de laboratorio	\$8 (sin deducible)
Servicios de imágenes (Tomografías [CT]/Tomografías por Emisión de Positrones [PET], Imágenes por Resonancia Magnética [MRI])	\$50 (sin deducible)
Servicios de rehabilitación y habilitación	\$5 (sin deducible)
<b>Servicios para pacientes ambulatorios</b>	
Cirugía para pacientes ambulatorios (incluye el cargo del centro y los cargos del médico/cirujano)	10% (sin deducible)
<b>Servicios hospitalarios</b>	
Hospitalización para pacientes internados (incluye maternidad)	10%
Atención de enfermería especializada	10%
<b>Servicios de emergencia</b>	
Servicios de la sala de emergencias (sin copago si es admitido)	\$50 por centro (sin deducible) \$0 por médico (sin deducible)
Atención de urgencia	\$5 (sin deducible)
Servicios de ambulancia (por tierra y aire)	\$30
<b>Servicios de Salud mental/del comportamiento / para Trastornos por abuso de sustancias</b>	
Servicios de Salud mental/del comportamiento / para Trastornos por abuso de sustancias (pacientes hospitalizados)	10%
Servicios de Salud mental/del comportamiento / para Trastornos por abuso de sustancias (pacientes ambulatorios)	Visita al consultorio: \$5 (sin deducible) Otro servicio que no sea visita al consultorio: \$0 (sin deducible)
<b>Servicios de cuidado de la salud en el hogar</b> (100 visitas por año calendario)	\$3 (sin deducible)
<b>Otros servicios</b>	
Equipo médico duradero	10% (sin deducible)
Servicio del centro de cuidado de enfermos terminales	\$0 (sin deducible)
Medicamentos auto inyectables (que no sean la insulina)	10% hasta \$150/receta de 30 días (sin deducible)
<b>Cobertura de medicamentos que requieren receta médica<sup>4</sup></b> (suministro para un período de hasta 30 días surtido a través de una farmacia participante)	
Deducible por medicamentos que requieren receta médica por año calendario	Ninguno
Nivel I (la mayoría de los medicamentos genéricos y de marca preferidos de bajo costo)	\$3 (sin deducible)
Nivel II (medicamentos genéricos no preferidos y de marca preferidos)	\$10 (sin deducible)
Nivel III (sólo medicamentos de marca no preferidos)	\$15 (sin deducible)
Nivel IV (medicamentos Especializados)	10% hasta \$150/receta de 30 días (sin deducible)
<b>Cobertura dental pediátrica<sup>5,6</sup></b>	
Servicios preventivos y de diagnóstico	\$0 (sin deducible)
<b>Cobertura de la vista pediátrica<sup>5,7</sup></b>	
Examen de la vista de rutina	\$0 (sin deducible)
Anteojos (se aplican limitaciones)	1 par por año (sin deducible)

**Éste es un resumen de beneficios. No incluye todos los servicios, las limitaciones ni las exclusiones. Si desea conocer los términos y condiciones de la cobertura, consulte la Póliza.**

<sup>1</sup>En conformidad con la Ley de Cuidado de Salud Asequible, los Nativos Americanos y los Indígenas de Alaska, en la medida en que el Intercambio determine que son elegibles e independientemente del ingreso, no tienen obligación de costos compartidos conforme a esta Póliza por los artículos o servicios que son Beneficios de Salud Esenciales, siempre que dichos artículos o servicios sean proporcionados por un proveedor del Servicio de Salud Indígena (por sus siglas en inglés, IHS), una Tribu Indígena, una Organización Tribal o una Organización Indígena Urbana, o bien, a través de una remisión conforme a servicios de salud contratados, según lo definido por la ley federal. Costo compartido se refiere a los copagos, incluyendo el coseguro y los deducibles.

<sup>2</sup>Los copagos o el coseguro pagados por servicios dentro de la red no se aplicarán al desembolso máximo para proveedores fuera de la red, y el coseguro pagado por servicios fuera de la red no se aplicará al desembolso máximo para proveedores preferidos.

<sup>3</sup>Los servicios cubiertos se basan en las recomendaciones de grado A y B del Grupo Especial de Servicios Preventivos de los Estados Unidos (por sus siglas en inglés, USPSTF); las recomendaciones del Comité Asesor sobre Prácticas de Vacunación (por sus siglas en inglés, ACIP) que fueron adoptadas por el Director de los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (por sus siglas en inglés, CDC); la atención preventiva y los exámenes de detección para la mujer que se establecen en las pautas integrales respaldadas por la Administración de Recursos y Servicios de Salud (por sus siglas en inglés, HRSA); y las pautas integrales respaldadas por la HRSA para bebés, niños y adolescentes. Para obtener más información sobre los servicios preventivos recomendados generalmente, visite [www.healthcare.gov](http://www.healthcare.gov). El costo compartido aplicable para atención preventiva se aplicará a estos servicios.

<sup>4</sup>La Lista de Medicamentos Esenciales con Receta es una lista de medicamentos que requieren receta médica cubiertos por este plan. Algunos medicamentos requieren la autorización previa de Health Net. Si desea obtener una copia de la Lista de Medicamentos Esenciales con Receta, visite el sitio Web de Health Net. Consulte la Póliza para obtener información completa sobre los medicamentos que requieren receta médica. Los planes cubrirán la mayoría de los anticonceptivos femeninos que requieren receta médica a un costo compartido de \$0. Es posible que la cobertura de algunos medicamentos no siga el sistema de niveles de medicamentos genéricos y de marca. Consulte su Póliza y la Lista de Medicamentos Esenciales con Receta de Health Net para obtener información sobre la cobertura, los costos compartidos y los niveles. La Póliza es un documento legal y vinculante. Si la información que aparece en este folleto difiere de la información que aparece en la Póliza, regirá la Póliza. Los medicamentos que requieren receta médica surtidos a través de la compra por correo (suministro para un período de hasta 90 días) requieren un nivel de copago doble. Para obtener detalles con respecto a un medicamento específico, visite [www.healthnet.com](http://www.healthnet.com).

<sup>5</sup>Todos los planes incluyen cobertura dental y de la vista pediátrica.

<sup>6</sup>Los beneficios dentales pediátricos están asegurados por Health Net Life Insurance Company y son administrados por Dental Benefit Providers, Inc., nombre comercial o DBA: Dental Benefit Administrative Services (Entidades de DBP). Las Entidades de DBP no están afiliadas a Health Net. Consulte la póliza para obtener detalles sobre los beneficios dentales pediátricos.

<sup>7</sup>Los beneficios de servicios de la vista pediátricos están asegurados por Health Net Life Insurance Company. Health Net tiene contrato con EyeMed Vision Care, LLC, un panel de proveedores de servicios de la vista, para administrar los beneficios de servicios de la vista pediátricos.

## Resumen del Plan – Health Net Silver 87 EPO

Descripción del beneficio	Responsabilidad de la/s persona/s asegurada/s <sup>1</sup>
Máximo ilimitado de por vida. Los beneficios están sujetos a un deducible a menos que se indique lo contrario.	
<b>Máximos del plan</b>	
Deducible por año calendario	\$650 individual / \$1,300 familiar
Desembolso máximo <sup>2</sup> (Incluye el deducible por año calendario. Los pagos por servicios y suministros no cubiertos por este plan no se aplicarán a este desembolso máximo por año calendario.)	\$2,350 individual / \$4,700 familiar
<b>Servicios profesionales</b>	
Copago por visita al consultorio	\$10 (sin deducible)
Consulta con un especialista	\$25 (sin deducible)
Visita al consultorio con otro profesional (incluyendo los servicios de acupuntura médicamente necesarios)	\$10 (sin deducible)
Servicios de atención preventiva <sup>3</sup>	\$0 (sin deducible)
Rayos X y servicios de imágenes de diagnóstico	\$25 (sin deducible)
Pruebas de laboratorio	\$15 (sin deducible)
Servicios de imágenes (Tomografías [CT]/Tomografías por Emisión de Positrones [PET], Imágenes por Resonancia Magnética [MRI])	\$100 (sin deducible)
Servicios de rehabilitación y habilitación	\$10 (sin deducible)
<b>Servicios para pacientes ambulatorios</b>	
Cirugía para pacientes ambulatorios (incluye el cargo del centro y los cargos del médico/cirujano)	15% (sin deducible)
<b>Servicios hospitalarios</b>	
Hospitalización para pacientes internados (incluye maternidad)	15%
Atención de enfermería especializada	15%
<b>Servicios de emergencia</b>	
Servicios de la sala de emergencias (sin copago si es admitido)	\$100 por centro (sin deducible) \$0 por médico (sin deducible)
Atención de urgencia	\$10 (sin deducible)
Servicios de ambulancia (por tierra y aire)	\$75
<b>Servicios de Salud mental/del comportamiento / para Trastornos por abuso de sustancias</b>	
Servicios de Salud mental/del comportamiento / para Trastornos por abuso de sustancias (pacientes hospitalizados)	15%
Servicios de Salud mental/del comportamiento / para Trastornos por abuso de sustancias (pacientes ambulatorios)	Visita al consultorio: \$10 (sin deducible) Otro servicio que no sea visita al consultorio: \$0 (sin deducible)
<b>Servicios de cuidado de la salud en el hogar</b> (100 visitas por año calendario)	\$15 (sin deducible)
<b>Otros servicios</b>	
Equipo médico duradero	15% (sin deducible)
Servicio del centro de cuidado de enfermos terminales	\$0 (sin deducible)
Medicamentos auto inyectables (que no sean la insulina)	15% hasta \$150/receta de 30 días (después del deducible por receta)
<b>Cobertura de medicamentos que requieren receta médica<sup>4</sup></b> (suministro para un período de hasta 30 días surtido a través de una farmacia participante)	
Deducible por medicamentos que requieren receta médica por año calendario	\$50 individual / \$100 familiar
Nivel I (la mayoría de los medicamentos genéricos y de marca preferidos de bajo costo)	\$5 (sin deducible por receta)
Nivel II (medicamentos genéricos no preferidos y de marca preferidos)	\$20 (se aplica el deducible por receta)
Nivel III (sólo medicamentos de marca no preferidos)	\$35 (se aplica el deducible por receta)
Nivel IV (medicamentos Especializados)	15% hasta \$150/receta de 30 días (después del deducible por receta)
<b>Cobertura dental pediátrica<sup>5,6</sup></b>	
Servicios preventivos y de diagnóstico	\$0 (sin deducible)
<b>Cobertura de la vista pediátrica<sup>5,7</sup></b>	
Examen de la vista de rutina	\$0 (sin deducible)
Anteojos (se aplican limitaciones)	1 par por año (sin deducible)

**Éste es un resumen de beneficios. No incluye todos los servicios, las limitaciones ni las exclusiones. Si desea conocer los términos y condiciones de la cobertura, consulte la Póliza.**

<sup>1</sup>En conformidad con la Ley de Cuidado de Salud Asequible, los Nativos Americanos y los Indígenas de Alaska, en la medida en que el Intercambio determine que son elegibles e independientemente del ingreso, no tienen obligación de costos compartidos conforme a esta Póliza por los artículos o servicios que son Beneficios de Salud Esenciales, siempre que dichos artículos o servicios sean proporcionados por un proveedor del Servicio de Salud Indígena (por sus siglas en inglés, IHS), una Tribu Indígena, una Organización Tribal o una Organización Indígena Urbana, o bien, a través de una remisión conforme a servicios de salud contratados, según lo definido por la ley federal. Costo compartido se refiere a los copagos, incluyendo el coseguro y los deducibles.

<sup>2</sup>Los copagos o el coseguro pagados por servicios dentro de la red no se aplicarán al desembolso máximo para proveedores fuera de la red, y el coseguro pagado por servicios fuera de la red no se aplicará al desembolso máximo para proveedores preferidos.

<sup>3</sup>Los servicios cubiertos se basan en las recomendaciones de grado A y B del Grupo Especial de Servicios Preventivos de los Estados Unidos (por sus siglas en inglés, USPSTF); las recomendaciones del Comité Asesor sobre Prácticas de Vacunación (por sus siglas en inglés, ACIP) que fueron adoptadas por el Director de los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (por sus siglas en inglés, CDC); la atención preventiva y los exámenes de detección para la mujer que se establecen en las pautas integrales respaldadas por la Administración de Recursos y Servicios de Salud (por sus siglas en inglés, HRSA); y las pautas integrales respaldadas por la HRSA para bebés, niños y adolescentes. Para obtener más información sobre los servicios preventivos recomendados generalmente, visite [www.healthcare.gov](http://www.healthcare.gov). El costo compartido aplicable para atención preventiva se aplicará a estos servicios.

<sup>4</sup>La Lista de Medicamentos Esenciales con Receta es una lista de medicamentos que requieren receta médica cubiertos por este plan. Algunos medicamentos requieren la autorización previa de Health Net. Si desea obtener una copia de la Lista de Medicamentos Esenciales con Receta, visite el sitio Web de Health Net. Consulte la Póliza para obtener información completa sobre los medicamentos que requieren receta médica. Los planes cubrirán la mayoría de los anticonceptivos femeninos que requieren receta médica a un costo compartido de \$0. Es posible que la cobertura de algunos medicamentos no siga el sistema de niveles de medicamentos genéricos y de marca. Consulte su Póliza y la Lista de Medicamentos Esenciales con Receta de Health Net para obtener información sobre la cobertura, los costos compartidos y los niveles. La Póliza es un documento legal y vinculante. Si la información que aparece en este folleto difiere de la información que aparece en la Póliza, regístrala. Los medicamentos que requieren receta médica surtidos a través de la compra por correo (suministro para un período de hasta 90 días) requieren un nivel de copago doble. Para obtener detalles con respecto a un medicamento específico, visite [www.healthnet.com](http://www.healthnet.com).

<sup>5</sup>Todos los planes incluyen cobertura dental y de la vista pediátrica.

<sup>6</sup>Los beneficios dentales pediátricos están asegurados por Health Net Life Insurance Company y son administrados por Dental Benefit Providers, Inc., nombre comercial o DBA: Dental Benefit Administrative Services (Entidades de DBP). Las Entidades de DBP no están afiliadas a Health Net. Consulte la póliza para obtener detalles sobre los beneficios dentales pediátricos.

<sup>7</sup>Los beneficios de servicios de la vista pediátricos están asegurados por Health Net Life Insurance Company. Health Net tiene contrato con EyeMed Vision Care, LLC, un panel de proveedores de servicios de la vista, para administrar los beneficios de servicios de la vista pediátricos.

## Resumen del Plan – Health Net Silver 73 EPO

Descripción del beneficio	Responsabilidad de la/s persona/s asegurada/s <sup>1</sup>
Máximo ilimitado de por vida. Los beneficios están sujetos a un deducible a menos que se indique lo contrario.	
<b>Máximos del plan</b>	
Deducible por año calendario	\$2,200 individual / \$4,400 familiar
Desembolso máximo <sup>2</sup> (Incluye el deducible por año calendario. Los pagos por servicios y suministros no cubiertos por este plan no se aplicarán a este desembolso máximo por año calendario.)	\$5,700 individual / \$11,400 familiar
<b>Servicios profesionales</b>	
Copago por visita al consultorio	\$30 (sin deducible)
Consulta con un especialista	\$55 (sin deducible)
Visita al consultorio con otro profesional (incluyendo los servicios de acupuntura médicamente necesarios)	\$30 (sin deducible)
Servicios de atención preventiva <sup>3</sup>	\$0 (sin deducible)
Rayos X y servicios de imágenes de diagnóstico	\$65 (sin deducible)
Pruebas de laboratorio	\$35 (sin deducible)
Servicios de imágenes (Tomografías [CT]/Tomografías por Emisión de Positrones [PET], Imágenes por Resonancia Magnética [MRI])	\$300 (sin deducible)
Servicios de rehabilitación y habilitación	\$30 (sin deducible)
<b>Servicios para pacientes ambulatorios</b>	
Cirugía para pacientes ambulatorios (incluye el cargo del centro y los cargos del médico/cirujano)	20% (sin deducible)
<b>Servicios hospitalarios</b>	
Hospitalización para pacientes internados (incluye maternidad)	20%
Atención de enfermería especializada	20%
<b>Servicios de emergencia</b>	
Servicios de la sala de emergencias (sin copago si es admitido)	\$350 por centro (sin deducible) \$0 por médico (sin deducible)
Atención de urgencia	\$30 (sin deducible)
Servicios de ambulancia (por tierra y aire)	\$250
<b>Servicios de Salud mental/del comportamiento / para Trastornos por abuso de sustancias</b>	
Servicios de Salud mental/del comportamiento / para Trastornos por abuso de sustancias (pacientes hospitalizados)	20%
Servicios de Salud mental/del comportamiento / para Trastornos por abuso de sustancias (pacientes ambulatorios)	Visita al consultorio: \$30 (sin deducible) Otro servicio que no sea visita al consultorio: \$0 (sin deducible)
<b>Servicios de cuidado de la salud en el hogar</b> (100 visitas por año calendario)	\$40 (sin deducible)
<b>Otros servicios</b>	
Equipo médico duradero	20% (sin deducible)
Servicio del centro de cuidado de enfermos terminales	\$0 (sin deducible)
Medicamentos auto inyectables (que no sean la insulina)	20% hasta \$250/receta de 30 días (después del deducible por receta)
<b>Cobertura de medicamentos que requieren receta médica<sup>4</sup></b> (suministro para un período de hasta 30 días surtido a través de una farmacia participante) Deducible por medicamentos que requieren receta médica por año calendario	\$250 individual / \$500 familiar
Nivel I (la mayoría de los medicamentos genéricos y de marca preferidos de bajo costo)	\$15 (sin deducible por receta)
Nivel II (medicamentos genéricos no preferidos y de marca preferidos)	\$50 (se aplica el deducible por receta)
Nivel III (sólo medicamentos de marca no preferidos)	\$75 (se aplica el deducible por receta)
Nivel IV (medicamentos Especializados)	20% hasta \$250/receta de 30 días (después del deducible por receta)
<b>Cobertura dental pediátrica<sup>5,6</sup></b>	
Servicios preventivos y de diagnóstico	\$0 (sin deducible)
<b>Cobertura de la vista pediátrica<sup>5,7</sup></b>	
Examen de la vista de rutina	\$0 (sin deducible)
Anteojos (se aplican limitaciones)	1 par por año (sin deducible)

**Éste es un resumen de beneficios. No incluye todos los servicios, las limitaciones ni las exclusiones. Si desea conocer los términos y condiciones de la cobertura, consulte la Póliza.**

<sup>1</sup>En conformidad con la Ley de Cuidado de Salud Asequible, los Nativos Americanos y los Indígenas de Alaska, en la medida en que el Intercambio determine que son elegibles e independientemente del ingreso, no tienen obligación de costos compartidos conforme a esta Póliza por los artículos o servicios que son Beneficios de Salud Esenciales, siempre que dichos artículos o servicios sean proporcionados por un proveedor del Servicio de Salud Indígena (por sus siglas en inglés, IHS), una Tribu Indígena, una Organización Tribal o una Organización Indígena Urbana, o bien, a través de una remisión conforme a servicios de salud contratados, según lo definido por la ley federal. Costo compartido se refiere a los copagos, incluyendo el coseguro y los deducibles.

<sup>2</sup>Los copagos o el coseguro pagados por servicios dentro de la red no se aplicarán al desembolso máximo para proveedores fuera de la red, y el coseguro pagado por servicios fuera de la red no se aplicará al desembolso máximo para proveedores preferidos.

<sup>3</sup>Los servicios cubiertos se basan en las recomendaciones de grado A y B del Grupo Especial de Servicios Preventivos de los Estados Unidos (por sus siglas en inglés, USPSTF); las recomendaciones del Comité Asesor sobre Prácticas de Vacunación (por sus siglas en inglés, ACIP) que fueron adoptadas por el Director de los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (por sus siglas en inglés, CDC); la atención preventiva y los exámenes de detección para la mujer que se establecen en las pautas integrales respaldadas por la Administración de Recursos y Servicios de Salud (por sus siglas en inglés, HRSA); y las pautas integrales respaldadas por la HRSA para bebés, niños y adolescentes. Para obtener más información sobre los servicios preventivos recomendados generalmente, visite [www.healthcare.gov](http://www.healthcare.gov). El costo compartido aplicable para atención preventiva se aplicará a estos servicios.

<sup>4</sup>La Lista de Medicamentos Esenciales con Receta es una lista de medicamentos que requieren receta médica cubiertos por este plan. Algunos medicamentos requieren la autorización previa de Health Net. Si desea obtener una copia de la Lista de Medicamentos Esenciales con Receta, visite el sitio Web de Health Net. Consulte la Póliza para obtener información completa sobre los medicamentos que requieren receta médica. Los planes cubrirán la mayoría de los anticonceptivos femeninos que requieren receta médica a un costo compartido de \$0. Es posible que la cobertura de algunos medicamentos no siga el sistema de niveles de medicamentos genéricos y de marca. Consulte su Póliza y la Lista de Medicamentos Esenciales con Receta de Health Net para obtener información sobre la cobertura, los costos compartidos y los niveles. La Póliza es un documento legal y vinculante. Si la información que aparece en este folleto difiere de la información que aparece en la Póliza, regirá la Póliza. Los medicamentos que requieren receta médica surtidos a través de la compra por correo (suministro para un período de hasta 90 días) requieren un nivel de copago doble. Para obtener detalles con respecto a un medicamento específico, visite [www.healthnet.com](http://www.healthnet.com).

<sup>5</sup>Todos los planes incluyen cobertura dental y de la vista pediátrica.

<sup>6</sup>Los beneficios dentales pediátricos están asegurados por Health Net Life Insurance Company y son administrados por Dental Benefit Providers, Inc., nombre comercial o DBA: Dental Benefit Administrative Services (Entidades de DBP). Las Entidades de DBP no están afiliadas a Health Net. Consulte la póliza para obtener detalles sobre los beneficios dentales pediátricos.

<sup>7</sup>Los beneficios de servicios de la vista pediátricos están asegurados por Health Net Life Insurance Company. Health Net tiene contrato con EyeMed Vision Care, LLC, un panel de proveedores de servicios de la vista, para administrar los beneficios de servicios de la vista pediátricos.

## Cobertura de los principales gastos médicos

Esta categoría de cobertura está diseñada para brindar a las personas aseguradas beneficios para los principales gastos hospitalarios, médicos y quirúrgicos incurridos como resultado de un accidente o enfermedad cubiertos. Pueden brindarse beneficios para alojamiento y alimentación diarios en la habitación de un hospital, servicios hospitalarios varios, servicios quirúrgicos, servicios de anestesia, servicios médicos hospitalarios, atención ambulatoria y prótesis, sujetos a cualquier deducible, disposición sobre copagos u otra limitación que pueda establecerse en la Póliza.



## Coberturas y beneficios principales

Consulte la siguiente lista para ver un resumen de los servicios y suministros cubiertos de cada plan. También consulte la Póliza que recibe después de inscribirse en un plan. La Póliza brinda información más detallada sobre los beneficios y la cobertura incluidos en su plan de seguro de salud. **Nota:** Los planes de seguro EPO no cubren servicios de cuidado de la salud fuera de la red PureCare One, excepto la atención de emergencia y la atención de urgencia.

- Suero para alergias
- Pruebas y tratamiento de alergias
- Servicios de ambulancia – transporte en ambulancia terrestre y transporte en ambulancia aérea
- Centro quirúrgico ambulatorio
- Cirugía bariátrica (pérdida de peso)
- Atención por afecciones del embarazo
- Estudios clínicos
- Calzado correctivo para prevenir o tratar complicaciones relacionadas con la diabetes
- Equipo para diabéticos
- Procedimientos de laboratorio e imágenes de diagnóstico (incluyendo rayos X)
- Terapia de rehabilitación
- Servicios de agencias de cuidado de la salud en el hogar
- Cuidado de enfermos terminales
- Servicios hospitalarios para pacientes internados
- Lentes implantados médicamente necesarios que reemplazan los lentes orgánicos del ojo
- Cirugía reconstructiva médicamente necesaria
- Medicamentos implantados quirúrgicamente médicamente necesarios
- Beneficios para el cuidado de la salud mental y dependencia de sustancias químicas
- Servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios
- Terapia de infusión para pacientes ambulatorios
- Trasplantes de órganos, tejidos y médula ósea
- Educación del paciente (incluyendo educación sobre la diabetes)
- Cobertura de la vista pediátrica según se especifica en la Póliza
- Fenilcetonuria (por sus siglas en inglés, PKU)
- Servicios para el embarazo y la maternidad
- Servicios de atención preventiva
- Servicios profesionales
- Prótesis
- Tratamiento de radioterapia, quimioterapia y de diálisis renal
- Terapia de rehabilitación (incluyendo fisioterapia, y terapia del habla, ocupacional, cardíaca y pulmonar)
- Alquiler o compra de equipo médico duradero
- Medicamentos auto inyectables
- Centro de enfermería especializada
- Esterilización masculina y femenina
- Tratamiento para lesiones dentales, si es médicamente necesario

## Servicios de salud reproductiva

Algunos hospitales y otros proveedores no prestan uno o más de los siguientes servicios que pueden estar cubiertos conforme a su Póliza y que usted o uno de sus familiares podrían necesitar: planificación familiar; servicios anticonceptivos, incluyendo anticoncepción de emergencia; esterilización, incluyendo ligadura de trompas al momento del parto; tratamientos de infertilidad; o aborto. Antes de inscribirse, debe obtener información adicional. Llame a su futuro médico, grupo médico, asociación de práctica independiente o clínica, o bien, llame al Centro de Comunicación con el Cliente de Health Net Life al 1-888-926-4988, para asegurarse de poder obtener los servicios de cuidado de la salud que necesita.

## Costos compartidos

La cobertura está sujeta a los deducibles, los coseguros y los copagos. Consulte la Póliza para obtener todos los detalles.

## Certificación (autorización previa de servicios)

Algunos servicios están sujetos a la certificación previa. Consulte la lista completa de servicios en la Póliza.

## Exclusiones y limitaciones

La siguiente es una lista parcial de los servicios que generalmente no están cubiertos. Para obtener todos los detalles sobre las exclusiones y limitaciones de cualquier plan, consulte la Póliza.

- Servicios o suministros que no son médicamente necesarios.
- Toda cantidad que exceda las cantidades máximas especificadas en la Póliza.
- Cirugía cosmética, excepto según lo especificado en la Póliza.

- Servicios dentales, excepto según lo especificado en la Póliza.
- Tratamiento y servicios para trastornos de la articulación temporomandibular (mandíbula) (por sus siglas en inglés, TMJ) (salvo que sean procedimientos quirúrgicos médicamente necesarios).
- Cirugía y servicios relacionados utilizados con el propósito de corregir una mala posición o un desarrollo inadecuado de los huesos de la mandíbula superior o inferior, salvo cuando dichos procedimientos sean médicamente necesarios.
- Alimentos, o suplementos dietéticos o nutricionales, excepto las fórmulas infantiles y otros productos alimenticios especiales utilizados para evitar complicaciones de la fenilcetonuria (PKU).
- Cuidado de la vista para adultos de 19 años y mayores, incluyendo determinadas cirugías del ojo para reemplazar los anteojos, excepto según lo especificado en la Póliza.
- Servicios de optometría o ejercicios para la vista para adultos de 19 años y mayores, excepto según lo establecido específicamente en otro lugar de la Póliza.
- Anteojos o lentes de contacto para adultos de 19 años y mayores, excepto según lo especificado en la Póliza.
- Servicios de cambio de sexo.
- Servicios para revertir una infertilidad inducida quirúrgicamente de manera voluntaria.
- No están cubiertos los servicios ni suministros cuya finalidad sea fecundar a una mujer. Los siguientes servicios y suministros están excluidos de la cobertura de preservación de la fertilidad: almacenamiento de gametos o embriones; uso de los gametos o embriones congelados para lograr una concepción futura; diagnóstico genético previo a la implantación; óvulos, espermatozoides o embriones de donantes; portadoras gestacionales (madres sustitutas).
- Determinadas pruebas genéticas.
- Servicios experimentales o de investigación.

- Exámenes físicos de rutina, excepto los servicios de atención preventiva (por ejemplo, exámenes físicos para seguros, licencias, empleos, escuelas o campamentos). Cualquier examen físico, de la vista o auditivo, que no está relacionado con el diagnóstico o el tratamiento de una enfermedad o lesión, excepto según lo establecido específicamente en la Póliza.
- Vacunas o inoculaciones para adultos o niños para propósitos laborales o viajes al extranjero.
- Servicios no relacionados con una enfermedad o lesión cubiertas. Sin embargo, el tratamiento de las complicaciones que surjan de servicios no cubiertos, como complicaciones causadas por una cirugía cosmética no cubierta, está cubierto.
- Cuidado bajo custodia o atención domiciliaria.
- Cargos de alojamiento y alimentación de pacientes hospitalizados incurridos en relación con una admisión en un hospital o en otro centro para el tratamiento de pacientes hospitalizados, principalmente para pruebas de diagnóstico que podrían haberse realizado de manera segura como pacientes ambulatorios.
- Cargos de alojamiento y alimentación de pacientes hospitalizados en relación con una hospitalización principalmente por cambio de entorno, fisioterapia o tratamiento de dolor crónico.
- Cualquier servicio o suministro proporcionado por una institución no elegible, que es una institución que no sea un hospital que funcione legalmente, un centro de cuidado de enfermos terminales o un centro de enfermería especializada aprobado por Medicare, un centro de tratamiento residencial o que es principalmente un lugar para las personas de la tercera edad, una casa de reposo o cualquier institución similar, independientemente de su denominación. Esta exclusión no se aplica a los servicios requeridos para enfermedades mentales graves, trastornos emocionales graves del niño, autismo o trastorno generalizado del desarrollo.
- Gastos que excedan las tasas de habitación semiprivada más comunes del hospital (o de otro centro para pacientes hospitalizados).
- Servicios para la infertilidad.
- Atención de enfermería privada.
- Suministros médicos y medicamentos de venta libre, excepto según lo especificado en la Póliza.
- Artículos para la comodidad personal.
- Aparatos ortóticos, a menos que estén hechos a la medida para el cuerpo de la persona cubierta y según lo especificado en la Póliza.
- Servicios educativos u orientación nutricional, excepto según lo especificado en la Póliza.
- Audífonos.
- Servicios relacionados con la obesidad, excepto según lo establecido en la Póliza.
- Cualquier servicio recibido a través de los beneficios de Medicare sin el pago de una prima adicional.
- Servicios recibidos antes de la fecha de vigencia de su cobertura.
- Servicios recibidos después de finalizada su cobertura.
- Servicios por los que no se le hacen cobros a la persona cubierta en ausencia de una cobertura de seguro, excepto los servicios recibidos en un hospital de investigación de beneficencia que no está administrado por un organismo gubernamental.
- Autotratamiento del médico.
- Servicios recibidos de parte de una persona que vive en el hogar de la persona cubierta o que está relacionada con la persona cubierta por consanguinidad o afinidad.
- Afecciones causadas por la comisión (o el intento de comisión) de un delito grave de parte de la persona cubierta, a menos que la afección fuera una lesión producto de un acto de violencia intrafamiliar o producto de una afección médica.
- Afecciones provocadas por la liberación de energía nuclear, cuando se encuentren disponibles fondos del gobierno.
- Cualquier servicio proporcionado por un organismo gubernamental local, estatal o federal o por el que dicho organismo haya efectuado un pago. Esta limitación no se aplica a Medi-Cal, Medicaid ni Medicare.

- Los servicios por un embarazo de madre sustituta están cubiertos cuando la madre sustituta es una persona asegurada de Health Net Life. Sin embargo, cuando se obtenga un pago por la sustitución, el plan tendrá un derecho de retención sobre dicho pago para recuperar sus gastos médicos.
- Cualquier medicina, medicamento o sustancia para pacientes ambulatorios despachado o administrado en cualquier entorno para pacientes ambulatorios, excepto según lo establecido en la Póliza.
- Servicios y suministros recibidos en el extranjero, con la excepción de atención de emergencia.
- Partos en el hogar, a menos que se haya cumplido con los criterios para atención de emergencia.
- Reembolso por servicios que la persona cubierta no está legalmente obligada a pagar al proveedor en ausencia de una cobertura de seguro.
- Cantidades cobradas por proveedores fuera de la red por tratamientos y servicios médicos cubiertos que Health Net Life determine que exceden los gastos cubiertos.
- Cualquier gasto relacionado con los siguientes artículos, ya sea que estén autorizados por un médico o no: (a) modificación de la residencia de la persona cubierta para adaptarla a las necesidades producidas por la afección médica o física de la persona cubierta, incluyendo la instalación de ascensores; (b) aparatos correctivos, excepto prótesis, yesos y férulas; (c) purificadores de aire, aire acondicionado y humidificadores; y (d) servicios educativos u orientación nutricional, excepto según lo establecido específicamente en la Póliza.
- Suministros desechables para uso en el hogar, excepto los suministros para diabéticos según lo enumerado en la Póliza.

Algunos servicios requieren la certificación previa de Health Net Life antes de ser prestados. Consulte su Póliza para obtener detalles sobre qué servicios y procedimientos requieren certificación previa.

Health Net Life no requiere certificación previa para servicios de diálisis o atención por maternidad. Sin embargo, llame al Centro de Comunicación con el Cliente al 1-888-926-4988 al inicio de los servicios de diálisis o en el momento de la primera consulta prenatal.

Tampoco se requiere certificación previa para el tratamiento de salud del comportamiento para el autismo. Sin embargo, debe proporcionar a Health Net Life documentación en la que conste que un médico o psicólogo con licencia ha establecido el diagnóstico de autismo. Además, el proveedor de servicios para el autismo calificado debe enviar el plan de tratamiento inicial a Health Net Life. Consulte su Póliza para obtener detalles.

## Renovación de esta Póliza

Sujeta a las disposiciones de terminación analizadas en la Póliza, la cobertura permanecerá en vigencia durante los meses en que Health Net Life reciba y acepte las primas.

## Primas

Podemos ajustar o cambiar su prima. Si cambiamos la cantidad de su prima, se le enviará un aviso por correo al menos 60 días antes de la fecha de vigencia del cambio de la prima. Las primas se ajustan automáticamente de acuerdo con los cambios en su edad, y la de su pareja doméstica registrada o cónyuge dependientes. Es posible que las primas se ajusten cuando cambia su dirección de residencia.

## Proporción de reclamos con respecto a la prima

La proporción de Health Net Life en 2015 de reclamos incurridos con respecto a las primas ganadas después del ajuste de riesgos y del reaseguro para los planes de seguro PPO y EPO Individuales y Familiares fue del 152.3 por ciento. Esta proporción de reclamos incurridos con respecto al cálculo de las primas ganadas difiere del cálculo de la proporción de pérdidas médicas establecido conforme a la Ley de Cuidado de Salud Asequible.

Health Net cumple con las leyes federales aplicables sobre derechos civiles y no discrimina por cuestiones de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad ni sexo. Health Net no excluye a las personas ni las trata de manera diferente por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo.

Health Net:

- Proporciona aparatos y servicios gratuitos a las personas con discapacidades para que se comuniquen eficazmente con nosotros, como intérpretes calificados de lenguaje de señas e información escrita en otros formatos (letra grande, formatos electrónicos accesibles, otros formatos).
- Proporciona servicios de idiomas gratuitos a las personas cuyo idioma principal no es el inglés, como intérpretes calificados e información escrita en otros idiomas.

Si necesita estos servicios, llame al Centro de Comunicación con el Cliente de Health Net al **1-888-926-4988 (TTY: 711)**.

Si considera que Health Net no proporcionó estos servicios o ejerció algún otro tipo de discriminación por cuestiones de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo, puede presentar una queja formal llamando al número que se indica más arriba y diciéndoles que necesita ayuda para presentar una queja formal; el Centro de Comunicación con el Cliente de Health Net está disponible para ayudarlo. También puede presentar una queja formal por correo: Health Net Life Insurance Company, PO Box 10348, Van Nuys, California 91410-0348, por fax: 1-877-831-6019, o en línea: [healthnet.com](http://healthnet.com).

También puede presentar una queja sobre derechos civiles ante el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos, Oficina de Derechos Civiles, de manera electrónica a través del Portal de Quejas de la Oficina de Derechos Civiles disponible en <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, o bien, por correo postal o teléfono: 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).

Hay formularios de quejas disponibles en <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.

## English

No Cost Language Services. You can get an interpreter. You can get documents read to you and some sent to you in your language. For help, call us at the number listed on your ID card or call 1-800-522-0088 (TTY: 711). If you bought coverage through the California marketplace call 1-888-926-4988 (TTY: 711). For more help: If you are enrolled in a PPO or EPO insurance policy from Health Net Life Insurance Company, call the CA Dept. of Insurance at 1-800-927-4357. If you are enrolled in an HMO or HSP plan from Health Net of California, Inc., call the DMHC Helpline at 1-888-HMO-2219.

## Arabic

خدمات اللغة مجانية. يمكنك الحصول على مترجم فوري. ويمكنك الحصول على وثائق مقروءة لك. للحصول على المساعدة، اتصل بنا على الرقم الموجود على بطاقة الهوية أو اتصل على مركز الاتصال التجاري في 1-800-522-0088 (TTY: 711). في حال قمت بشراء التغطية من سوق كاليفورنيا، اتصل على الرقم 1-888-926-4988 (TTY: 711) وللحصول على المساعدة: في حال كنت مسجلاً في بوليصة تأمين المنظمة المزودة المفضلة PPO أو المنظمة المزودة الحصرية EPO من شركة التأمين على الحياة Health Net Life Insurance Company، اتصل على قسم التأمين في كاليفورنيا على الرقم 1-800-927-4357. في حال كنت مسجلاً في منظمة المحافظة على الصحة HMO أو خطة التوفير الصحية HSP من شركة Health Net of California, Inc.، اتصل على خط المساعدة في قسم الرعاية الصحية المدارة DMHC على الرقم 1-888-HMO-2219.

## Armenian

Անվճար լեզվական ծառայություններ: Դուք կարող եք բանավոր թարգմանիչ ստանալ: Փաստաթղթերը կարող են կարդալ ձեզ համար: Օգնության համար զանգահարեք մեզ ձեր ID քարտի վրա նշված հեռախոսահամարով կամ զանգահարեք 1-800-522-0088 (TTY: 711) հեռախոսահամարով: Եթե ապահովագրում եք գնել Կալիֆորնիայի շուկայական հրապարակի միջոցով, զանգահարեք 1-888-926-4988 (TTY: 711) հեռախոսահամարով: Լրացուցիչ օգնության համար. եթե անդամագրված եք Health Net Life Insurance Company-ի PPO կամ EPO ապահովագրությանը, զանգահարեք Կալիֆորնիայի Ապահովագրության բաժին՝ 1-800-927-4357 հեռախոսահամարով: Եթե անդամագրված եք Health Net of California, Inc.-ի HMO կամ HSP ծրագրին, զանգահարեք DMHC օգնության գիծ՝ 1-888-HMO-2219 հեռախոսահամարով:

## Chinese

免費語言服務。您可使用口譯員。您可請人使用您的語言將文件內容唸給您聽，並請我們將有您語言版本的部分文件寄給您。如需協助，請致電您會員卡上所列的電話號碼與我們聯絡，或致電 1-800-522-0088 (TTY: 711)。如果您是透過加州健康保險交易市場購買承保，請致電 1-888-926-4988 (TTY: 711)。如需進一步協助：如果您透過 Health Net Life Insurance Company 投保 PPO 或 EPO 保單，請致電 1-800-927-4357 與加州保險局聯絡。如果您透過 Health Net of California, Inc. 投保 HMO 或 HSP 計畫，請致電 DMHC 協助專線 1-888-HMO-2219。

## Hindi

बिना लागत वाली भाषा सेवाएँ। आप एक दुभाषिया प्राप्त कर सकते हैं। आपको दस्तावेज पढ़ कर सुनाए जा सकते हैं। मदद के लिए, आपके आईडी कार्ड पर दिए गए सूचीबद्ध नंबर पर हमें कॉल करें, या 1-800-522-0088 (TTY: 711) पर कॉल करें। यदि आपने कैलिफोर्निया मार्केट प्लैस के माध्यम से कवरेज खरीदा है तो 1-888-926-4988 (TTY: 711) पर कॉल करें। अधिक मदद के लिए: यदि आप Health Net Life Insurance Company पीपीओ PPO या ईपीओ EPO बीमा पॉलिसी में नामांकित हैं, तो कैलिफोर्निया बीमा विभाग को 1-800-927-4357 पर कॉल करें। यदि आप Health Net of California, Inc. के एचएमओ HMO या एचएसपी HSP प्लैन में नामांकित हैं, तो डीएमएचसी DMHC हेल्पलाइन के 1-888-HMO-2219 पर कॉल करें।

**Hmong**

Kev Pab Txhais Lus Dawb. Koj xav tau neeg txhais lus los tau. Koj xav tau neeg nyeem cov ntaub ntauv kom yog koj hom lus los tau. Kev pab, hu rau peb ntawm tus xov tooj teev nyob rau hauv koj daim ID card los yog hu rau 1-800-522-0088 (TTY: 711). Yog tias koj yuav kev pov hwm ntawm California marketplace hu 1-888-926-4988 (TTY: 711). Xav tau kev pab ntxiv: Yog koj tau tsab ntauv tuav pov hwm PPO los yog EPO los ntawm Health Net Life Insurance Company, hu mus rau CA Dept. of Insurance ntawm 1-800-927-4357. Yog koj tau txoj kev pab kho mob HMO los yog HSP los ntawm Health Net of California, Inc., hu mus rau DMHC tus xov tooj pab Helpline ntawm 1-888-HMO-2219.

**Japanese**

無料の言語サービス。通訳をご利用いただけます。日本語で文書をお読みします。援助が必要な場合は、IDカードに記載されている番号までお電話いただくか、1-800-522-0088、(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（保険購入サイト）を通じて保険を購入された方は、1-888-926-4988 (TTY: 711) までお電話ください。さらに援助が必要な場合: Health Net Life Insurance CompanyのPPOまたはEPO保険ポリシーに加入されている方は、カリフォルニア州保険局 1-800-927-4357 まで電話でお問い合わせください。Health Net of California, Inc.のHMOまたはHSPに加入されている方は、DMHCヘルプライン 1-888-HMO-2219 まで電話でお問い合わせください。

**Khmer**

សេវាកម្មសេរីដោយឥតគិតថ្លៃ។ អ្នកអាចទទួលបានអ្នកបកប្រែផ្ទាល់មាត់។ អ្នកអាចស្តាប់គេអានឯកសារឱ្យអ្នក។ សម្រាប់ជំនួយ សូមទាក់ទងយើងខ្ញុំតាមរយៈលេខទូរសព្ទដែលមាននៅលើកាតសម្គាល់ខ្លួនរបស់អ្នក ឬ ទាក់ទងទៅមជ្ឈមណ្ឌលទំនាក់ទំនងពាណិជ្ជកម្មនៃក្រុមហ៊ុន 1-800-522-0088 (TTY: 711)។ បើសិនអ្នកបានទិញការធានារ៉ាប់រងតាមរយៈ ទីផ្សារនៃរដ្ឋកាលីហ្វ័រញ៉ា សូមទូរសព្ទទៅលេខ 1-888-926-4988 (TTY: 711)។ សម្រាប់ជំនួយបន្ថែម ៖ បើសិនអ្នកបានចុះឈ្មោះក្នុងគោលការណ៍ធានារ៉ាប់រង PPO ឬ EPO ពីក្រុមហ៊ុនធានារ៉ាប់រងជីវិត Health Net Life Insurance Company សូមទាក់ទងទៅនាយកដ្ឋានធានារ៉ាប់រង CA តាមរយៈទូរសព្ទលេខ 1-800-927-4357។ បើសិនអ្នកបានចុះឈ្មោះក្នុងផែនការ HMO ឬ HSP ពីក្រុមហ៊ុន Health Net of California, Inc. នៃរដ្ឋកាលីហ្វ័រញ៉ា សូមទាក់ទងលេខទូរសព្ទជំនួយ DMHC ៖ 1-888-HMO-2219។

**Korean**

무료 언어 서비스. 통역 서비스를 받을 수 있습니다. 문서 낭독 서비스를 받으실 수 있습니다. 도움이 필요하시면 보험 ID 카드에 수록된 번호로 전화하시거나 1-800-522-0088 (TTY: 711)번으로 전화해 주십시오. 캘리포니아 주 마켓플레이스를 통해 보험을 구입하셨으면 1-888-926-4988 (TTY: 711) 번으로 전화해 주십시오. 추가 도움이 필요하시면, Health Net Life Insurance Company의 PPO 또는 EPO 보험에 가입되어 있으시면 캘리포니아 주 보험국에 1-800-927-4357번으로 전화해 주십시오. Health Net of California, Inc.의 HMO 또는 HSP 플랜에 가입되어 있으시면 DMHC 도움라인에 1-888-HMO-2219번으로 전화해 주십시오.

**Navajo**

Saad Bee Áká E'eyeed T'áá Jíík'e. Ata' halne'ígíí hóló. T'áá hó hazaad k'éhjí naaltsoos hach'í' wóltah. Shíká a'doowol nínízingo naaltsoos bee néiho'dólzinígíí bikáa'gi béesh bee hane'í bikáa' áají' hodíílnih éí doodaii' 1-800-522-0088 (TTY: 711). California marketplace hoolyéhíjí béeso ách'ááqáh naanilí at's'íis baa áháyá biniiyé nahínílnii'go éí kojí' hólne' 1-888-926-4988 (TTY: 711). Shíká anáa'doowol jínízingo: PPO éí doodaii' EPOqjí Health Net Life Insurance Company wolyéhíjí béeso ách'ááqáh naa'nil biniiyé hwe'iina' bik'é'ésti'go éí CA Dept. of Insurance bich'í' hojilnih 1-800-927-4357. HMO éí doodaii' HSPqjí Health Net of California, Inc.qjí béeso ách'ááqáh naa'nil biniiyé hats'íis bik'é'ésti'go éí kojí' hojilnih DMHC Helpline 1-888-HMO-2219.

## Persian (Farsi)

خدمات زبان به طور رایگان. می توانید یک مترجم شفاهی بگیرید. می توانید درخواست کنید که اسناد برای شما قرائت شوند. برای دریافت راهنمایی، با ما به شماره ای که روی کارت شناسایی شما درج شده تماس بگیرید یا با مرکز تماس بازرگانی 1-800-522-0088 (TTY: 711) تماس بگیرید. اگر پوشش بیمه را از طریق بازارگاه کالیفرنیا خریداری کردید با شماره 1-888-926-4988 (TTY: 711) تماس بگیرید. برای دریافت راهنمایی بیشتر: اگر در بیمه نامه PPO یا EPO از سوی Health Net Life Insurance Company عضویت دارید، با CA Dept. of Insurance به شماره 1-800-927-4357 تماس بگیرید. اگر در برنامه HMO یا HSP از سوی Health Net of California, Inc. عضویت دارید، با خط راهنمایی تلفنی DMHC به شماره 1-888-HMO-2219 تماس بگیرید.

## Punjabi (Punjabi)

ਬਿਨਾਂ ਕਿਸੇ ਲਾਗਤ ਤੋਂ ਭਾਸ਼ਾ ਸੇਵਾਵਾਂ। ਤੁਸੀਂ ਇੱਕ ਦੁਭਾਸ਼ਿਆ ਪ੍ਰਾਪਤ ਕਰ ਸਕਦੇ ਹੋ। ਤੁਹਾਨੂੰ ਦਸਤਾਵੇਜ਼ ਤੁਹਾਡੀ ਭਾਸ਼ਾ ਵਿੱਚ ਪੜ੍ਹ ਕੇ ਸੁਣਾਏ ਜਾ ਸਕਦੇ ਹਨ। ਮਦਦ ਲਈ, ਆਪਣੇ ਆਈਡੀ ਕਾਰਡ ਤੇ ਦਿੱਤੇ ਨੰਬਰ ਤੇ ਸਾਨੂੰ ਕਾਲ ਕਰੋ ਜਾਂ ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ 1-800-522-0088 (TTY: 711) 'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ। ਜੇ ਤੁਸੀਂ ਕੈਲੀਫੋਰਨੀਆਂ ਮਾਰਕਿਟ ਪਲੇਸ ਦੇ ਰਾਹੀਂ ਬੀਮਾ ਕਵਰੇਜ਼ ਖਰੀਦੀ ਹੈ ਤਾਂ 1-888-926-4988 (TTY: 711) 'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ। ਵਧੇਰੀ ਮਦਦ ਲਈ: ਜੇ ਤੁਸੀਂ Health Net Life Insurance Company ਪੀਪੀਓ PPO ਜਾਂ ਈਓਪੋ EPO ਬੀਮਾ ਪਾਲਿਸੀ ਵਿੱਚ ਨਾਮਾਕਿਤ ਹੋ, ਤਾਂ ਕੈਲੀਫੋਰਨੀਆਂ ਬੀਮਾ ਵਿਭਾਗ ਨੂੰ 1-800-927-4357 'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ। ਜੇ ਤੁਸੀਂ Health Net of California, Inc. ਤੋਂ ਇੱਕ ਐਚਐਮਓ HMO ਜਾਂ ਐਚਐਸਪੀ HSP ਪਲੈਨ ਵਿੱਚ ਨਾਮਾਕਿਤ ਹੋ ਤਾਂ ਡੀਐਮਐਚਸੀ DMHC ਹੈਲਪਲਾਈਨ ਨੂੰ 1-888-HMO-2219 'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ।

## Russian

Бесплатная помощь переводчиков. Вы можете получить помощь устного переводчика. Вам могут прочесть документы. За помощью обращайтесь к нам по телефону, приведенному на вашей идентификационной карточке участника плана. Кроме того, вы можете позвонить в 1-800-522-0088 (TTY: 711). Если свою страховку вы приобрели на едином сайте по продаже медицинских страховок в штате Калифорния, звоните по телефону 1-888-926-4988 (TTY: 711).  
Дополнительная помощь: Если вы включены в полис PPO или EPO от страховой компании Health Net Life Insurance Company, звоните в Департамент страхования штата Калифорния (CA Dept. of Insurance), телефон 1-800-927-4357. Если вы включены в план HMO или HSP от страховой компании Health Net of California, Inc., звоните по контактной линии Департамента управляемого медицинского обслуживания DMHC, телефон 1-888-HMO-2219.

## Spanish

Servicios de idiomas sin costo. Puede solicitar un intérprete. Puede obtener el servicio de lectura de documentos y recibir algunos en su idioma. Para obtener ayuda, llámenos al número que figura en su tarjeta de identificación o comuníquese con el Centro de Comunicación Comercial de Health Net, al 1-800-522-0088 (TTY: 711). Si adquirió la cobertura a través del mercado de California, llame al 1-888-926-4988 (TTY: 711). Para obtener más ayuda, haga lo siguiente: Si está inscrito en una póliza de seguro PPO o EPO de Health Net Life Insurance Company, llame al Departamento de Seguros de California, al 1-800-927-4357. Si está inscrito en un plan HMO o HSP de Health Net of California, Inc., llame a la línea de ayuda del Departamento de Atención Médica Administrada, al 1-888-HMO-2219.

## **Tagalog**

Walang Bayad na Mga Serbisyo sa Wika. Makakakuha kayo ng isang interpreter. Makakakuha kayo ng mga dokumento na babasahin sa inyo. Para sa tulong, tawagan kami sa nakalistang numero sa inyong ID card o tawagan ang 1-800-522-0088 (TTY: 711). Kung bumili kayo ng pagsakop sa pamamagitan ng California marketplace tawagan ang 1-888-926-4988 (TTY: 711). Para sa higit pang tulong: Kung nakatala kayo sa insurance policy ng PPO o EPO mula sa Health Net Life Insurance Company, tawagan ang CA Dept. of Insurance sa 1-800-927-4357. Kung nakatala kayo sa HMO o HSP na plan mula sa Health Net of California, Inc., tawagan ang Helpline ng DMHC sa 1-888-HMO-2219.

## **Thai**

ไม่มีค่าบริการด้านภาษา คุณสามารถใช้ล่ามได้ คุณสามารถให้อ่านเอกสารให้ฟังได้ สำหรับความช่วยเหลือ โทรหาเราตามหมายเลขที่ให้ไว้บนบัตรประจำตัวของคุณ หรือ โทรหาศูนย์ติดต่อเชิงพาณิชย์ของ 1-800-522-0088 (TTY: 711) หากคุณซื้อความคุ้มครองผ่านทาง California marketplace โทร 1-888-926-4988 (TTY: 711) สำหรับความช่วยเหลือเพิ่มเติม หากคุณสมัครทำกรมธรรม์ประกันภัย PPO หรือ EPO กับ Health Net Life Insurance Company โทรหากรมการประกันภัยรัฐแคลิฟอร์เนียได้ที่ 1-800-927-4357 หากคุณสมัครแผน HMO หรือ HSP กับ Health Net of California, Inc. โทรหาสายด่วนความช่วยเหลือของ DMHC ได้ที่ 1-888-HMO-2219.

## **Vietnamese**

Các Dịch Vụ Ngôn Ngữ Miễn Phí. Quý vị có thể có một phiên dịch viên. Quý vị có thể yêu cầu được đọc cho nghe tài liệu. Để nhận trợ giúp, hãy gọi cho chúng tôi theo số được liệt kê trên thẻ ID của quý vị hoặc gọi 1-800-522-0088 (TTY: 711). Nếu quý vị mua khoản bảo trả thông qua thị trường California 1-888-926-4988 (TTY: 711). Để nhận thêm trợ giúp: Nếu quý vị đăng ký hợp đồng bảo hiểm PPO hoặc EPO từ Health Net Life Insurance Company, vui lòng gọi Sở Y Tế CA theo số 1-800-927-4357. Nếu quý vị đăng ký vào chương trình HMO hoặc HSP từ Health Net of California, Inc., vui lòng gọi Đường Dây Trợ Giúp DMHC theo số 1-888-HMO-2219.

## Health Net Individual & Family Plans

PO Box 1150

Rancho Cordova, CA 95741-1150

1-877-609-8711 (*inglés*)

1-877-891-9053 (*chino cantonés*)

1-877-339-8596 (*coreano*)

1-877-891-9053 (*chino mandarín*)

1-800-331-1777 (*español*)

1-877-891-9051 (*tagalo*)

1-877-339-8621 (*vietnamita*)

### Asistencia para las Personas con Dificultades de Audición o del Habla

Los usuarios de TTY deben llamar al 711.

[www.healthnet.com](http://www.healthnet.com)

