

Resumen *del Plan*

Salud HMO y Más (FEL)

Salud HMO y Más San Diego (FEU)

Descripción del beneficio	Responsabilidad del afiliado	
	Red Health Net Salud (CA)	Red SIMNSA (afiliados de México; autorremisión para los afiliados de CA ¹)
Máximos del plan²		
Desembolso máximo (combinado con Rx)	\$3,000 individual / \$9,000 familiar	\$1,500 individual / \$4,500 familiar
Máximo de beneficios de por vida	No hay máximo	
Servicios profesionales		
Visita al consultorio (incluyendo la consulta a un especialista) ³	\$30	\$5
Servicios de atención preventiva ^{3,4}	Totalmente cubierto	
Servicios de telesalud a través de Teladoc	Sin cargo	Sin cobertura
MinuteClinic	\$30	Sin cobertura
Procedimientos de laboratorio y rayos X ³	\$0	Totalmente cubierto
Radiología compleja (incluye tomografía [CT], tomografía por emisión de fotón único [SPECT], tomografía por emisión de positrones [PET], ventriculografía nuclear [MUGA] e imágenes por resonancia magnética [MRI])	\$0	Totalmente cubierto
Terapia de rehabilitación	\$30	\$5
Medicamentos auto inyectables	30% / máx. de \$250 por receta; cubierto conforme al beneficio de farmacia	Totalmente cubierto
Servicios hospitalarios		
Atención de pacientes hospitalizados (incluye maternidad)	30%	Totalmente cubierto
Servicios para pacientes ambulatorios (que no sean cirugía)	30%	Totalmente cubierto
Cirugía para pacientes ambulatorios (sólo cargos del hospital o de un centro quirúrgico)	30%	Totalmente cubierto
Centro de enfermería especializada (máximo de 100 días)	30%	Totalmente cubierto
Servicios de emergencia		
Servicios del centro en sala de emergencias (sin copago si es admitido)	\$50	\$10
Servicios del centro de atención de urgencia (sin copago si es admitido)	\$30	\$10
Servicios de ambulancia (por tierra y aire)	\$50	Totalmente cubierto
Servicios de salud mental y para trastornos por abuso de sustancias		
Consulta para pacientes ambulatorios	\$30 ⁵	\$5 ⁶
Otros servicios para pacientes ambulatorios (incluye los programas de hospitalización parcial/tratamiento diurno/atención intensiva para pacientes ambulatorios)	\$0 ⁵	Totalmente cubierto ⁶
Pacientes hospitalizados (incluye desintoxicación)	30% ⁵	Totalmente cubierto ⁶
Otros servicios		
Equipo médico duradero	Sin cargo	Totalmente cubierto
Aparatos ortóticos y prótesis	Totalmente cubierto	
Equipo para diabéticos	Totalmente cubierto	
Acupuntura y servicios quiroprácticos ⁷	Cláusula adicional opcional disponible	Sin cobertura

(continúa)

¹Los proveedores, los centros o las farmacias fuera de la red en México (que no sean aquellos de la Red SIMNSA) no están cubiertos por este plan.

²El desembolso máximo se combina para las redes SIMNSA de México y California.

³Los servicios de atención preventiva para mujeres incluyen: servicios, dispositivos y suministros anticonceptivos para la mujer; planificación familiar para la mujer; esterilizaciones preventivas para la mujer; examen de detección de la diabetes gestacional; violencia intrafamiliar y VIH; dispositivos y suministros para el amamantamiento; orientación sobre las infecciones de transmisión sexual específicas de la mujer; VIH; violencia intrafamiliar; anticonceptivos y apoyo para el amamantamiento.

⁴Atención preventiva: Incluye exámenes físicos preventivos anuales, exámenes preventivos de la vista/la audición, atención del recién nacido y atención para niños saludables, exámenes para mujeres saludables, y servicios preventivos de laboratorio y rayos X.

⁵Los servicios de salud mental y para trastornos por abuso de sustancias son administrados por MHN Services en nombre de Health Net. Las siguientes afecciones se consideran enfermedades mentales graves: esquizofrenia, trastorno esquizoafectivo, trastorno bipolar, trastornos depresivos graves, trastorno de pánico, trastorno obsesivo-compulsivo, trastorno generalizado del desarrollo o autismo, anorexia nerviosa, bulimia nerviosa y trastornos emocionales graves del niño (por sus siglas en inglés, SED).

⁶Los servicios de salud mental y para trastornos por abuso de sustancias deben ser proporcionados por un proveedor de SIMNSA

⁷La cobertura de la cláusula adicional para servicios quiroprácticos y/o de acupuntura está disponible como beneficio opcional con el plan HMO descrito más arriba. Las características de la cobertura quiropráctica de Health Net incluyen un copago de \$10 por consulta y hasta 20 consultas por año calendario.

Health Net tiene un contrato con Teladoc para brindar servicios de telemedicina por afecciones médicas, de salud mental y para trastornos por abuso de sustancias. Los servicios de Teladoc no tienen el objetivo de reemplazar los servicios de su médico, sino que constituyen un servicio suplementario. Los servicios de consulta de Teladoc no cubren: servicios de especialistas, recetas para sustancias controladas por la DEA, medicamentos no terapéuticos u otros medicamentos determinados que pueden ser perjudiciales debido a la posibilidad de abuso.

(9/18) Éste es sólo un breve resumen de beneficios. No incluye todos los servicios cubiertos, las limitaciones ni las exclusiones. Si desea conocer todos los términos y condiciones de la cobertura, consulte la Evidencia de Cobertura. Los planes Salud HMO y Mas son ofrecidos por Health Net of California, Inc. Managed Health Network, LLC (MHN) es una subsidiaria de Health Net, Inc. La familia de compañías de MHN incluye Managed Health Network (CA) y MHN Services, LLC. Managed Health Network es una marca de servicio registrada de Managed Health Network, LLC. Health Net of California, Inc. es una subsidiaria de Health Net, Inc. Health Net y Salud con Health Net son marcas de servicio registradas de Health Net, Inc. Todos los derechos reservados.

Aviso de No Discriminación

Además de los requisitos de no discriminación del Estado de California (según lo descrito en los documentos de cobertura de beneficios), Health Net of California, Inc. y Health Net Life Insurance Company (Health Net) cumplen con las leyes federales aplicables sobre derechos civiles y no discriminan, no excluyen a las personas ni las tratan de manera diferente por motivos de raza, color, nacionalidad, ascendencia, religión, estado civil, género, identidad sexual, orientación sexual, 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 1-800-522-0088 (TTY: 711)

Si considera que Health Net no proporcionó estos servicios o ejerció algún otro tipo de discriminación en función de una de las características antes mencionadas, puede presentar una queja formal llamando al Centro de Comunicación con el Cliente de Health Net 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 a presentar una queja formal. También puede presentar una queja formal por correo postal, fax o correo electrónico:

Health Net of California, Inc./Health Net Life Insurance Company Appeals & Grievances PO Box 10348, Van Nuys, CA 91410-0348

Fax: 1-877-831-6019

Correo Electrónico: Member.Discrimination.Complaints@healthnet.com (Afiliados) o
Non-Member.Discrimination.Complaints@healthnet.com (Solicitantes)

Para planes HMO, HSP, EOA y POS ofrecidos a través de Health Net of California, Inc.: Si su problema de salud es urgente, si ya presentó una queja ante Health Net of California, Inc. y no está conforme con la decisión o si han transcurrido más de 30 días desde que presentó la queja ante Health Net of California, Inc., puede presentar un Formulario de Revisión Médica Independiente/Quejas ante el Departamento de Atención Médica Administrada (por sus siglas en inglés, DMHC). Para presentar un formulario de quejas, puede llamar a la Mesa de Ayuda del DMHC al 1-888-466-2219 (TDD: 1-877-688-9891) o visitar www.dmhc.ca.gov/FileaComplaint.

Para planes PPO y EPO asegurados por Health Net Life Insurance Company: Para presentar una queja, puede llamar al Departamento de Seguros de California al 1-800-927-4357 o visitar <https://www.insurance.ca.gov/01-consumers/101-help/index.cfm>.

Si considera que se le ha discriminado por cuestiones de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo, también puede presentar una queja sobre derechos civiles ante el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos, Oficina de Derechos Civiles (por sus siglas en inglés, OCR), de manera electrónica a través del Portal de Quejas de la OCR, 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 (TTY: 711).

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 (TTY: 711)

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 (TTY: 711).

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 (TTY: 711)。

Hindi

बनिा लागत की भाषा सेवाएँ। आप एक दुभाषयिा 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 (TTY: 711)।

Hmong

Kev Pab Txhais Lus Dawb. Koj xav tau neeg txhais lus los tau. Koj xav tau neeg nyeem cov ntaub ntawv kom yog koj hom lus los tau. Xav tau kev pab, hu peb tau rau tus xov tooj ntawm koj daim npav los yog hu (TTY: 711).

Japanese

無料の言語サービス。通訳をご利用いただけます。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、 (TTY: 711)。

Khmer

សេវាភាសាដោយឥតគិតថ្លៃ។ អ្នកអាចទទួលបានអ្នកបកប្រែផ្ទាល់មាត់។ អ្នកអាចស្តាប់គេអានឯកសារឱ្យអ្នក។ សម្រាប់ជំនួយ សូម ទាក់ទងយើងខ្ញុំតាមរយៈលេខទូរសព្ទដែលមាននៅលើកាតសម្គាល់ខ្លួនរបស់អ្នក ឬ ទាក់ទងទៅមជ្ឈមណ្ឌលទំនាក់ទំនងពាណិជ្ជកម្ម នៃក្រុមហ៊ុន (TTY: 711)។

Korean

무료 언어 서비스. 통역 서비스를 받을 수 있습니다. 귀하가 구사하는 언어로 문서의 낭독 서비스를 받으실 수 있습니다. 도움이 필요하시면 보험 ID 카드에 수록된 번호로 전화하시거나 (TTY: 711).

Navajo

Saad Bee Áká E'eyeed T'áá Jíík'e. Ata' halne'ígíí hólq. T'áá hó hazaad k'ehjí naaltsoos hach'í' wóltah. Shíká a'doowoł nínízingo naaltsoos bee néího'dólinígíí bikáa'gi béesh bee hane'í bikáa' áají' hodíílnih éí doodaii' (TTY: 711).

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 (TTY: 711).

Panjabi (Punjabi)

ਬਨਿਾਂ ਕਸਿ ਲਾਗਤ ਤੇ ਭਾਸ਼ਾ ਸੇਵਾਵਾਂ। ਤੁਸੀਂ ਇੱਕ ਦੁਭਾਸ਼ੀਆ ਪ੍ਰਾਪਤ ਕਰ ਸਕਦੇ ਹੋ। ਤੁਹਾਨੂੰ ਦਸਤਾਵੇਜ਼ ਤੁਹਾਡੀ ਭਾਸ਼ਾ ਵਿੱਚ ਪੜ੍ਹ ਕੇ ਸੁਣਾਏ ਜਾ ਸਕਦੇ ਹਨ। ਮਦਦ ਲਈ, ਆਪਣੇ ਆਈਡੀ ਕਾਰਡ ਤੇ ਦੱਤੇ ਨੰਬਰ ਤੇ ਸਾਨੂੰ ਕਾਲ ਕਰੋ ਜਾਂ ਕਰਿਪਾ ਕਰਕੇ (TTY: 711).

Russian

Бесплатная помощь переводчиков. Вы можете получить помощь устного переводчика. Вам могут прочитать документы. За помощью обращайтесь к нам по телефону, приведенному на вашей идентификационной карточке участника плана. Кроме того, вы можете позвонить в (TTY: 711).

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 (TTY: 711).

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 (TTY: 711).

Thai

ไม่มีค่าบริการด้านภาษา คุณสามารถใช้สามได้ คุณสามารถให้อ่านเอกสารให้ฟังได้ สำหรับความช่วยเหลือ โทรหาเราตาม หมายเลขที่ให้ไว้บนบัตรประจำตัวของคุณ หรือ โทรหาศูนย์ติดต่อเชิงพาณิชย์ของ (TTY: 711)

Vietnamese

Các Dịch Vụ Ngôn Ngữ Miễn Phí. Quý vị có thể có một phiên dịch viên. Quý vị có thể yêu cầu được đọc cho nghe tài liệu. Để nhận trợ giúp, hãy gọi cho chúng tôi theo số được liệt kê trên thẻ ID của quý vị hoặc gọi (TTY: 711).