

## Resumen del Plan

# CommunityCare HMO Silver \$20

El objetivo de esta matriz es que se la use como ayuda para comparar sus beneficios de cobertura; pero es sólo un resumen. Para obtener una descripción detallada de los beneficios y las limitaciones de la cobertura, se debe consultar la **Evidencia de Cobertura** (por sus siglas en inglés, EOC).

Para encontrar qué proveedores están disponibles en la red de proveedores CommunityCare HMO, use *Búsqueda de Proveedores* en [www.healthnet.com](http://www.healthnet.com).

A menos que se indique lo contrario, se aplica el deducible.

Descripción del beneficio	Responsabilidad del/de los afiliado/s
<b>Máximo ilimitado de por vida</b>	✓
<b>Máximos del plan</b>	
Deducible por año calendario (individual/familiar)	\$2,250 / \$4,500
Desembolso máximo (individual/familiar)	\$7,350 / \$14,700
<b>Servicios profesionales<sup>1</sup></b>	
Visita al consultorio	Consulta 1 \$0 (sin ded.) / Consulta 2 en adelante \$20 (sin ded.)
Servicios de telesalud a través de Teladoc <sup>2</sup>	\$0 (sin ded.)
Consulta con un especialista	\$45 (sin ded.)
MinuteClinic <sup>3</sup>	\$20 (sin ded.)
Procedimientos de Laboratorio/Rayos X	\$50 / \$40
Terapia de rehabilitación y habilitación	\$20 (sin ded.)
<b>Servicios de radiología compleja</b> (imágenes por resonancia magnética [MRI], tomografías [CT], tomografías por emisión de positrones [PET])	\$300
<b>Servicios para pacientes ambulatorios</b>	
Cirugía para pacientes ambulatorios (sólo cargos del centro quirúrgico ambulatorio/hospital)	40% / 50%
<b>Servicios hospitalarios</b>	
Hospital para pacientes internados	50%
Centro de enfermería especializada	\$25 por día
<b>Servicios de emergencia</b>	
Sala de emergencias (sin copago si es admitido)	\$300
Atención de urgencia	\$45 (sin ded.)
<b>Servicios de salud mental/del comportamiento/para trastornos por abuso de sustancias<sup>4</sup></b>	
Servicios de Salud mental/del comportamiento/para Trastornos por abuso de sustancias (pacientes hospitalizados)	50%
Servicios de Salud mental/del comportamiento/para Trastornos por abuso de sustancias (visita al consultorio para pacientes ambulatorios)	Consulta 1 \$0 (sin ded.) / Consulta 2 en adelante \$20 (sin ded.)
<b>Otros servicios</b>	
Equipo médico duradero	30%
Acupuntura (medicamento necesaria) <sup>5</sup>	\$10 (sin ded.)
<b>Cobertura para medicamentos que requieren receta médica<sup>6,7</sup></b>	
Deducible por medicamentos que requieren receta médica (individual/familiar)	\$200 / \$400
Medicamentos que requieren receta médica del Nivel 1/Nivel 2/ Nivel 3 (suministro para un período de hasta 30 días surtido a través de una farmacia participante) <sup>6</sup>	\$20 (sin ded.) / \$60 / \$70
Medicamentos del Nivel 4 <sup>8</sup>	50%
<b>Cobertura dental pediátrica<sup>9</sup></b>	
Servicios preventivos y de diagnóstico	\$0 (sin ded.)
<b>Cobertura de la vista pediátrica<sup>10</sup></b>	
Examen de la vista de rutina	\$0 (sin ded.)
Anteojos (se aplican limitaciones)	\$0 (sin ded.)

(notas al pie en el reverso)

<sup>1</sup>Los servicios de atención preventiva están cubiertos para niños y adultos, según las indicaciones de su médico, de acuerdo con las pautas establecidas por las recomendaciones de Grado A y B del Grupo Especial de Servicios Preventivos de los EE. UU.; las recomendaciones del Comité Asesor sobre Prácticas de Vacunación (por sus siglas en inglés, ACIP) que fueron adoptadas por los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (por sus siglas en inglés, CDC), y las pautas para bebés, niños, adolescentes y el cuidado de la salud preventivo de la mujer respaldadas por la Administración de Recursos y Servicios de Salud (por sus siglas en inglés, HRSA). Los servicios de atención preventiva incluyen, pero no se limitan a, evaluaciones periódicas de salud, vacunas, procedimientos de diagnóstico preventivos, como servicios de atención preventiva para el embarazo, y exámenes preventivos de la vista y la audición, prueba de detección del virus del papiloma humano (por sus siglas en inglés, HPV) aprobada por la Administración federal de Medicamentos y Alimentos (por sus siglas en inglés, FDA) y la opción de una prueba de detección de cáncer de cuello uterino aprobada por la FDA. Se cubrirá un extractor de leche materna y los suministros necesarios para su uso en cada embarazo sin costo para la afiliada. Determinaremos el tipo de equipo, si se deberá alquilar o comprar y el proveedor que lo proporciona.

<sup>2</sup>Health Net tiene un contrato con Teladoc para brindar servicios de telemedicina para problemas médicos, trastornos mentales y afecciones de dependencia de sustancias químicas. Los servicios de Teladoc no tienen el objetivo de reemplazar los servicios de su médico, sino que constituyen un servicio suplementario. Los servicios de telemedicina que no son proporcionados por Teladoc no están cubiertos. Los servicios de consulta de Teladoc no cubren: servicios de especialistas, ni recetas para sustancias controladas por la Administración para el Control de Drogas (por sus siglas en inglés, DEA) medicamentos no terapéuticos u otros medicamentos determinados que pueden ser perjudiciales debido a la posibilidad de abuso.

<sup>3</sup>No hay MinuteClinics disponibles en todos los condados de California. Para obtener las ubicaciones más actualizadas, consulte [www.minuteclinic.com](http://www.minuteclinic.com).

<sup>4</sup>Los beneficios son administrados por MHN Services, una compañía afiliada de servicios administrativos de salud del comportamiento, que proporciona servicios de salud del comportamiento.

<sup>5</sup>El cuidado de acupuntura es administrado por American Specialty Health Plans of California, Inc., una subsidiaria de American Specialty Health Incorporated (ASH).

<sup>6</sup>Los tres niveles de medicamentos que requieren receta médica son: Nivel 1 – La mayoría de los medicamentos genéricos y de marca preferidos de bajo costo. Nivel 2 – Medicamentos genéricos no preferidos; medicamentos de marca preferidos; o medicamentos recomendados por el Comité de Farmacia y Terapéutica (por sus siglas en inglés, P&T) del plan según la seguridad, la eficacia y el costo del medicamento. Nivel 3 – Medicamentos de marca no preferidos; medicamentos recomendados por el Comité de P&T según la seguridad, la eficacia y el costo del medicamento; o medicamentos que por lo general tienen una alternativa terapéutica preferida y habitualmente menos costosa en un nivel más bajo.

<sup>7</sup>Los medicamentos preventivos y los anticonceptivos para la mujer aprobados por la Administración de Medicamentos y Alimentos (FDA) están cubiertos sin cargo para el afiliado. Los medicamentos preventivos son medicamentos de venta libre recetados o medicamentos que requieren receta médica que se utilizan a efectos de la salud preventiva de acuerdo con las recomendaciones de grado A y B del Grupo Especial de Servicios Preventivos de los EE. UU. Los anticonceptivos cubiertos son anticonceptivos para la mujer aprobados por la FDA que se encuentran disponibles en forma de medicamentos de venta libre, o bien, que sólo están disponibles con una receta. Si se despacha un medicamento de marca, y un medicamento genérico equivalente se encuentra comercialmente disponible, usted deberá pagar la diferencia del costo entre el medicamento genérico y el medicamento de marca. No obstante, si un medicamento de marca es médicamente necesario y el médico obtiene la autorización previa de Health Net, entonces el medicamento de marca se despachará sin cargo. Los anticonceptivos vaginales, orales, transdérmicos y de emergencia están cubiertos conforme al beneficio de medicamentos que requieren receta médica. Los DIU, así como los anticonceptivos implantables e inyectables están cubiertos (cuando son administrados por un médico) conforme al beneficio médico.

<sup>8</sup>Los medicamentos del Nivel 4 incluyen: Medicamentos para los cuales la Administración de Medicamentos y Alimentos (FDA) o el fabricante del medicamento limitan la distribución a farmacias especializadas; o cuya autoadministración requiere capacitación, control clínico; o que fueron fabricados mediante el uso de la biotecnología; o para los que el costo del plan (libre de reembolsos) es mayor de \$600. Los medicamentos auto inyectables (distintos de la insulina) se consideran medicamentos especializados. Los medicamentos especializados requieren autorización previa y deben surtirse en un proveedor de especialidades farmacéuticas contratado. Los medicamentos del Nivel 4 tendrán un copago y coseguro máximo de \$250 por una receta individual de un suministro para un período de hasta 30 días.

<sup>9</sup>Los planes dentales pediátricos son ofrecidos y administrados por Dental Benefit Providers of California, Inc. (DBP). DBP no está afiliada a Health Net. Se cubren beneficios dentales pediátricos adicionales. Consulte la EOC del plan para obtener detalles.

<sup>10</sup>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.

## *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. (Health Net) cumple con las leyes federales aplicables sobre derechos civiles y no discrimina, no excluye a las personas ni las trata 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:

### **Afiliados a Planes Individuales y Familiares (IFP) Del Intercambio/Covered California**

1-888-926-4988 (TTY: 711)

**Afiliados a Planes Individuales y Familiares (IFP) Fuera del Intercambio** 1-800-839-2172 (TTY: 711)

**Solicitantes de Planes Individuales y Familiares (IFP)** 1-877-609-8711 (TTY: 711)

**Planes de Grupo a través de Health Net** 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 ayudarle a presentar una queja formal. También puede presentar una queja formal por correo postal, fax o correo electrónico:

Health Net of California, Inc. Appeals & Grievances

PO Box 10348

Van Nuys, CA 91410-0348

Fax: 1-877-831-6019

Correo Electrónico: [Member.Discrimination.Complaints@healthnet.com](mailto:Member.Discrimination.Complaints@healthnet.com) (Afiliados) o

[Non-Member.Discrimination.Complaints@healthnet.com](mailto:Non-Member.Discrimination.Complaints@healthnet.com) (Solicitantes)

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](http://www.dmhc.ca.gov/FileaComplaint).

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 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 प्लेस 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 ntawv 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 ntawv 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.

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。

សេវាកាសាដោយឥតគិតថ្លៃ។ 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។

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.

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 néiho'dólnínígíí bikáa'gi béesh bee hane'í bikáa' áajj' hodíílnih éí doodaii' 1-800-522-0088 (TTY: 711). California marketplace hoolyéhi'jí béeso ách'ááh naanilí ats'íís baa áháyá biniyé nahínílnii'go éí koji' hólne' 1-888-926-4988 (TTY: 711). Shíká anáá'doowoł jinízingo: PPO éí doodaii' EPOqjí Health Net Life Insurance Company wolyéhi'jí béeso ách'ááh naa'níl biniyé 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'ááh naa'níl biniyé hats'íís bik'é'ésti'go éí koji' hojilnih DMHC Helpline 1-888-HMO-2219.

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.

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 ਨਾਮਾਂਕਿਤ 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 ਨਾਮਾਂਕਿਤ 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.