

Resumen del Plan

Full Network HMO Platinum \$30

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 HMO, use *Búsqueda de Proveedores* en www.healthnet.com.

Descripción del beneficio	Responsabilidad del/de los afiliado/s
Máximo ilimitado de por vida	✓
Máximos del plan	
Deducible por año calendario (individual/familiar)	N/A
Desembolso máximo (individual/familiar)	\$2,250 / \$4,500
Servicios profesionales¹	
Visita al consultorio	\$30
Consulta con un especialista	\$50
Servicios de telesalud a través de Teladoc ²	\$0
MinuteClinic ³	\$30
Procedimientos de Laboratorio/Rayos X	\$50 / \$20
Terapia de rehabilitación y habilitación	\$30
Servicios de radiología compleja (imágenes por resonancia magnética [MRI], tomografías [CT], tomografías por emisión de positrones [PET])	\$250
Servicios para pacientes ambulatorios	
Cirugía para pacientes ambulatorios (sólo cargos del centro quirúrgico ambulatorio/hospital)	\$150 / \$150
Servicios hospitalarios	
Hospital para pacientes internados	\$500 por día (copago máx. de 4 días por cada admisión)
Centro de enfermería especializada	\$25 por día
Servicios de emergencia	
Sala de emergencias (sin copago si es admitido)	\$250
Atención de urgencia	\$30
Servicios de salud mental/del comportamiento/para trastornos por abuso de sustancias⁴	
Servicios de Salud mental/del comportamiento/para Trastornos por abuso de sustancias (pacientes hospitalizados)	\$500 por día (copago máx. de 4 días por cada admisión)
Servicios de Salud mental/del comportamiento/para Trastornos por abuso de sustancias (visita al consultorio para pacientes ambulatorios)	\$30
Otros servicios	
Equipo médico duradero	30%
Acupuntura (medicamento necesaria) ⁵	\$10
Cobertura para medicamentos que requieren receta médica^{6,7}	
Deducible por medicamentos que requieren receta médica (individual/familiar)	\$0
Medicamentos que requieren receta médica del Nivel 1/Nivel 2/ Nivel 3 (suministro para un periodo de hasta 30 días surtido a través de una farmacia participante) ⁶	\$5 / \$20 / \$30
Medicamentos del Nivel 4 ⁸	30%
Cobertura dental pediátrica⁹	
Servicios preventivos y de diagnóstico	\$0
Cobertura de la vista pediátrica¹⁰	
Examen de la vista de rutina	\$0
Anteojos (se aplican limitaciones)	\$0

(continúa)

¹Los 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.

²Health Net tiene un contrato con Teladoc para brindar servicios de telesalud 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 telesalud 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.

³No hay MinuteClinics disponibles en todos los condados de California. Para obtener las ubicaciones más actualizadas, consulte www.minuteclinic.com.

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

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

⁶Los 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.

⁷Los 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.

⁸Los 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.

⁹Los 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.

¹⁰Health 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 (Afiliados) o

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.

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, if you have an ID card, please call the Customer Contact Center number. Employer group applicants please call Health Net's Commercial Contact Center at 1-800-522-0088 (TTY: 711). Individual & Family Plan (IFP) applicants please call 1-877-609-8711 (TTY: 711).

Arabic

خدمات لغوية مجانية. يمكننا أن نوفر لك مترجم فوري. ويمكننا أن نقرأ لك الوثائق بلغتك. للحصول على المساعدة، يرجى الاتصال برقم مركز خدمة العملاء المبين على بطاقتك. فيما يتعلق بمقدمي طلبات مجموعة صاحب العمل، يرجى التواصل مع مركز الاتصال التجاري في Health Net عبر الرقم: 1-800-522-0088 (TTY: 711). فيما يتعلق بمقدمي طلبات خطة الأفراد والعائلة، يرجى الاتصال بالرقم 1-877-609-8711 (TTY: 711).

Armenian

Անվճար լեզվական ծառայություններ: Դուք կարող եք բանավոր թարգմանիչ ստանալ: Փաստաթղթերը կարող են կարդալ ձեր լեզվով: Եթե ID քարտ ունեք, օգնության համար խնդրում ենք զանգահարել Հաճախորդների սպասարկման կենտրոնի հեռախոսահամարով: Գործատուի խմբի դիմորդներին խնդրում ենք զանգահարել Health Net-ի Կոմերցիոն սպասարկման կենտրոն՝ 1-800-522-0088 հեռախոսահամարով (TTY՝ 711): Individual & Family Plan (IFP) դիմորդներին խնդրում ենք զանգահարել 1-877-609-8711 հեռախոսահամարով (TTY՝ 711):

Chinese

免費語言服務。您可使用口譯員服務。您可請人將文件唸給您聽並請我們將某些文件翻譯成您的語言寄給您。如需協助且如果您有會員卡，請撥打客戶聯絡中心電話號碼。雇主團保計畫的申請人請撥打 1-800-522-0088（聽障專線：711）與 Health Net 私人保險聯絡中心聯絡。Individual & Family Plan (IFP) 的申請人請撥打 1-877-609-8711（聽障專線：711）。

Hindi

बिना शुल्क भाषा सेवारं। आप एक दुभाषिया प्राप्त कर सकते हैं। आप दस्तावेजों को अपनी भाषा में पढ़वा सकते हैं। मदद के लिए, यदि आपके पास आईडी कार्ड है तो कृपया ग्राहक संपर्क केंद्र के नंबर पर कॉल करें। नियोक्ता सामूहिक आवेदक कृपया हेल्थ नेट के कमर्शियल संपर्क केंद्र को 1-800-522-0088 (TTY: 711) पर कॉल करें। व्यक्तिगत और फैमिली प्लान (आईएफपी) आवेदक कृपया 1-877-609-8711 (TTY: 711) पर कॉल करें।

Hmong

Tsis Muaj Tus Nqi Pab Txhais Lus. Koj tuaj yeem tau txais ib tus kws pab txhais lus. Koj tuaj yeem muaj ib tus neeg nyeem cov ntaub ntauv rau koj ua koj hom lus hais. Txhawm rau pab cuam, yog tias koj muaj daim npav ID, thov hu rau Neeg Qhua Lub Chaw Tiv Toj tus npawb. Tus tswv ntiav neeg ua haujlwm pab pawg sau ntauv thov ua haujlwm thov hu rau Health Net Qhov Chaw Tiv Toj Kev Lag Luam ntawm 1-800-522-0088 (TTY: 711). Tus Neeg thiab Tsev Neeg Qhov Kev Npaj (IFP) cov neeg thov ua haujlwm thov hu rau 1-877-609-8711 (TTY: 711).

Japanese

無料の言語サービスを提供しております。通訳者もご利用いただけます。日本語で文書をお読みすることも可能です。ヘルプについては、IDカードをお持ちの場合は顧客連絡センターまでお電話ください。雇用主を通じた団体保険の申込者の方は、Health Netの顧客連絡センター（1-800-522-0088、TTY: 711）までお電話ください。個人・家族向けプラン（IFP）の申込者の方は、1-877-609-8711（TTY: 711）までお電話ください。

Khmer

សេវាកាសាដោយឥតគិតថ្លៃ។ លោកអ្នកអាចទទួលបានអ្នកបកប្រែផ្ទាល់មាត់។ លោកអ្នកអាចស្តាប់គេអានឯកសារឱ្យ
លោកអ្នកជាភាសារបស់លោកអ្នក។ សម្រាប់ជំនួយ ប្រសិនបើលោកអ្នកមានប័ណ្ណសម្គាល់ខ្លួន សូមហៅទូរស័ព្ទទៅកាន់
លេខរបស់មជ្ឈមណ្ឌលទំនាក់ទំនងអតិថិជន។ អ្នកដាក់ពាក្យសុំគម្រោងជាក្រុមដែលជាបុគ្គលិក សូមហៅទូរស័ព្ទទៅ
កាន់មជ្ឈមណ្ឌលទំនាក់ទំនងរបស់ Health Net តាមរយៈលេខ 1-800-522-0088 (TTY: 711)។ អ្នកដាក់ពាក្យសុំ
គម្រោងជាលក្ខណៈបុគ្គល និងក្រុមគ្រួសារ (IFP) សូមហៅទូរស័ព្ទទៅកាន់លេខ 1-877-609-8711 (TTY: 711)។

Korean

무료 언어 서비스입니다. 통역 서비스를 받으실 수 있습니다. 문서 낭독 서비스를 받으실 수 있으며
일부 서비스는 귀하가 구사하는 언어로 제공됩니다. 도움이 필요하시면 ID 카드에 수록된 번호로
고객서비스 센터에 연락하십시오. 고용주 그룹 신청인의 경우 Health Net의 상업 고객서비스 센터에
1-800-522-0088(TTY: 711)번으로 전화해 주십시오. 개인 및 가족 플랜(IFP) 신청인의 경우
1-877-609-8711(TTY: 711)번으로 전화해 주십시오.

Navajo

Doo bą́ą́h ílínígóó saad bee háká ada'iiyeed. Ata' halne'ígíí da ła' ná hádíóót'íjį́. Naaltsos da t'áá
shí shizaad k'éhjí shichí' yídooltaah nínízingo t'áá ná ákódoolníí. Ákót'éego shíká a'doowoł nínízingo
Customer Contact Center hoolyéhíjį́ hodíílnih ninaaltsos nanítingo bee néého'dolzinígíí hodoonihjį́
bikáá'. Naaltsos nehiltsóosgo naanish bá dahikahígíí éí kojį́' hodíílnih Health Net's Commercial
Contact Center 1-800-522-0088 (TTY: 711). T'áá hó dóó ha'á'chíní (IFP) báhígíí éí kojį́' hojilnih
1-877-609-8711 (TTY: 711).

Persian (Farsi)

خدمات زبان بدون هزینه. می توانید یک مترجم شفاهی بگیرید. می توانید درخواست کنید اسناد به زبان شما برایتان خوانده شوند. برای
دریافت کمک، اگر کارت شناسایی دارید، لطفاً با شماره مرکز تماس مشتریان تماس بگیرید. متقاضیان گروه کارفرما لطفاً با مرکز تماس
تجاری Health Net به شماره 1-800-522-0088 (TTY:711) تماس بگیرید. متقاضیان طرح فردی و خانوادگی (IFP) * لطفاً با
شماره 1-877-609-8711 (TTY:711) تماس بگیرید.

Panjabi (Punjabi)

ਬਿਨਾਂ ਕਿਸੇ ਲਾਗਤ ਵਾਲੀਆਂ ਭਾਸ਼ਾ ਸੇਵਾਵਾਂ। ਤੁਸੀਂ ਇੱਕ ਦੁਭਾਸ਼ੀਏ ਦੀ ਸੇਵਾ ਹਾਸਲ ਕਰ ਸਕਦੇ ਹੋ। ਤੁਹਾਨੂੰ ਦਸਤਾਵੇਜ਼ ਤੁਹਾਡੀ ਭਾਸ਼ਾ
ਵਿੱਚ ਪੜ੍ਹ ਕੇ ਸੁਣਾਏ ਜਾ ਸਕਦੇ ਹਨ। ਮਦਦ ਲਈ, ਜੇ ਤੁਹਾਡੇ ਕੋਲ ਇੱਕ ਆਈਡੀ ਕਾਰਡ ਹੈ, ਤਾਂ ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ ਗਾਹਕ ਸੰਪਰਕ
ਕੇਂਦਰ ਨੰਬਰ ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ। ਮਾਲਕ ਦਾ ਗਰੁੱਪ ਬਿਨੈਕਾਰ, ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ ਹੈਲਥ ਨੈੱਟ ਦੇ ਵਪਾਰਕ ਸੰਪਰਕ ਕੇਂਦਰ ਨੂੰ
1-800-522-0088 (TTY: 711) 'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ। ਵਿਅਕਤੀਗਤ ਅਤੇ ਪਰਿਵਾਰਕ ਯੋਜਨਾ (IFP) ਬਿਨੈਕਾਰਾਂ ਨੂੰ ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ
1-877-609-8711 (TTY: 711) 'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ।

Russian

Бесплатная помощь переводчиков. Вы можете получить помощь переводчика. Вам могут прочесть
документы на Вашем родном языке. Если Вам нужна помощь и у Вас при себе есть карточка
участника плана, звоните по телефону Центра помощи клиентам. Участники коллективных планов,
предоставляемых работодателем: звоните в коммерческий центр помощи Health Net по телефону
1-800-522-0088 (TTY: 711). Участники планов для частных лиц и семей (IFP): звоните по телефону
1-877-609-8711 (TTY: 711).

Spanish

Servicios de idiomas sin costo. Puede solicitar un intérprete, obtener el servicio de lectura de documentos y recibir algunos en su idioma. Para obtener ayuda, si tiene una tarjeta de identificación, llame al número del Centro de Comunicación con el Cliente. Los solicitantes del grupo del empleador deben llamar al Centro de Comunicación Comercial de Health Net, al 1-800-522-0088 (TTY: 711). Los solicitantes de planes individuales y familiares deben llamar al 1-877-609-8711 (TTY: 711).

Tagalog

Walang Bayad na Mga Serbisyo sa Wika. Makakakuha kayo ng interpreter. Makakakuha kayo ng mga dokumento na babasahin sa inyo sa inyong wika. Para sa tulong, kung mayroon kayong ID card, mangyaring tumawag sa numero ng Customer Contact Center. Para sa mga grupo ng mga aplikante ng tagapag-empleyo, mangyaring tumawag sa Commercial Contact Center ng Health Net sa 1-800-522-0088 (TTY: 711). Para sa mga aplikante ng Planong Pang-individuwal at Pampamilya (Individual & Family Plan, IFP), mangyaring tumawag sa 1-877-609-8711 (TTY: 711).

Thai

ไม่มีค่าบริการด้านภาษา คุณสามารถใช้ล่ามได้ คุณสามารถให้อ่านเอกสารให้ฟังเป็นภาษาของคุณได้ หากต้องการความช่วยเหลือ และคุณมีบัตรประจำตัว โปรดโทรหมายเลขศูนย์ลูกค้าสัมพันธ์ ผู้สมัครกลุ่มนายจ้าง โปรดโทรหาศูนย์ลูกค้าสัมพันธ์เชิงพาณิชย์ของ Health Net ที่หมายเลข 1-800-522-0088 (โหมด TTY: 711) ผู้สมัครแผนบุคคลและครอบครัว (Individual & Family Plan: IFP) โปรดโทร 1-877-609-8711 (โหมด TTY: 711)

Vietnamese

Các Dịch Vụ Ngôn Ngữ Miễn Phí. Quý vị có thể có một phiên dịch viên. Quý vị có thể yêu cầu được đọc cho nghe tài liệu bằng ngôn ngữ của quý vị. Để được giúp đỡ, nếu quý vị có thẻ ID, vui lòng gọi đến số điện thoại của Trung Tâm Liên Lạc Khách Hàng. Những người nộp đơn xin bảo hiểm nhóm qua hãng sở vui lòng gọi Trung Tâm Liên Lạc Thương Mại của Health Net theo số 1-800-522-0088 (TTY: 711). Người nộp đơn thuộc Chương Trình Cá Nhân & Gia Đình (IFP), vui lòng gọi số 1-877-609-8711 (TTY: 711).

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

FLY017550EH00 (12/17)