

Health Net of California, Inc. (Health Net)



FROM | health net™

Actúe y Elija su Cobertura de Salud. ¡Elija Ambetter from Health Net!

Fecha de entrada en vigor: 1.º de enero de 2026

Planes individuales y familiares disponibles a través de Covered California™



myhealthnetca.com



Si es la primera vez que elige Health Net o si regresa con nosotros para 2026, hay varios aspectos importantes que debe conocer sobre nuestros planes y nuestra gente:

- Ofrecemos cobertura de salud asequible y de calidad para individuos y familias.
- A través de nuestras redes locales de médicos, ayudamos a las personas a obtener la atención que necesitan en cada etapa de su vida y su salud.
- Como usted, vivimos y trabajamos en California.
- Puede inscribirse en nuestros planes a través de Covered California.

Lea este folleto para conocer lo que Health Net le tiene preparado.

Esto es lo que encontrará...

El Valor de la Cobertura de Salud	1
Período de Inscripción para 2026	2
Formas de Inscribirse.....	2
Conozca Sus Costos y Niveles de Cobertura	3
Ayuda Económica a Través de Covered California	4
Los Beneficios de Health Net	5
Programas de Salud y Bienestar	6
Infórmese Sobre Dónde Recibir Atención	7
Explore Sus Opciones con el Plan Ambetter from Health Net	8
Covered California: Elija por Ubicación	9
Planes Ambetter HMO	10
Planes Ambetter PPO	13
Definiciones de Atención de Salud	16

El Valor de la Cobertura de Salud

Quizás se pregunte si ha habido algún cambio en las leyes que pueda afectarlos a usted y a su familia. Quizás también se pregunte por qué necesita cobertura de atención de salud. Estos son algunos datos que debería conocer.

Cómo le afectan las normas en California.

Para 2026 corresponde la siguiente información:

- California exige a las personas que tengan un seguro de salud o que paguen una multa impositiva estatal.
- Es posible obtener ayuda para pagar la prima. La ayuda para pagar la prima a través de California y del gobierno federal está disponible según los ingresos de la familia. La ayuda económica solo está disponible cuando se adquiere cobertura de salud a través de Covered California.
- Todos los planes individuales y familiares deben ofrecer cobertura para 10 beneficios de salud esenciales. Entre los beneficios se incluyen atención de maternidad, salud mental, internaciones, atención dental pediátrica y más.

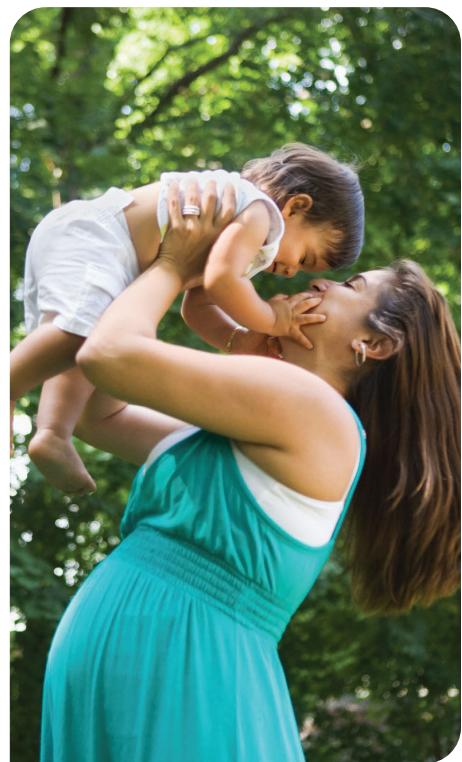
La cobertura brinda tranquilidad

¿Sabía que una internación en hospital de tres días puede costar hasta \$30,000?¹ Costos como estos son por los que vale la pena usar su dinero ganado con tanto esfuerzo para adquirir una cobertura de salud. La cobertura de salud le brinda ayuda para lo siguiente:

- Pagar costos médicos importantes si tiene dolores o una enfermedad. Los costos relacionados con un accidente o enfermedad pueden acumularse rápidamente. Y el costo es lo último por lo que quiere preocuparse si surge una emergencia.
- Mantenerse saludable mediante chequeos, vacunas y exámenes de detección. También ayuda a cubrir el costo de los medicamentos que requieren receta médica y los gastos relacionados con el tratamiento de enfermedades crónicas.

Elija la tranquilidad que brinda contar con cobertura de salud.

Convierta a Ambetter from Health Net en su plan para 2026.



¹ <https://www.healthcare.gov/why-coverage-is-important/protection-from-high-medical-costs/>



Listas de verificación para inscripción

¿Los médicos, especialistas y proveedores de la red del plan se ajustan a sus necesidades de salud?

¿Los montos del deducible, copago y coseguro del plan se ajustan a su presupuesto?

¿Califica para recibir ayuda para el pago de la prima?

Período de Inscripción para 2026

Puede inscribirse en una nueva cobertura de salud o cambiar su cobertura actual para 2026.

La inscripción comienza el: 1.º de noviembre de 2025.

La inscripción finaliza el: 31 de enero de 2026.

Fechas importantes que debe tener en cuenta:

- Para que la cobertura comience de inmediato el 1.º de enero, inscríbase antes del 31 de diciembre. Debe realizar el primer pago de la prima antes de que comience la cobertura.
- El último día para inscribirse en la cobertura de 2026 es el 31 de enero. Inscríbase antes del 31 de enero para que su cobertura comience el 1.º de febrero. Después de esa fecha, podrá inscribirse únicamente si califica para un evento especial.

Estos son algunos ejemplos de hechos que le permitirán inscribirse después del 31 de enero:

- Pierde un empleo que le brindaba cobertura.
- Nace o adopta un bebé.
- Cambian sustancialmente sus ingresos.
- Contrae matrimonio o se divorcia.
- Se muda fuera del área de servicio.

Formas de Inscribirse

Cuando tenga todo listo para inscribirse en la cobertura de Health Net, estamos aquí para ayudarle a que sea fácil.

- Llame a nuestro equipo de ventas de Health Net al **877-609-8711**.
- Ingrrese en **www.CoveredCA.com**.
- Visite** a su agente de seguro local o a un asesor de inscripciones certificado de Covered California.

Reglas para 2026

Para 2026, los californianos deben tener cobertura de atención de salud o pagar una multa. Pagará la multa cuando presente su declaración de impuestos estatales. Para evitar pagar la multa estatal, las personas pueden calificar para una exención.

Puede informarse sobre las exenciones y confirmar la multa para el año fiscal 2026 en www.coveredca.com/individuals-and-families/getting-covered/penalty-and-exemptions.

Conozca Sus Costos y Niveles de Cobertura

Hay dos tipos de costos que acompañan a la cobertura de salud:



Prima mensual

Es lo que paga para mantener vigente su cobertura de salud. La paga directamente a Health Net. La paga una vez al mes, ya sea que use o no los servicios.



Copago o coseguro

Es el monto que paga cuando utiliza los servicios de salud, llamados costos de desembolso. Lo paga directamente al médico, la farmacia u otro proveedor (por ejemplo, el laboratorio o el hospital).

Algunos planes de salud tienen un deducible. Este es el monto que usted debe por algunos servicios de atención de salud cubiertos antes de que el plan de salud comience a pagarlos. Despues de que paga el deducible, los servicios cubiertos todavía están sujetos a otros costos compartidos, como copagos o coseguro.

Encuentre el nivel de cobertura adecuado

Elegir el plan adecuado depende de sus necesidades de atención de salud. También depende de su presupuesto y su estilo de vida. Hay un equilibrio entre el precio de su prima mensual y el monto que paga cuando necesita atención médica.



Prima mensual más alta



+
Costos de desembolso más bajos



Prima mensual más baja



+
Costos de desembolso más altos

Considere estos dos ejemplos

David tiene poco más de cincuenta años y ve al médico con frecuencia por su presión arterial alta. Se ha sometido a algunas cirugías y puede necesitar otra. **David elige un plan con una prima mensual más alta. Su plan también cubre una mayor parte de los costos de desembolso de los servicios que utiliza, lo que significa que probablemente pagará menos por cada visita al médico o tratamiento.**

Gloria tiene 27 años y rara vez se enferma. Quiere un plan de salud que la mantenga cubierta pero que le cueste menos. **Gloria elige un plan con una prima mensual más baja. Sabe que le costará más cuando consulte al médico, pero planea reservar dinero en caso de que tenga un gasto inesperado de salud.**



Consejo importante: Consulte las Definiciones de Atención de Salud de la página 16 si no entiende bien alguna palabra sobre la atención de salud.

Ayuda Económica a través de Covered California

El gobierno ofrece ayuda económica para la cobertura de salud a las personas que califican. Hay dos tipos de ayuda:



Asistencia para el pago de la prima

para las personas que califican, reduce el costo que pagan cada mes por la cobertura de atención de salud.

Reducciones en los costos compartidos

disponibles en los planes Enhanced Silver reducen lo que paga por servicios como las visitas al médico.



Puede averiguar cuál será la prima que pagará según su edad, su código postal, sus ingresos y la cantidad de personas en su familia.

Llame a Health Net al **877-609-8711** y le ayudaremos a encontrar el nivel de cobertura que mejor se adapte a sus necesidades.

También puede hacerlo usando la herramienta en línea “Shop and Compare” (Comprar y comparar), en www.CoveredCA.com, de Covered California.

- Los dos tipos de ayuda se basan en los ingresos familiares anuales y el tamaño de la familia.
- La ayuda para el pago de la prima está disponible, si califica, para todos los planes excepto los planes Minimum Coverage.
- Las reducciones de costos compartidos están disponibles en los planes de nivel Silver que se denominan Enhanced Silver.
- Debe adquirir cobertura de salud a través de Covered California para obtener asistencia para el pago de la prima y reducciones en los costos compartidos.

Este es un ejemplo

Alina tiene 40 años y está adquiriendo atención de salud para ella y sus tres hijos. Dado que gana alrededor de \$45,000 por año, califica para asistencia para el pago de la prima y reducciones en los costos compartidos.

En primer lugar, la asistencia para el pago de la prima reducirá el monto que debe pagar cada mes por la cobertura. Esta asistencia está disponible sin importar el nivel (metal) de plan que elija.



En segundo lugar, puede obtener un plan Enhanced Silver que reduce el monto que paga por las visitas al médico y otros servicios.

Por ejemplo, el copago de Alina por una consulta al médico puede ser de \$15 en lugar de \$50.

Con tres hijos, la familia de Alina visita al médico con bastante frecuencia. Por eso, Alina decide que un plan del nivel Enhanced Silver es el adecuado.

Los Beneficios de Health Net

Health Net le ofrece una variedad de planes de salud y mucho más.



Cuide su salud con Health Net

Cuando elige Health Net, puede contar con:

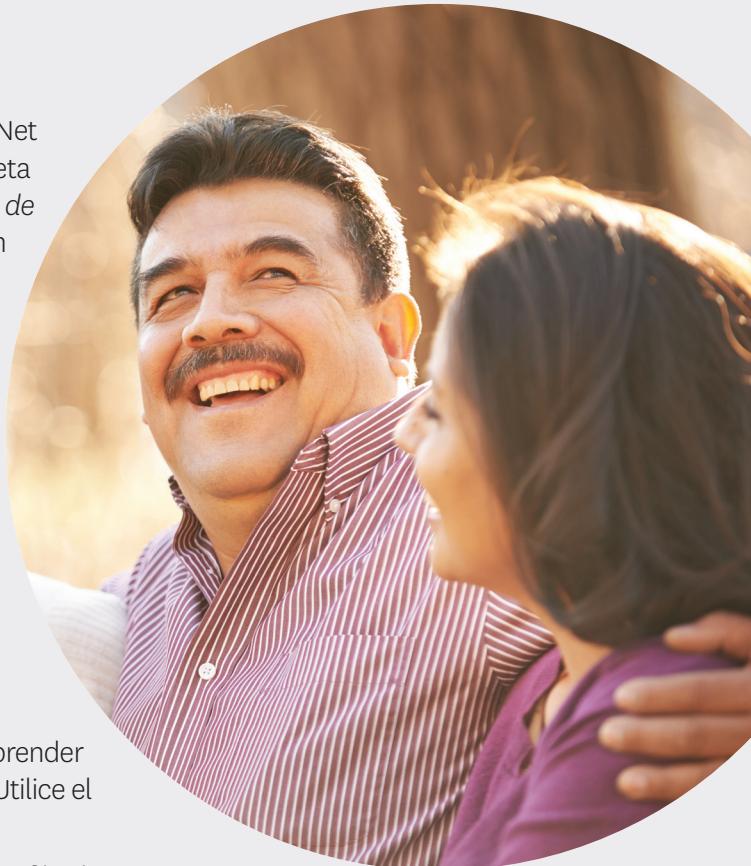
- Visitas al médico cuando necesita atención.
- Vacunas contra la gripe. Mamografías. Vacunas para niños.
- Asesoramiento médico en cualquier momento del día o la noche y los fines de semana.
- Atención de urgencia y servicios hospitalarios cuando los necesita.



Surta sus recetas médicas

La *Lista de Medicamentos Esenciales* de Health Net es una lista de medicamentos que requieren receta médica que están cubiertos por su plan. La *Lista de Medicamentos Esenciales* se puede encontrar en myhealthnetca.com, en la sección “Pharmacy Information” (Información de farmacia).

- Use las farmacias de la red de farmacias de su plan de salud.
- Elija medicamentos genéricos para reducir sus costos de desembolso.
- Aproveche nuestro programa de compra por correo para sus recetas médicas para enfermedades crónicas.



Cree una cuenta en línea

Tener una cuenta en línea puede ayudarle a comprender y administrar su plan Ambetter from Health Net. Utilice el portal para afiliados para lo siguiente:

- Imprimir las tarjetas de identificación (ID) de afiliado.
- Ver los detalles de su plan.
- Consultar los beneficios de farmacia o buscar una farmacia cercana.
- Cambiar su médico de atención primaria (por sus siglas en inglés, PCP).
- Encontrar programas para el control de peso, dejar de fumar y más.
- Saber cuándo realizarse exámenes de salud.

(continúa)

Programas de Salud y Bienestar

Como afiliado, usted y sus dependientes cubiertos tienen acceso a estos programas de bienestar y mucho más gracias a su inscripción actual en Health Net.



Craving to Quit® (programa para dejar de fumar)

Este programa cubre la mayoría de los tipos de tabaco, le permite hablar con un asesor que le brindará apoyo y le ofrece un plan personalizado para dejar de fumar. Este innovador programa de 21 días le enseña a detectar situaciones de ansiedad y hábitos que ayudarán a los participantes a dejar de fumar o vapear.



Tome Decisiones Saludables y Obtenga Recompensas

Nuestro programa My Health Pays® está disponible para los afiliados de Ambetter from Health Net. Es un programa de recompensas que le paga por las decisiones saludables que probablemente ya toma cada día. ¿Ya se hizo el examen de bienestar anual? Hacerlo le da puntos. ¿Está aprendiendo nuevas formas de estar saludable? Hacerlo también le da puntos. ¡Gane puntos y reciba recompensas!



Programa Active&Fit Direct™

¿En el gimnasio o en el hogar? Elija cómo mantenerse activo. Con el programa Active&Fit Direct™,¹ tendrá acceso a lo siguiente:

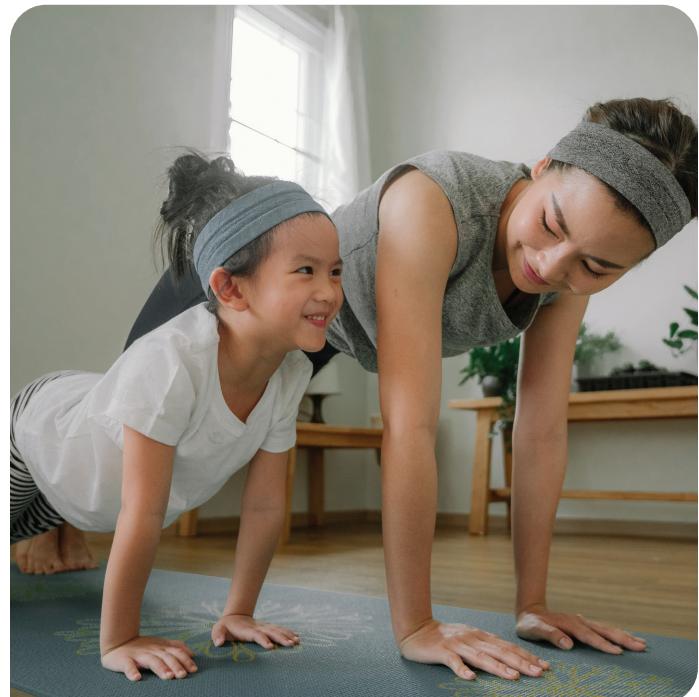
- Miles de gimnasios, estudios y videos de entrenamiento.
- Entrenamiento personalizado para mejorar la aptitud física, reducir el estrés, aumentar el descanso y mucho más.



Programa para la Salud Mental de Teladoc (Digital)

El Programa para la Salud Mental de Teladoc (digital)² es una herramienta especialmente diseñada para ayudarle a ser más feliz y a estar más saludable. Disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana, en línea y a través de una aplicación móvil, este programa de autoayuda ofrece métodos comprobados para ayudarle a lograr cambios positivos y duraderos.

¡Es seguro y personalizado, justo para usted!



¹Se requieren 2 meses de participación. El Programa Active&Fit Direct se ofrece a través de American Specialty Health Fitness, Inc., una subsidiaria de American Specialty Health Incorporated (ASH). ASH se reserva el derecho de modificar cualquier aspecto del Programa Active&Fit (lo que incluye, sin límites, la tarifa de inscripción, la tarifa mensual o el período de introducción) en cualquier momento, mediante enmiendas a estos términos y condiciones. Si se modifican las tarifas o se realizan cambios importantes en el programa, ASH enviará un aviso, al menos, 30 días antes de la fecha de entrada en vigor de dichos cambios. ASH puede suspender completamente el programa en cualquier momento con aviso previo por escrito. El logotipo de Active&Fit es una marca registrada de ASH y se utiliza con autorización en el presente documento.

²Los afiliados tienen acceso al Programa para la Salud Mental de Teladoc (digital) a través de su inscripción actual en Health Net of California, Inc.

Infórmese Sobre Dónde Recibir Atención

Nuestros planes ofrecen diversas formas de recibir la atención que necesita, cuando la necesita.



En el consultorio del médico



En su hogar



En una clínica

Su médico principal

Acuda a su médico de atención primaria (PCP) para atención rutinaria y preventiva. Esto incluye exámenes anuales de bienestar, consultas por enfermedad, vacunas y atención médica general.

Otros proveedores dentro de la red

Reciba atención de otros médicos, especialistas o proveedores (como atención de urgencia u hospitales) dentro de su red.¹

En nuestros planes Ambetter HMO se requiere una remisión de su PCP.²

En los planes Ambetter HMO no hay cobertura para servicios fuera de la red, salvo para atención de emergencia, atención de urgencia y los servicios aprobados por Health Net.

Para encontrar proveedores en la red del plan, ingrese en myhealthnetca.com y haga clic en *Find a Doctor* (Buscar un médico).

Proveedores de Salud del Comportamiento

Obtenga servicios de salud mental, entre ellos:

- Asesoramiento.
- Psicoterapia.
- Tratamiento para adicciones.
- Servicios psiquiátricos.

No necesita una remisión de su médico principal. Además, averigüe si puede recibir sus sesiones por teléfono o videollamada.

Telesalud

Consulte si su médico ofrece servicios de telesalud. Los servicios de telesalud brindados por su médico están sujetos a los mismos copagos que si el servicio se prestara en persona. Este servicio es perfecto si no puede encontrarse con su médico principal o si el consultorio está cerrado¹.

Consultas virtuales con Teladoc

Teladoc Health (Teladoc) ofrece una atención de salud virtual conveniente, con acceso confidencial a médicos de calidad certificados por la junta de los EE. UU. Teladoc es una buena opción cuando no puede ver a su médico habitual. **Puede reservar citas a través de la aplicación de Teladoc, en la página web o llamando al 800-TELADOC (835-2362).^{1,3}**

Línea de Consultas de Enfermería disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana

Reciba asesoramiento del personal de enfermería registrado para verificar si necesita atención médica o para saber cómo cuidarse de lesiones o enfermedades menores, como fiebre y gripe, en el hogar.¹

¹Acuda a la sala de emergencias más cercana o llame al 911 si tiene una emergencia.

²Las autorremisiones están permitidas para los servicios de obstetricia y ginecología, y los servicios de atención de salud sexual y reproductiva.

³Puede recibir servicios en persona o a través de telesalud, si está disponible, de su proveedor de atención primaria, de un médico especialista tratante o de otro profesional de la salud, clínica o centro de salud contratados de acuerdo con el servicio y las normas existentes de puntualidad y acceso geográfico exigidas por la legislación de California. Todos los costos compartidos por los servicios recibidos a través de Teladoc se acumularán para su desembolso máximo y deducible (si su plan tiene un deducible). Al programar una cita a través de Teladoc, usted da su consentimiento para recibir servicios de telesalud a través de Teladoc. Consulte el documento de cobertura de su plan de salud para obtener información sobre la cobertura y la definición de servicios de telesalud. Tiene derecho a acceder a sus expedientes médicos por los servicios recibidos a través de Teladoc. A menos que decida lo contrario, cualquier servicio prestado a través de Teladoc se compartirá con su proveedor de atención primaria.

Centros de atención de urgencia

Obtenga atención el mismo día para enfermedades o lesiones que no son de emergencia¹. Ahora, algunos centros de atención de urgencia también ofrecen rayos X y análisis de laboratorio.



Explore sus Opciones con el Plan Ambetter from Health Net

Por más de 45 años, los californianos han recurrido a nosotros para obtener cobertura de salud que se ajuste a su salud y su presupuesto. ¡Este es el momento de elegir Ambetter from Health Net!

Puede inscribirse en un plan Ambetter from Health Net a través de Covered California.

Si necesita ayuda, estamos aquí para responder a sus preguntas y ayudarle a elegir un plan. Solo llame al 877-609-8711.



Permítanos
ayudarle a
encontrar el plan
adecuado
para usted.



Covered California: Elija por Ubicación

Es conveniente, y usted se merece, tener una cobertura de salud con la que pueda contar. Ahí es donde entra Health Net. Puede elegir entre varios planes de Health Net a través de Covered California.

Los planes que tiene disponibles según su condado son los siguientes:

Condado	Región	Ambetter HMO	Ambetter PPO
Imperial	13	✓	
Condado de Kern ³	14	✓	
Los Angeles	15/16	✓	✓
Orange	18	✓	✓
Placer ³	3		✓
Riverside ³	17	✓	✓
Sacramento	3		✓
San Bernardino ³	17	✓	✓
San Diego	19	✓	✓
Yolo	3		✓

³Parte del condado: no disponible en todos los códigos postales.

Puede inscribirse en cualquiera de los planes que ofrecemos en su ubicación.





Planes Ambetter HMO

A TRAVÉS DE COVERED CALIFORNIA

Nuestros planes Ambetter HMO pueden ser la opción indicada para usted, si prefiere:

- Costos más predecibles.
- Un médico familiar que supervise su atención.

Su médico de atención primaria (PCP o médico principal) le remitirá a médicos especialistas y centros de la red HMO de Ambetter, cuando lo necesite.¹

Para obtener medicamentos con receta médica, puede acudir a cualquier farmacia de la Red de Farmacias de Ambetter. Incluye CVS Pharmacy, Safeway, Costco, Vons y otras.



Consejo importante: Use la red de Ambetter HMO para todos los servicios cubiertos. Si necesita un especialista, su PCP le remitirá a uno.¹ Los servicios fuera de la red no tienen cobertura, excepto la atención de emergencia, la atención de urgencia y los servicios que Health Net apruebe.

¹ Las autorremisiones están permitidas para los servicios de obstetricia y ginecología, y los servicios de atención de salud sexual y reproductiva.

Planes Ambetter HMO: Su participación en los costos

Los montos que se muestran aquí son los que pagaría por los servicios que use con cada plan. Con el plan Gold 80 Ambetter HMO, por ejemplo, el costo de una visita al consultorio del médico es de \$40.

Recordatorio: Su parte de los costos se suma a la prima mensual que paga por su cobertura de salud.

Beneficio	Platinum 90 Ambetter HMO	Gold 80 Ambetter HMO	Silver 70 Ambetter HMO	Bronze 60 Ambetter HMO (Disponible únicamente en los condados de Imperial y Kern)	Minimum Coverage Ambetter HMO ¹ (Disponible únicamente en los condados de Imperial y Kern)
Deductible Por afiliado/por familia	\$0/\$0	\$0/\$0	\$5,200/\$10,400	\$5,800/\$11,600	\$10,600/\$21,200
Desembolso máximo Por afiliado/por familia	\$5,000/\$10,000	\$9,200/\$18,400	\$9,800/\$19,600	\$9,800/\$19,600	\$10,600/\$21,200
Visita al consultorio del médico	\$15	\$40	\$50 ²	\$60 ²	0% ⁶
Consultas de telesalud a través de un proveedor de servicios de telesalud seleccionado³	\$0	\$0	\$0 ²	\$0 ²	0% ⁶
Médico especialista	\$30	\$70	\$90 ²	\$95 ⁶	0%
Internación en hospital	Centro: \$225 ⁴ Médico: \$0	Centro: \$375 ⁴ Médico: \$0	Centro: 30% Médico: 30% ²	Centro: 40% Médico: 40%	Centro: 0% Médico: 0%
Cirugía para pacientes ambulatorios	Centro: \$75 Médico: \$20	Centro: \$130 Médico: \$60	Centro: 30% ² Médico: 30% ²	Centro: 40% Médico: 40%	Centro: 0% Médico: 0%
Atención de urgencia	\$15	\$40	\$50 ²	\$60 ²	0% ⁶
Atención de emergencia⁵	Centro: \$175 Médico: \$0	Centro: \$350 Médico: \$0	Centro: \$400 ² Médico: \$0	Centro: 40% Médico: \$0	Centro: 0% Médico: \$0
Medicamentos que requieren receta médica Deducible para medicamentos que requieren receta médica por año calendario	\$0	\$0	\$50 por afiliado/ \$100 por familia	\$450 por afiliado/ \$900 por familia	Se aplica el deducible para atención médica
Nivel 1 (la mayoría de los medicamentos genéricos y los de marca preferidos de bajo costo)	\$9	\$18	\$19 (sin deducible para medicamentos que requieren receta médica)	\$20 (sin deducible para medicamentos que requieren receta médica)	0% ⁷
Nivel 2 (medicamentos genéricos no preferidos y de marca preferidos)	\$16	\$60	\$60 (después del deducible para medicamentos que requieren receta médica)	40% hasta \$500 (después del deducible para medicamentos recetados)	0% ⁷
Nivel 3 (solo medicamentos de marca no preferidos)	\$25	\$85	\$90 (después del deducible para medicamentos que requieren receta médica)	40% hasta \$500 (después del deducible para medicamentos recetados)	0% ⁷

Este es solo un resumen. La divulgación de Ambetter HMO incluye resúmenes de planes con más detalles sobre los servicios que están cubiertos en nuestros planes Ambetter HMO. El deducible se aplica, a menos que se indique lo contrario. Los servicios dentales y de la vista pediátricos están cubiertos hasta el último día del mes en que el niño cumpla los 19 años.

¹ Los planes de cobertura mínima están disponibles para las personas menores de 30 años. Es posible que también sea elegible para este plan si tiene 30 años de edad o más y está exento del requisito federal de tener cobertura esencial mínima. Una vez que esté inscrito, debe volver a solicitar al Mercado de Seguros de Salud una exención por dificultades financieras y, cada año antes del 1.º de enero, debe volver a presentarle a Health Net el aviso del Mercado donde figura el número de certificado de su exención.

² El deducible para atención médica no se aplica a estos servicios.

³ No debe reemplazar las visitas regulares al médico. Solo están cubiertos con los copagos que se muestran aquí los servicios de telesalud prestados por un proveedor de servicios de telesalud seleccionado. Los servicios cubiertos para trastornos médicos y mentales, y afecciones relacionadas con la dependencia de sustancias químicas brindados de manera adecuada como servicios de telesalud por un médico de cabecera están cubiertos de la misma forma y en la misma medida que los servicios cubiertos brindados en persona.

⁴ Por día, hasta cinco días.

⁵ No paga el copago si le hospitalizan.

⁶ Las primeras tres consultas no están sujetas al deducible. Solo paga el copago. A partir de la cuarta consulta, paga el costo total hasta que alcance el deducible.

⁷ El deducible para atención médica se aplica a los medicamentos que requieren receta médica de todos los niveles.

Planes Ambetter HMO Enhanced Silver: Su participación en los costos

A partir de enero de 2026, todas las personas que sean elegibles para inscribirse en la cobertura de salud a través de Covered California pueden optar por un plan con reducción en los costos compartidos/Enhanced Silver.

En lugar de pagar \$50 para consultar al médico, el costo puede ser tan bajo como \$5. Su ingreso determinará el plan Enhanced Silver para el cual califica. Consulte con Health Net si quiere averiguar para qué plan Enhanced Silver califica.

Beneficio	Silver 94 Ambetter HMO	Silver 87 Ambetter HMO	Silver 73 Ambetter HMO
Deducible Por afiliado/por familia	\$0/\$0	\$1,400/\$2,800	\$5,200/\$10,400
Desembolso máximo Por afiliado/por familia	\$1,400/\$2,800	\$3,350/\$6,700	\$8,100/\$16,200
Visita al consultorio del médico	\$5	\$15 ³	\$50 ³
Consultas de telesalud a través de un proveedor de servicios de telesalud seleccionado¹	\$0	\$0 ³	\$0 ³
Médico especialista	\$8	\$25 ³	\$90 ³
Internación en hospital	Centro: 10% Médico: 10%	Centro: 20% Médico: 20% ³	Centro: 30% Médico: 30% ³
Cirugía para pacientes ambulatorios	10%	20% ³	30% ³
Atención de urgencia	\$5	\$15 ³	\$50 ³
Atención de emergencia²	Centro: \$50 Médico: \$0	Centro: \$200 ³ Médico: \$0 ³	Centro: \$400 ³ Médico: \$0 ³
Medicamentos que requieren receta médica Deducible para medicamentos que requieren receta médica por año calendario	\$0	\$50/\$100	\$50/\$100
Nivel 1 (la mayoría de los medicamentos genéricos y los de marca preferidos de bajo costo)	\$3	\$8 (sin deducible para medicamentos que requieren receta médica)	\$19 (sin deducible para medicamentos que requieren receta médica)
Nivel 2 (medicamentos genéricos no preferidos y de marca preferidos)	\$10	\$25 (después del deducible para medicamentos que requieren receta médica)	\$55 (después del deducible para medicamentos que requieren receta médica)
Nivel 3 (solo medicamentos de marca no preferidos)	\$15	\$45 (después del deducible para medicamentos que requieren receta médica)	\$85 (después del deducible para medicamentos que requieren receta médica)

Este es solo un resumen. La divulgación de Ambetter HMO incluye resúmenes de planes con más detalles sobre los servicios que están cubiertos en nuestros planes Ambetter HMO. Los servicios dentales y de la vista pediátricos están cubiertos hasta el último día del mes en que el niño cumpla los 19 años.

¹ No debe reemplazar las visitas regulares al médico. Solo están cubiertos con los copagos que se muestran aquí los servicios de telesalud prestados por un proveedor de servicios de telesalud seleccionado. Los servicios cubiertos para trastornos médicos y mentales, y afecciones relacionadas con la dependencia de sustancias químicas brindados de manera adecuada como servicios de telesalud por un médico de cabecera están cubiertos de la misma forma y en la misma medida que los servicios cubiertos brindados en persona.

² No paga el copago si le hospitalizan.

³ El deducible para atención médica no se aplica a estos servicios.



Planes Ambetter PPO

A TRAVÉS DE COVERED CALIFORNIA

Un plan Ambetter PPO es el adecuado para usted si la libertad para elegir y los costos asequibles le importan.

Usted elige un PCP o un médico principal de la red Ambetter PPO. Su PCP le ayuda a orientar su atención de salud. Con este plan, puede recibir atención de médicos especialistas dentro de la red y no necesita una remisión de su PCP. Para asegurarse de que este plan se ajuste a sus necesidades, consulte los proveedores disponibles en la red de proveedores de Ambetter PPO.

Para obtener medicamentos que requieren receta médica, puede ir a cualquier farmacia de la red de farmacias de Ambetter. Incluye CVS Pharmacy, Safeway, Costco, Vons y otras.



Consejo importante: Para mantener sus costos lo más bajos posible, vaya a médicos y especialistas dentro de la red Ambetter PPO. Los médicos que no pertenecen a la red pueden cobrarle más de lo que Health Net pagará. Tal vez tenga que pagar la diferencia entre lo que cobra el médico fuera de la red y lo que paga Health Net. Eso se llama “facturación de saldos”. Usted paga estos gastos además del deducible, los copagos, el coseguro y la prima mensual. Además, los importes de la facturación de saldo no están cubiertos por su plan y no se aplican a su deducible anual ni a su límite máximo de desembolso. Excepto la atención de urgencia y de emergencia, los servicios y suministros brindados por proveedores fuera de California no están cubiertos.

Planes Ambetter PPO: Su participación en los costos

Los montos que se muestran aquí son los que pagaría por los servicios que use con cada plan. Con el plan Gold 80 Ambetter PPO, por ejemplo, el costo de una visita al consultorio del médico es de \$40.

Recordatorio: Su parte de los costos se suma a la prima mensual que paga por su cobertura de salud.

Beneficio	Platinum 90 Ambetter PPO	Gold 80 Ambetter PPO	Silver 70 Ambetter PPO	Bronze 60 Ambetter PPO	Bronze 60 HDHP Ambetter PPO	Minimum Coverage Ambetter PPO ¹
Deductible Por afiliado/por familia	\$0/\$0	\$0/\$0	\$5,200/\$10,400	\$5,800/\$11,600	\$7,200/\$14,400	\$10,600/\$21,200
Desembolso máximo Por afiliado/por familia	\$5,000/\$10,000	\$9,200/\$18,400	\$9,800/\$19,600	\$9,800/\$19,600	\$7,200/\$14,400	\$10,600/\$21,200
Visita al consultorio del médico	\$15	\$40	\$50 ²	\$60 ²	0%	0% ³
Consultas de telesalud a través de un proveedor de servicios de telesalud seleccionado⁴	\$0	\$0	\$0 ²	\$0 ²	0%	0% ³
Médico especialista	\$30	\$70	\$90 ²	\$95 ³	0%	0%
Internación en hospital	Centro: 10% Médico: 10%	Centro: 30% Médico: 30%	Centro: 30% Médico: 30% ²	Centro: 40% Médico: 40%	Centro: 0% Médico: 0%	Centro: 0% Médico: 0%
Cirugía para pacientes ambulatorios	10%	30%	30% ²	40%	0%	0%
Atención de urgencia	\$15	\$40	\$50 ²	\$60 ²	0%	0% ³
Atención de emergencia⁵	Centro: \$175 Médico: \$0	Centro: \$350 Médico: \$0	Centro: \$400 ² Médico: \$0	Centro: 40% Médico: \$0	Centro: 0% Médico: 0%	Centro: 0% Médico: 0%
Medicamentos que requieren receta médica Deductible para medicamentos que requieren receta médica por año calendario	\$0	\$0	\$50 por afiliado/ \$100 por familia	\$450 por afiliado/ \$900 por familia	Se aplica el deducible para atención médica	Se aplica el deducible para atención médica
Nivel 1 (la mayoría de los medicamentos genéricos y los de marca preferidos de bajo costo)	\$9	\$18	\$19 (sin deducible para medicamentos que requieren receta médica)	\$20 (sin deducible para medicamentos que requieren receta médica)	0% ⁶	0% ⁶
Nivel 2 (medicamentos genéricos no preferidos y de marca preferidos)	\$16	\$60	\$60 (después del deducible para medicamentos que requieren receta médica)	40% hasta \$500 (después del deducible para medicamentos recetados)	0% ⁶	0% ⁶
Nivel 3 (solo medicamentos de marca no preferidos)	\$25	\$85	\$90 (después del deducible para medicamentos que requieren receta médica)	40% hasta \$500 (después del deducible para medicamentos recetados)	0% ⁶	0% ⁶

Este es solo un resumen. La divulgación de Ambetter PPO incluye resúmenes de planes con más detalles sobre los servicios que están cubiertos en nuestros planes Ambetter PPO. Los servicios dentales y de la vista pediátricos están cubiertos hasta el último día del mes en que el niño cumpla los 19 años.

¹ Los planes de cobertura mínima están disponibles para las personas menores de 30 años. Es posible que también sea elegible para este plan si tiene 30 años de edad o más y está exento del requisito federal de tener cobertura esencial mínima. Una vez que esté inscrito, debe volver a solicitar al Mercado de Seguros de Salud una exención por dificultades financieras y, cada año antes del 1.^o de enero, debe volver a presentarle a Health Net el aviso del Mercado donde figura el número de certificado de su exención.

² El deducible no se aplica a estos servicios.

³ Las primeras tres consultas no están sujetas al deducible. Solo paga el copago. A partir de la cuarta consulta, paga el costo total hasta que alcance el deducible.

⁴ No debe reemplazar las visitas regulares al médico. Solo están cubiertos con los copagos que se muestran aquí los servicios de telesalud prestados por un proveedor de servicios de telesalud seleccionado. Los servicios cubiertos para trastornos médicos y mentales, y afecciones relacionadas con la dependencia de sustancias químicas brindados de manera adecuada como servicios de telesalud por un médico de cabecera están cubiertos de la misma forma y en la misma medida que los servicios cubiertos brindados en persona.

⁵ No paga el copago si le hospitalizan.

⁶ El deducible para atención médica se aplica a los medicamentos que requieren receta médica de todos los niveles.

Planes Ambetter PPO Enhanced Silver: Su participación en los costos

A partir de enero de 2026, todas las personas que sean elegibles para inscribirse en la cobertura de salud a través de Covered California pueden optar por un plan con reducción en los costos compartidos/Enhanced Silver.

En lugar de pagar \$50 para consultar al médico, el costo puede ser tan bajo como \$5. Su ingreso determinará el plan Enhanced Silver para el cual califica. Consulte con Health Net si quiere averiguar para qué plan Enhanced Silver califica.

Beneficio	Silver 94 Ambetter PPO	Silver 87 Ambetter PPO	Silver 73 Ambetter PPO
Deducible Por afiliado/por familia	\$0/\$0	\$1,400/\$2,800	\$5,200/\$10,400
Desembolso máximo Por afiliado/por familia	\$1,400/\$2,800	\$3,350/\$6,700	\$8,100/\$16,200
Visita al consultorio del médico	\$5	\$15 ³	\$50 ³
Consultas de telesalud a través de un proveedor de servicios de telesalud seleccionado¹	\$0	\$0 ³	\$0 ³
Médico especialista	\$8	\$25 ³	\$90 ³
Internación en hospital	Centro: 10% Médico: 10%	Centro: 20% Médico: 20% ³	Centro: 30% Médico: 30% ³
Cirugía para pacientes ambulatorios	10%	20% ³	30% ³
Atención de urgencia	\$5	\$15 ³	\$50 ³
Atención de emergencia²	Centro: \$50 Médico: \$0	Centro: \$200 ³ Médico: \$0 ³	Centro: \$400 ³ Médico: \$0 ³
Medicamentos que requieren receta médica Deducible para medicamentos que requieren receta médica por año calendario	\$0	\$50/\$100	\$50/\$100
Nivel 1 (la mayoría de los medicamentos genéricos y los de marca preferidos de bajo costo)	\$3	\$8 (sin deducible para medicamentos que requieren receta médica)	\$19 (sin deducible para medicamentos que requieren receta médica)
Nivel 2 (medicamentos genéricos no preferidos y de marca preferidos)	\$10	\$25 (después del deducible para medicamentos que requieren receta médica)	\$55 (después del deducible para medicamentos que requieren receta médica)
Nivel 3 (solo medicamentos de marca no preferidos)	\$15	\$45 (después del deducible para medicamentos que requieren receta médica)	\$85 (después del deducible para medicamentos que requieren receta médica)

Este es solo un resumen. La divulgación de Ambetter PPO incluye resúmenes de planes con más detalles sobre los servicios que están cubiertos en nuestros planes Ambetter PPO. Los servicios dentales y de la vista pediátricos están cubiertos hasta el último día del mes en que el niño cumpla los 19 años.

¹ No debe reemplazar las visitas regulares al médico. Solo están cubiertos con los copagos que se muestran aquí los servicios de telesalud prestados por un proveedor de servicios de telesalud seleccionado. Los servicios cubiertos para trastornos médicos y mentales, y afecciones relacionadas con la dependencia de sustancias químicas brindados de manera adecuada como servicios de telesalud por un médico de cabecera están cubiertos de la misma forma y en la misma medida que los servicios cubiertos brindados en persona.

² No paga el copago si le hospitalizan.

³ El deducible para atención médica no se aplica a estos servicios.



Definiciones de Atención de Salud

La cobertura de salud tiene su propio idioma. Use nuestro glosario breve mientras lee esta guía para obtener más información sobre sus opciones de planes.

Facturación de saldos

La diferencia entre lo que cobra el médico y el monto que paga el plan de salud. Por ejemplo, si el médico cobra \$250 y su plan cubre \$100, usted paga la diferencia de \$150.

La facturación de saldos por lo general se aplica a los planes que ofrecen cobertura fuera de la red, como los planes PPO.

Beneficios (también denominados “servicios cubiertos”)

Los servicios de atención de salud que están cubiertos por su plan de salud, como las visitas al consultorio, rayos X, atención preventiva, pruebas de laboratorio, etc.

Coseguro

Su participación en los costos de un servicio de atención de salud cubierto. Se calcula como un porcentaje. Por ejemplo, si el coseguro es del 20% y la factura médica tiene un valor de \$100, usted pagaría \$20, y el plan de salud cubrirá el resto.

Copago

Su participación en los costos de un servicio de atención de salud cubierto, establecida en un monto fijo. Por una visita al médico que podría costar \$150, usted pagaría \$15 y el plan de salud pagaría el resto. Los copagos varían según el plan.

Costo compartido

La cantidad de dinero que paga de su propio bolsillo por los servicios cubiertos por su plan de salud. Los deducibles, el coseguro y los copagos son ejemplos de costos compartidos.

Deductible

El monto que usted debe por algunos servicios de atención de salud cubiertos antes de que el plan de salud comience a pagarlos. Después de que paga el deducible, los servicios cubiertos todavía están sujetos a otros costos compartidos, como copagos o coseguro.

Por ejemplo, si su deducible es de \$1,000, usted tiene que pagar los servicios de atención de salud que utilice hasta alcanzar esa cantidad. Es posible que no se aplique el deducible a todos los servicios.

Dependientes

El cónyuge, la pareja doméstica, los hijos o el padre, la madre o el padrastro o la madrastra del afiliado principal.

Servicios excluidos

Servicios de atención de salud que la cobertura de salud no paga ni cubre.

Formulario

La lista de medicamentos que requieren receta médica cubiertos por el plan de salud. Algunos medicamentos de la *Lista de Medicamentos Esenciales* requieren autorización previa de Health Net para estar cubiertos.

Afiliado

La persona que recibe beneficios bajo el plan.

Red

Los médicos, hospitales y otros proveedores de atención de salud que el plan de salud ha contratado para brindar servicios médicos. El número de proveedores de la red varía según el plan.

Desembolso máximo

La cantidad máxima que se paga durante un período de póliza (generalmente un año calendario). Despues de pagar el desembolso máximo, su plan de salud comenzará a cubrir el 100% de la asignación para los servicios cubiertos. Este límite nunca incluye la prima ni los cargos de atención de salud por servicios que su plan de salud no cubre.

Prima

La cantidad que paga cada mes para mantener su cobertura de atención de salud.

Atención preventiva

Atención de salud rutinaria que incluye exámenes de detección, revisiones y asesoramiento para pacientes con el fin de prevenir enfermedades u otros problemas de salud.

Médico de atención primaria (PCP)

Un médico que brinda servicios de atención de salud o los coordina para un paciente. Un PCP puede ser un médico (por sus siglas en inglés, M.D.) o un Doctor en Medicina Osteopática (por sus siglas en inglés, D.O.).

Suscriptor

El nombre del afiliado principal.

Telesalud

Servicios de atención de salud brindados de forma remota por teléfono, una aplicación móvil, Internet u otra herramienta que no es en persona.

English

No Cost Language Services. You can get an interpreter. You can get documents read to you and some sent to you in your language. For help, call the Customer Contact Center at the number on your ID card or call Individual & Family Plan (IFP) Off Exchange: 1-800-839-2172 (TTY: 711). For California marketplace, call IFP On Exchange 1-888-926-4988 (TTY: 711) or Small Business 1-888-926-5133 (TTY: 711). For Group Plans through Health Net, call 1-800-522-0088 (TTY: 711).

Arabic

خدمات لغوية مجانية. يمكننا أن نوفر لك المترجم فوري. ويمكننا أن نقرأ لك الوثائق بلغتك. للحصول على المساعدة الضرورية، يرجى التواصل مع مركز خدمة العملاء عبر الرقم المبين على بطاقتك أو الاتصال بالرقم الفرعي لخطة الأفراد والعائلة: 1-800-839-2172 (TTY: 711).
للتواصل في كاليفورنيا، يرجى الاتصال بالرقم الفرعي لخطة الأفراد والعائلة عبر الرقم: 1-888-926-4988 (TTY: 711). أو المشروعات الصغيرة 1-888-926-5133 (TTY: 711). لخطط المجموعة عبر Health Net، يرجى الاتصال بالرقم 1-800-522-0088 (TTY: 711).

Armenian

Անվճար լեզվական ծառայություններ: Դուք կարող եք բանավոր թարգմանիչ ստանալ:
Փաստաթղթերը կարող են կարդալ ձեր լեզվով: Օգնության համար զանգահարեք Հաճախորդների
սպասարկման կենտրոն ձեր ID քարտի վրա նշված հեռախոսահամարով կամ զանգահարեք
Individual & Family Plan (IFP) Off Exchange՝ 1-800-839-2172 հեռախոսահամարով (TTY՝ 711):
Կայիփորնիայի համար զանգահարեք IFP On Exchange՝
1-888-926-4988 հեռախոսահամարով (TTY՝ 711) կամ Փոքր բիզնեսի համար՝
1-888-926-5133 հեռախոսահամարով (TTY՝ 711): Health Net-ի Խմբային ծրագրերի համար
զանգահարեք 1-800-522-0088 հեռախոսահամարով (TTY՝ 711):

Chinese

免費語言服務。您可使用口譯員服務。您可請人將文件唸給您聽並請我們將某些文件翻譯成您的語言寄給您。如需協助，請撥打您會員卡上的電話號碼與客戶聯絡中心聯絡或者撥打健康保險交易市場外的 Individual & Family Plan (IFP) 專線：1-800-839-2172（聽障專線：711）。如為加州保險交易市場，請撥打健康保險交易市場的 IFP 專線 1-888-926-4988（聽障專線：711），小型企業則請撥打 1-888-926-5133（聽障專線：711）。如為透過 Health Net 取得的團保計畫，請撥打 1-800-522-0088（聽障專線：711）。

Hindi

बिना शुल्क भाषा सेवाएं। आप एक दृभाषिया प्राप्त कर सकते हैं। आप दस्तावेजों को अपनी भाषा में पढ़वा सकते हैं। मदद के लिए, अपने आईडी कार्ड में दिए गए नंबर पर ग्राहक सेवा केंद्र को कॉल करें या व्यक्तिगत और फैमिली प्लान (आईएफपी) ऑफ एक्सचेंज: 1-800-839-2172 (TTY: 711) पर कॉल करें। कैलिफोर्निया बाजारों के लिए, आईएफपी ऑन एक्सचेंज 1-888-926-4988 (TTY: 711) या स्मॉल बिजनेस 1-888-926-5133 (TTY: 711) पर कॉल करें। हेल्थ नेट के माध्यम से ग्रुप प्लान के लिए 1-800-522-0088 (TTY: 711) पर कॉल करें।

Hmong

Tsis Muaj Tus Nqi Pab Txhais Lus. Koj tuaj yeem tau txais ib tus kws pab txhais lus. Koj tuaj yeem muaj ib tus neeg nyeem cov ntaub ntawv rau koj ua koj hom lus hais. Txhawm rau pab, hu xovtooj rau Neeg Qhua Lub Chaw Tiv Toj ntawm tus npawb nyob ntawm koj daim npav ID lossis hu rau Tus Neeg thiab Tsev Neeg Qhov Kev Npaj (IFP) Ntawm Kev Sib Hloov Pauv: 1-800-839-2172 (TTY: 711). Rau California qhov chaw kiab khw, hu rau IFP Ntawm Qhov Sib Hloov Pauv 1-888-926-4988 (TTY: 711) lossis Lag Luam Me 1-888-926-5133 (TTY: 711). Rau Cov Pab Pawg Chaw Npaj Kho Mob hla Health Net, hu rau 1-800-522-0088 (TTY: 711).

Japanese

無料の言語サービスを提供しております。通訳者もご利用いただけます。日本語で文書をお読みすることも可能です。ヘルプが必要な場合は、IDカードに記載されている番号で顧客連絡センターまでお問い合わせいただくなか、Individual & Family Plan (IFP) (個人・家族向けプラン)
Off Exchange: 1-800-839-2172 (TTY: 711) までお電話ください。カリフォルニア州のマーケットプレイスについては、IFP On Exchange 1-888-926-4988 (TTY: 711) または Small Business 1-888-926-5133 (TTY: 711) までお電話ください。Health Netによるグループプランについては、1-800-522-0088 (TTY: 711) までお電話ください。

Khmer

សេវាការសាធារណ៍គំនិតផ្លូវ។ លោកអ្នករាជទទួលបានអ្នកបកប្រែជាល័យមាត្រា។ លោកអ្នករាជស្ថាប់គេអានឯកសារខ្លួនរបស់លោកអ្នក។ សូមហេរិថ្យសំពួរទៅការកំណត់កម្មធម្មុលទំនាក់ទំនងអគ្គិភ័យនាមបច្ចុប្បន្ននៃការប្រើប្រាស់លោកអ្នក បូបេរិថ្យសំពួរទៅការកំណត់កម្មធម្មុនីជី Off Exchange របស់គម្រោងជាលក្ខណៈបុគ្គលិក និងក្រុមត្រូវសារ (IFP) តាមរយៈលេខ: 1-800-839-2172 (TTY: 711)។
សូមប៉ឺទីផ្សាយរដ្ឋ California សូមហេរិថ្យសំពួរទៅការកំណត់កម្មធម្មុនីជី On Exchange របស់គម្រោង IFP តាមរយៈលេខ 1-888-926-4988 (TTY: 711) បូរិញ្ញាណអាជីវកម្មខ្លាតគូចតាមរយៈលេខ 1-888-926-5133 (TTY: 711)។
សូមប៉ឺគម្រោងជាប្រព័ន្ធដោយ Health Net សូមហេរិថ្យសំពួរទៅការកំណត់លេខ 1-800-522-0088 (TTY: 711)។

Korean

무료 언어 서비스입니다. 통역 서비스를 받으실 수 있습니다. 문서 낭독 서비스를 받으실 수 있으며 일부 서비스는 귀하가 구사하는 언어로 제공됩니다. 도움이 필요하시면 ID 카드에 수록된 번호로 고객서비스 센터에 연락하시거나 개인 및 가족 플랜(IFP)의 경우 Off Exchange: 1-800-839-2172(TTY: 711)번으로 전화해 주십시오. 캘리포니아 주 마켓플레이스의 경우 IFP On Exchange 1-888-926-4988(TTY: 711), 소규모 비즈니스의 경우 1-888-926-5133(TTY: 711)번으로 전화해 주십시오. Health Net을 통한 그룹 플랜의 경우 1-800-522-0088(TTY: 711)번으로 전화해 주십시오.

Navajo

Doo báázh ílínígóó saad bee háká ada’iiyeed. Ata’ halne’ígíí da ła’ ná hágídóot’íjíl. Naaltsoos da t’áá shí shizaad k’ehjí shichí’ yídooltah nínízingo t’áá ná ákódoolnííł. Ákót’éego shíká a’doowoł nínízingo Customer Contact Center hoolyéhíjí’ hodíílnih ninaaltsoos nanitingo bee néého’dolzinígíí hodoonihjí’ bikáá’ éí doodago koji’ hólne’ Individual & Family Plan (IFP) Off Exchange: 1-800-839-2172 (TTY: 711). California marketplace báhígíí koji’ hólne’ IFP On Exchange 1-888- 926-4988 (TTY: 711) éí doodago Small Business báhígíí koji’ hólne’ 1-888-926-5133 (TTY: 711). Group Plans through Health Net báhígíí éí koji’ hólne’ 1-800-522-0088 (TTY: 711).

Persian (Farsi)

خدمات زبان بدون هزینه. می توانید بک متترجم شفاهی بگیرید. می توانید درخواست کنید اسناد به زبان شما برایتان خوانده شوند. برای دریافت کمک، با مرکز تماس مشتریان به شماره روی کارت شناسایی یا طرح فردی و خانوادگی (IFP) Off Exchange: 1-800-839-2172 (TTY:711) تماس بگیرید. برای بازار کالیفرنیا، با IFP On Exchange شماره 1-888-926-4988 (TTY:711) تماس بگیرید. برای طرح های گروهی از طریق (TTY:711) یا کسب و کار کوچک 1-888-926-5133 (TTY:711) تماس بگیرید. برای طرح های گروهی از طریق (TTY:711) تماس بگیرید، Health Net

Punjabi (Punjabi)

ਬਿਨਾਂ ਕਿਸੇ ਲਾਗਤ ਵਾਲੀਆਂ ਭਾਸ਼ਾ ਸੇਵਾਵਾਂ। ਤੁਸੀਂ ਇੱਕ ਦੁਭਾਸ਼ੀਏ ਦੀ ਸੇਵਾ ਹਾਸਲ ਕਰ ਸਕਦੇ ਹੋ। ਤੁਹਾਨੂੰ ਦਸਤਾਵੇਜ਼ ਤੁਹਾਡੀ ਭਾਸ਼ਾ ਵਿੱਚ ਪੜ੍ਹ ਕੇ ਸੁਣਾਏ ਜਾ ਸਕਦੇ ਹਨ। ਮਦਦ ਲਈ, ਆਪਣੇ ਆਈਡੀ ਕਾਰਡ ਤੇ ਦਿੱਤੇ ਨੰਬਰ ਤੇ ਗਾਹਕ ਸੰਪਰਕ ਕੇਂਦਰ ਨੂੰ ਕਾਲ ਕਰੋ ਜਾਂ ਵਿਅਕਤੀਗਤ ਅਤੇ ਪਰਿਵਾਰਕ ਯੋਜਨਾ (IFP) ਐਂਡ ਐਕਸਚੇਂਜ਼ 'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ: 1-800-839-2172 (TTY: 711)। ਕੈਲੀਫੋਰਨੀਆ ਮਾਰਕਿਟਪਲੇਸ ਲਈ, IFP ਐਂਨ ਐਕਸਚੇਂਜ਼ ਨੂੰ 1-888-926-4988 (TTY: 711) ਜਾਂ ਸਮੇਲ ਬਿਜ਼ਨੇਸ ਨੂੰ 1-888-926-5133 (TTY: 711) 'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ। ਹੈਲਥ ਨੈੱਟ ਰਾਹੀਂ ਸਾਮੂਹਿਕ ਪਲੈਨਾਂ ਲਈ, 1-800-522-0088 (TTY: 711) 'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ।

Russian

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

Spanish

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

Tagalog

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

Thai

ไม่มีค่าบริการด้านภาษา คุณสามารถใช้ล้ำมได้ คุณสามารถให้อ่านเอกสารให้ฟังเป็นภาษาของคุณได้ หากต้องการความช่วยเหลือ โทรหาศูนย์ลูกค้าสัมพันธ์ได้ที่หมายเลขบัตรประจำตัวของคุณ หรือโทรหาฝ่ายแผนบุคคลและครอบครัวของเอกชน (Individual & Family Plan (IFP) Off Exchange) ที่ 1-800-839-2172 (ໂທມດ TTY: 711) สำหรับเขตแคลิฟอร์เนีย โทรหาฝ่ายแผนบุคคลและครอบครัวของรัฐ (IFP On Exchange) ได้ที่ 1-888-926-4988 (ໂທມດ TTY: 711) หรือ ฝ่ายธุรกิจขนาดเล็ก (Small Business) ที่ 1-888-926-5133 (ໂທມດ TTY: 711) สำหรับแผนแบบกลุ่มผ่านทาง Health Net โทร 1-800-522-0088 (ໂທມດ 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, vui lòng gọi Trung Tâm Liên Lạc Khách Hàng theo số điện thoại ghi trên thẻ ID của quý vị hoặc gọi Chương Trình Bảo Hiểm Cá Nhân & Gia Đình (IFP) Phi Tập Trung: 1-800-839-2172 (TTY: 711). Đối với thị trường California, vui lòng gọi IFP Tập Trung 1-888-926-4988 (TTY: 711) hoặc Doanh Nghiệp Nhỏ 1-888-926-5133 (TTY: 711). Đối với các Chương Trình Bảo Hiểm Nhóm qua Health Net, vui lòng gọi 1-800-522-0088 (TTY: 711).

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

FLY017549EH00 (12/17)

¡Este es el momento de elegir Ambetter from Health Net!

- ✓ Le ayudaremos a analizar sus opciones.
- ✓ Podemos informarle si puede obtener cobertura de salud de bajo costo o sin costo.
- ✓ Podemos ayudarle a inscribirse. Contamos con inscriptores con licencia y certificados por el plan que pueden brindarle asistencia por teléfono.



El período de inscripción para 2026 comienza el 1.º de noviembre de 2025 y finaliza el 31 de enero de 2026.

Llame a Health Net al 877-609-8711.

Asistencia para personas con dificultades de audición y del habla

Los usuarios de TTY deben llamar al 711.

Visite nuestro sitio web www.myhealthnetca.com

Escanee el código QR para ver las divulgaciones del plan

[Divulgación de Ambetter HMO](#)

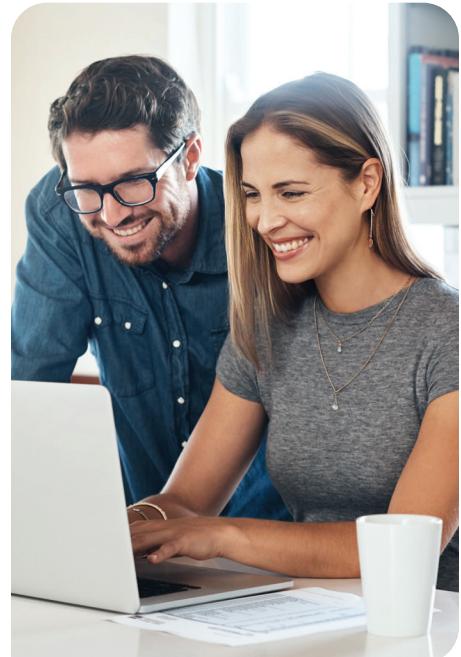
[Divulgación de Ambetter PPO](#)



ESCANEÉ
AQUÍ



ESCANEÉ
AQUÍ



Los planes de salud HMO y PPO de Ambetter son ofrecidos por Health Net of California, Inc. (Health Net). Health Net of California, Inc. es una subsidiaria de Health Net, LLC y Centene Corporation. Health Net es una marca de servicio registrada de Health Net, LLC. Covered California es una marca registrada del estado de California. Todas las demás marcas comerciales/marcas de servicio identificadas continúan siendo propiedad de sus respectivas compañías. Todos los derechos reservados.