

# Planes individuales y familiares de California

## Disponibles a través de Covered California™



### Silver 94 Ambetter PPO

El plan de salud Silver 94 Ambetter PPO usa la red de proveedores de **Ambetter PPO** para brindar beneficios y servicios cubiertos. Para tener un costo compartido más bajo, asegúrese de acudir a proveedores (médicos, hospitales, etc.) dentro de la red de proveedores de Ambetter PPO. **Ambetter PPO** está disponible a través de Covered CA en los condados de Los Angeles, Orange, Sacramento, San Diego y Yolo, y en algunas partes de los condados de Placer, Riverside y San Bernardino. **Excepto la atención de urgencia y de emergencia, los servicios y suministros brindados por proveedores fuera de la red no están cubiertos fuera de California.**

**ESTA MATRIZ ESTÁ DISEÑADA PARA AYUDARLE A COMPARAR LOS BENEFICIOS DE COBERTURA Y ES SOLO UN RESUMEN. PARA OBTENER UNA DESCRIPCIÓN DETALLADA DE LOS BENEFICIOS Y LAS LIMITACIONES DE LA COBERTURA, SE DEBEN CONSULTAR EL CONTRATO DEL PLAN Y LA EVIDENCIA DE COBERTURA (EL CONTRATO DEL PLAN Y LA EOC).**

Los montos de copago enumerados a continuación son las tarifas que le cobran por los servicios cubiertos que recibe. Los copagos pueden ser un monto fijo en dólares o un porcentaje del costo de Health Net para el servicio o el suministro, y se acuerdan por adelantado entre Health Net y el proveedor contratado. Los copagos de monto fijo en dólares se deben pagar en el momento en que se brindan los servicios. Los copagos en porcentaje (también llamados coseguro) generalmente se facturan después de que recibe el servicio. Los servicios cubiertos para afecciones médicas y de salud mental, y para trastornos por abuso de sustancias brindados de manera adecuada como servicios de telesalud están cubiertos de la misma forma y en la misma medida que los servicios cubiertos brindados en persona. Los servicios de telesalud solo se cubrirán cuando los preste un proveedor preferido.

| Descripción del beneficio                                                                                                                                                                                           | Responsabilidad de los afiliados                                 |                                                                         |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------|
|                                                                                                                                                                                                                     | Dentro de la red <sup>1, 2</sup>                                 | Fuera de la red <sup>1, 3</sup>                                         |
| Límite máximo de por vida ilimitado. Los beneficios están sujetos a un deducible, a menos que se indique lo contrario.                                                                                              |                                                                  |                                                                         |
| <b>Montos máximos del plan</b><br>Deducible por año calendario <sup>4</sup>                                                                                                                                         | Ninguna                                                          | \$5,000 individual/\$10,000 familiar                                    |
| Desembolso máximo (incluye el deducible por año calendario) <sup>5</sup>                                                                                                                                            | \$1,400 individual/\$2,800 familiar                              | \$25,000 individual/\$50,000 familiar                                   |
| <b>Servicios profesionales</b><br>Visita al consultorio                                                                                                                                                             | \$5                                                              | 50%                                                                     |
| Consultas de telesalud a través de un proveedor de servicios de telesalud seleccionado <sup>6</sup>                                                                                                                 | \$0                                                              | Sin cobertura                                                           |
| Consultas con un especialista                                                                                                                                                                                       | \$8                                                              | 50%                                                                     |
| Acupuntura médicamente necesaria                                                                                                                                                                                    | \$5                                                              | Sin cobertura                                                           |
| Servicios de atención preventiva <sup>7</sup>                                                                                                                                                                       | \$0                                                              | Sin cobertura                                                           |
| Radiografías y diagnóstico por imágenes                                                                                                                                                                             | \$10                                                             | 50%                                                                     |
| Procedimientos de laboratorio                                                                                                                                                                                       | \$10                                                             | 50%                                                                     |
| Diagnóstico por imágenes (tomografía computarizada/tomografía por emisión de positrones, imágenes por resonancia magnética)                                                                                         | \$50                                                             | 50%                                                                     |
| Terapia de rehabilitación y habilitación                                                                                                                                                                            | \$5                                                              | Sin cobertura                                                           |
| <b>Servicios para pacientes ambulatorios</b><br>Cirugía para pacientes ambulatorios                                                                                                                                 | 10%                                                              | 50%                                                                     |
| <b>Servicios hospitalarios</b><br>Servicios en centros para pacientes internados (incluye maternidad)                                                                                                               | Centro: 10%;<br>médico: 10% <sup>8</sup>                         | 50%                                                                     |
| Centro de enfermería especializada (máximo de 100 días por año calendario para cada afiliado)                                                                                                                       | 10%                                                              | 50%                                                                     |
| <b>Servicios de emergencia</b><br>Servicios en la sala de emergencias (sin copago en caso de internación)                                                                                                           | Centro: \$50;<br>médico: \$0                                     | Centro: \$50 (sin deducible);<br>médico: \$0 (sin deducible)            |
| Atención de urgencia                                                                                                                                                                                                | \$5                                                              | 50%                                                                     |
| Servicios de ambulancia (terrestre y aérea)                                                                                                                                                                         | \$30                                                             | Se pagan al nivel de beneficios del proveedor preferido (sin deducible) |
| <b>Servicios de salud mental, del comportamiento y para trastorno por abuso de sustancias</b><br>Servicios de salud mental, del comportamiento y para trastorno por abuso de sustancias (para pacientes internados) | Centro: 10%;<br>médico: 10% <sup>8</sup>                         | 50%                                                                     |
| Servicios de salud mental, del comportamiento y para trastorno por abuso de sustancias (para pacientes ambulatorios)                                                                                                | Visita al consultorio: \$5;<br>visita fuera del consultorio: \$0 | Visita al consultorio: 50%;<br>visita fuera del consultorio: 50%        |

| Descripción del beneficio                                                                                                                                                                                                                                                                     | Responsabilidad de los afiliados               |                                 |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------|---------------------------------|
|                                                                                                                                                                                                                                                                                               | Dentro de la red <sup>1, 2</sup>               | Fuera de la red <sup>1, 3</sup> |
| <b>Servicios de atención de salud en el hogar</b> (100 visitas por año)                                                                                                                                                                                                                       | \$3                                            | Sin cobertura                   |
| <b>Otros servicios</b>                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                |                                 |
| Equipo médico duradero                                                                                                                                                                                                                                                                        | 10%                                            | Sin cobertura                   |
| Cuidado de pacientes terminales                                                                                                                                                                                                                                                               | \$0                                            | 50%                             |
| <b>Cobertura de medicamentos que requieren receta médica</b><br>Medicamentos que requieren receta médica <sup>9</sup><br>(hasta un suministro de 30 días a través de una farmacia participante)<br>Nivel 1 (la mayoría de los medicamentos genéricos y los de marca preferidos de bajo costo) | \$3                                            | Sin cobertura                   |
| Nivel 2 (medicamentos genéricos no preferidos y de marca preferidos)                                                                                                                                                                                                                          | \$10                                           | Sin cobertura                   |
| Nivel 3 (medicamentos de marca no preferidos)                                                                                                                                                                                                                                                 | \$15                                           | Sin cobertura                   |
| Nivel 4 (medicamentos especializados, la mayoría autoinyectables)                                                                                                                                                                                                                             | 10% hasta \$150 por receta médica para 30 días | Sin cobertura                   |
| <b>Atención dental pediátrica</b> <sup>10, 11</sup> Servicios preventivos y de diagnóstico                                                                                                                                                                                                    | \$0                                            | Sin cobertura                   |
| <b>Atención de la vista pediátrica</b> <sup>10, 12</sup> Examen de la vista                                                                                                                                                                                                                   | \$0                                            | Sin cobertura                   |
| Anteojos                                                                                                                                                                                                                                                                                      | 1 par por año: \$0                             | Sin cobertura                   |

**ESTE ES UN RESUMEN DE BENEFICIOS. NO INCLUYE TODOS LOS SERVICIOS, LAS LIMITACIONES NI LAS EXCLUSIONES. CONSULTE EL CONTRATO DEL PLAN Y LA EOC PARA CONOCER LOS TÉRMINOS Y LAS CONDICIONES DE LA COBERTURA.**

- <sup>1</sup> Ciertos servicios requieren una autorización previa de Health Net. Sin autorización previa, se aplican \$250 adicionales a los servicios de proveedores dentro de la red y \$500 a los servicios de proveedores fuera de la red. Consulte el *Contrato del Plan* y la *EOC* para obtener más detalles.
- <sup>2</sup> El afiliado paga un coseguro según la tarifa negociada, es decir, la tarifa que los proveedores participantes o preferidos han aceptado recibir por brindar un servicio cubierto.
- <sup>3</sup> Consulte el *Contrato del Plan* y la *EOC* para conocer la metodología de reembolsos por servicios fuera de la red.
- <sup>4</sup> Cualquier monto que se aplique al deducible por año calendario por servicios y suministros cubiertos brindados por un proveedor fuera de la red no se aplicará al deducible por año calendario en el caso de proveedores dentro de la red.
- <sup>5</sup> Los copagos o el coseguro pagados por servicios dentro de la red no se aplicarán al desembolso máximo por servicios de proveedores fuera de la red, y el coseguro pagado por servicios fuera de la red no se aplicará al desembolso máximo por servicios de proveedores preferidos. Los copagos o el coseguro pagados por atención fuera de la red, incluidos los servicios de la sala de emergencias y de ambulancia, se acumulan para el desembolso máximo por servicios de proveedores preferidos.
- <sup>6</sup> Puede recibir servicios en persona o a través de telesalud, si está disponible, de su proveedor de atención primaria, de un 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 del proveedor de servicios de telesalud seleccionado se acumularán para su desembolso máximo y deducible (si su plan tiene un deducible). Al programar una cita a través del proveedor de servicios de telesalud seleccionado, usted da su consentimiento para recibir servicios de telesalud a través del proveedor de servicios de telesalud seleccionado. Consulte el *Contrato del Plan* y la *EOC* de los planes individuales y familiares 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 del proveedor de servicios de telesalud seleccionado. A menos que decida lo contrario, cualquier servicio prestado a través del proveedor de servicios de telesalud seleccionado se compartirá con su proveedor de atención primaria.
- <sup>7</sup> Los servicios de atención preventiva para adultos y niños tienen cobertura, según indicación de su médico, de acuerdo con las pautas de los siguientes recursos: las recomendaciones de grado A y B del Grupo Especial de Servicios Preventivos de los EE. UU., las Prácticas del Comité Asesor sobre Vacunación adoptadas por los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades, y las pautas para la atención de salud preventiva en niños, adolescentes y mujeres, según las recomendaciones de la Administración de Servicios y Recursos de Salud. Los servicios de atención preventiva incluyen, entre otros, evaluaciones periódicas de salud, vacunas, procedimientos preventivos de diagnóstico, incluidos los servicios de atención preventiva para el embarazo, exámenes de detección preventivos de la vista y la audición, una prueba de detección del virus del papiloma humano (VPH) aprobada por la Administración de Alimentos y Medicamentos (por sus siglas en inglés, FDA) federal y la opción de cualquier prueba de detección de cáncer de cuello uterino aprobada por la FDA. Se cubrirá una bomba extractora de leche y los suministros necesarios para su funcionamiento por cada embarazo, sin costo alguno para el afiliado. Nosotros determinaremos el tipo de equipo, si se debe alquilar o comprar, y el proveedor que lo suministra.
- <sup>8</sup> Para los hospitales que no separan los cargos por los servicios profesionales y los servicios del centro para pacientes internados, se aplica la tarifa del centro para pacientes internados.
- <sup>9</sup> La *Lista de Medicamentos Esenciales* es la lista aprobada de medicamentos cubiertos para tratar enfermedades y afecciones. La prepara Health Net y la distribuye a los médicos contratados de Health Net y a las farmacias participantes. Es posible que para algunos medicamentos de la lista se requiera autorización previa de Health Net. Los medicamentos que no figuran en la lista (conocidos antes como medicamentos fuera del *Formulario*) y que no están excluidos o limitados de la cobertura están cubiertos. Es posible que para algunos medicamentos que no figuran en la lista se requiera autorización previa de Health Net. Health Net aprobará un medicamento que no esté en la lista con un copago de nivel 3 si el médico del afiliado demuestra la necesidad médica. Para obtener una copia de la *Lista de Medicamentos Esenciales* que puede usar para buscar un medicamento particular, llame al Centro de Comunicación con el Cliente de Health Net al número de teléfono que aparece al dorso de su tarjeta de identificación de Health Net o visite nuestro sitio web [www.myhealthnetca.com](http://www.myhealthnetca.com).
- <sup>10</sup> Los servicios dentales y de la vista pediátricos están incluidos hasta el último día del mes en que el afiliado cumpla los 19 años. El costo compartido se aplica a los beneficios dentales pediátricos preventivos que no sean de diagnóstico.
- <sup>11</sup> Los beneficios de atención dental pediátrica son proporcionados por Health Net of California, Inc. y administrados por Dental Benefit Providers of California, Inc. (DBP). DBP no está afiliado a Health Net of California, Inc. Consulte el *Contrato del Plan* y la *EOC* para obtener más detalles sobre el beneficio dental pediátrico.
- <sup>12</sup> Los beneficios de servicios de atención de la vista pediátrica son proporcionados por Health Net of California, Inc. Health Net tiene un contrato con EyeMed Vision Care, LLC para administrar los beneficios de servicios de atención de la vista pediátrica.

Los planes de salud de PPO de Ambetter from Health Net son ofrecidos por Health Net of California, Inc. 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.

## 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 सेवाएं। 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। नियोजित 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**

សេវាភាសាដោយឥតគិតថ្លៃ។ 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 bą́ąh ílínígóó saad bee háká ada'iiyeed. Ata' halne'ígíí da ła' ná hádídóót'íjł. Naaltsoos da t'áá  
shí shizaad k'éhjí shichí' yídooltah nínízingo t'áá ná ákódoolníł. Ákót'éego shíká a'doowoł nínízingo  
Customer Contact Center hoolyéhíjł' hodíílnih ninaaltsoos nanítingo bee néého'dolzinígíí hodoonihjł'  
bikáá'. Naaltsoos nehiltsóosgo naanish bá dahikahígíí éí kojí' hodíílnih Health Net's Commercial  
Contact Center 1-800-522-0088 (TTY: 711). T'áá hó dóó ha'áłchíní (IFP) báhígíí éí kojí' 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-indibiduwal 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)