

## Planes individuales y familiares de California disponibles a través de Covered California



### Descripción general del plan: Bronze 60 Ambetter HMO

El plan de salud Bronze 60 Ambetter HMO usa la red de proveedores de **Ambetter HMO** para brindar Beneficios Cubiertos. **Ambetter HMO** está disponible directamente a través de Covered California en el condado de Imperial y en partes del condado de Kern.

**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 (POR SUS SIGLAS EN INGLÉS, EOC).**

Los montos de Copago enumerados a continuación son las tarifas que le cobran por los Beneficios 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 generalmente se facturan después de que recibe el servicio. Los Beneficios Cubiertos para afecciones médicas y Trastornos de Salud Mental o 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 Beneficios Cubiertos brindados en persona.

| Descripción del beneficio                                                                                                                                                              | Responsabilidad del afiliado                                                                          |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 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>                                                                                                                                                         |                                                                                                       |
| Deducible por año calendario (también se aplica a medicamentos que requieren receta médica) <sup>1</sup>                                                                               | \$5,800 individual/\$11,600 familiar                                                                  |
| Desembolso máximo (Incluye el deducible por año calendario. Los pagos por servicios y suministros no cubiertos por este plan no se aplicarán al desembolso máximo por año calendario). | \$11,650 individual/\$23,300 familiar                                                                 |
| <b>Servicios profesionales</b>                                                                                                                                                         |                                                                                                       |
| Copago por visita al consultorio <sup>2</sup>                                                                                                                                          | \$60                                                                                                  |
| Consultas de telesalud a través de un proveedor de servicios de telesalud seleccionado <sup>4</sup>                                                                                    | \$0                                                                                                   |
| Visita a especialistas <sup>2</sup>                                                                                                                                                    | Visitas 1 a 3: \$100 <sup>3</sup><br>Visita 4 en adelante: \$100 después del deducible                |
| Visita al consultorio de otro profesional (incluida la acupuntura médicamente necesaria) <sup>5</sup>                                                                                  | \$60                                                                                                  |
| Servicios de atención preventiva <sup>2,6</sup>                                                                                                                                        | \$0                                                                                                   |
| Radiografías y diagnóstico por imágenes                                                                                                                                                | 40% después del deducible                                                                             |
| Análisis de laboratorio                                                                                                                                                                | \$50                                                                                                  |
| Diagnóstico por imágenes (tomografía computarizada, tomografía por emisión de positrones, resonancia magnética)                                                                        | 40% después del deducible                                                                             |
| Terapia de rehabilitación y habilitación                                                                                                                                               | \$60                                                                                                  |
| <b>Servicios para pacientes ambulatorios</b>                                                                                                                                           |                                                                                                       |
| Cirugía para pacientes ambulatorios (incluye la tarifa del centro y las tarifas del médico/cirujano)                                                                                   | 40% después del deducible                                                                             |
| <b>Servicios hospitalarios</b> Internación en hospital (incluye maternidad)                                                                                                            | 40% después del deducible                                                                             |
| Centro de enfermería especializada (máximo de 100 días por año calendario para cada afiliado)                                                                                          | 40% después del deducible                                                                             |
| <b>Servicios de emergencias</b>                                                                                                                                                        |                                                                                                       |
| Servicios en la sala de emergencias (sin copago en caso de internación)                                                                                                                | Centro: 40% después del deducible;<br>médico: \$0                                                     |
| Atención de urgencia                                                                                                                                                                   | \$60                                                                                                  |
| Servicios de ambulancia (terrestre y aérea)                                                                                                                                            | 40% después del deducible                                                                             |
| <b>Servicios de salud mental, del comportamiento y para trastorno por abuso de sustancias</b>                                                                                          |                                                                                                       |
| Servicios de salud mental, del comportamiento y para trastorno por abuso de sustancias (para pacientes internados)                                                                     | 40% después del deducible                                                                             |
| Servicios de salud mental, del comportamiento y para trastorno por abuso de sustancias (para pacientes ambulatorios)                                                                   | Visita al consultorio: \$60<br>Visita fuera del consultorio: 40% hasta \$60                           |
| <b>Servicios de atención de salud en el hogar</b> (100 visitas por año calendario)                                                                                                     | 40% después del deducible                                                                             |
| <b>Otros servicios</b>                                                                                                                                                                 |                                                                                                       |
| Equipo médico duradero                                                                                                                                                                 | 40% después del deducible                                                                             |
| Servicios de cuidado de pacientes terminales                                                                                                                                           | \$0                                                                                                   |
| <b>Cobertura de medicamentos que requieren receta médica</b> <sup>7,8,9,10</sup><br>(hasta un suministro de 30 días a través de una farmacia participante)                             |                                                                                                       |
| Deducible para medicamentos que requieren receta médica por año calendario                                                                                                             | \$450 individual/\$900 familiar                                                                       |
| Nivel 1 (la mayoría de los medicamentos genéricos y los de marca preferidos de bajo costo)                                                                                             | \$20                                                                                                  |
| Nivel 2 (medicamentos genéricos no preferidos y de marca preferidos)                                                                                                                   | 40% hasta \$500 por receta médica después del deducible para medicamentos que requieren receta médica |

| Descripción del beneficio                                                       | Responsabilidad del afiliado                                                                            |
|---------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Nivel 3 (medicamentos de marca no preferidos)                                   | 40% hasta \$500 por receta médica después del deducible para medicamentos que requieren receta médica   |
| Nivel 4 (medicamentos especializados) <sup>11</sup>                             | 40% hasta \$500 por receta médica (después del deducible para medicamentos que requieren receta médica) |
| Atención dental pediátrica <sup>12</sup> Servicios preventivos y de diagnóstico | \$0                                                                                                     |
| Atención pediátrica de la vista <sup>13</sup> Examen de la vista de rutina      | \$0                                                                                                     |
| Anteojos (se aplican limitaciones)                                              | 1 par por año: \$0                                                                                      |

**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> Para determinados servicios y suministros conforme a este Plan, incluidos los Medicamentos que Requieren Receta Médica y los servicios dentales pediátricos, se aplica un Deducible por Año Calendario, que debe cumplirse antes de que se cubran estos servicios y suministros. Esos servicios y suministros solo están cubiertos en la medida en que los gastos cubiertos superen el Deducible. Se aplica el Deducible por Año Calendario, a menos que se indique específicamente más arriba.
- <sup>2</sup> Las visitas al consultorio para la atención prenatal, posnatal y del recién nacido para Servicios de Atención Preventiva, incluidas las visitas previas a la concepción, están cubiertas en su totalidad. Consulte las listas de Copagos para los Servicios de Atención Preventiva. Si el objetivo principal de la visita al consultorio no está relacionado con un servicio preventivo o si se reciben otros servicios no preventivos durante la misma visita al consultorio, se aplicará un Copago a los servicios no preventivos.
- <sup>3</sup> Se aplica el Deducible por Año Calendario luego de las primeras 3 visitas de atención no preventiva. Las visitas no preventivas incluyen visitas de atención de urgencia; visitas al consultorio de un Médico, de un Asociado Médico, de Personal de Enfermería con Práctica Médica; visitas con otros profesionales o visitas posnatales al consultorio; y visitas por Trastornos de Salud Mental o por Abuso de Sustancias para pacientes ambulatorios.
- <sup>4</sup> Puede recibir servicios en persona o a través de telesalud, si está disponible, de su Médico 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 Médico de Atención Primaria.
- <sup>5</sup> Incluye visitas de acupuntura, visitas de terapia física, ocupacional y del habla, y otras visitas al consultorio que no son brindadas por Médicos de Atención Primaria o Especialistas, o que no están especificadas en otra categoría de beneficios. Los servicios quiroprácticos no están cubiertos. Los Servicios de Acupuntura son brindados por Health Net. Health Net tiene contrato con American Specialty Health Plans of California, Inc. (planes ASH) para ofrecer cobertura de servicios de acupuntura de calidad y asequibles.
- <sup>6</sup> Los servicios de atención preventiva para adultos y niños tienen cobertura, según lo indique 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. (USPSTF), las Prácticas del Comité Asesor sobre Vacunación (ACIP) adoptadas por los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC), 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 (HRSA). 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 de los Estados Unidos, y la opción de cualquier prueba de detección de cáncer de cuello uterino aprobada por la FDA. Una bomba extractora de leche materna y los suministros necesarios para usarla estarán cubiertos para cada embarazo sin costo para el Afiliado. Nosotros determinaremos el tipo de equipo, si se debe alquilar o comprar, y el proveedor que lo suministra.
- <sup>7</sup> Los medicamentos contra el cáncer administrados por vía oral tendrán un Copago máximo de \$250 para una receta médica individual con un suministro de hasta 30 días.
- <sup>8</sup> Si el costo de la receta médica en la farmacia es menor que el Copago correspondiente, solo pagará el costo de la receta médica en la farmacia.
- <sup>9</sup> Los medicamentos preventivos, incluidos los medicamentos para dejar de fumar y los anticonceptivos aprobados por la Administración de Alimentos y Medicamentos, están cubiertos sin cargo para el Afiliado y no están sujetos al Deducible. Los medicamentos preventivos son los medicamentos de venta libre recetados o los Medicamentos que Requieren Receta Médica, utilizados con fines de salud preventiva según las recomendaciones de grados A y B del Grupo Especial de Servicios Preventivos de los EE. UU. No se impondrán límites anuales en la cantidad de días para el curso de tratamiento de todos los medicamentos aprobados por la FDA para dejar de fumar. Los anticonceptivos cubiertos son aquellos aprobados por la FDA, ya sean de venta libre o disponibles únicamente con receta médica. Se podrá despachar un suministro de hasta 12 meses calendario consecutivos de anticonceptivos hormonales autoadministrados, aprobados por la FDA y que tengan cobertura con una sola receta médica. Se despacharán Medicamentos Genéricos cuando esté disponible el equivalente genérico. Sin embargo, si un medicamento preventivo o anticonceptivo de marca es Medicamento Necesario y el Médico obtiene la Autorización Previa de Health Net, el medicamento de marca se dispensará sin costo. Los anticonceptivos vaginales, orales, transdérmicos, de emergencia y los preservativos están cubiertos conforme al beneficio de Medicamentos que Requieren Receta Médica. El dispositivo intrauterino (DIU) y los anticonceptivos inyectables e implantables están cubiertos (cuando los coloca un Médico) conforme al beneficio médico.
- <sup>10</sup> La *Lista de Medicamentos* de Ambetter from Health Net es aquella lista aprobada de medicamentos cubiertos para 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. Algunos medicamentos que no se encuentran en la lista requieren la 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. Se procesan las solicitudes urgentes de los Médicos para autorización y se notifica a los proveedores que prescriben sobre la determinación de Health Net lo antes posible, sin exceder las 24 horas, después de la recepción por parte de Health Net de la solicitud y de cualquier información adicional solicitada por Health Net que sea razonablemente necesaria para tomar la determinación. Una solicitud de Autorización Previa es urgente cuando un Afiliado padece una enfermedad que puede poner en riesgo grave su vida, salud o capacidad de recuperar su funcionamiento máximo. Las solicitudes de rutina de los Médicos se procesan y se notifica a los proveedores que emiten recetas sobre la determinación de Health Net en un plazo oportuno, que no exceda las 72 horas. Tanto para las solicitudes urgentes como de rutina, Health Net también debe notificar al Afiliado o a su representante sobre las decisiones tomadas. Si Health Net no responde en el plazo establecido, la solicitud de Autorización Previa se considerará concedida. Para obtener una copia de la *Lista de Medicamentos* de Ambetter from Health Net, 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). Se despacharán Medicamentos Genéricos cuando esté disponible el equivalente genérico. Health Net cubrirá los Medicamentos de Marca, incluidos los medicamentos especializados, que tengan un equivalente genérico con el Copago correspondiente del nivel 2, nivel 3 o nivel 4, cuando se determine que son Medicamento Necesarios.
- <sup>11</sup> El nivel 4 (medicamentos especializados) incluye medicamentos específicos que requieren receta médica y pueden tener disponibilidad o distribución limitada en farmacias. Estos medicamentos pueden autoadministrarse por vía oral o tópica, por inhalación o inyección (ya sea subcutánea, intramuscular o intravenosa), y exigen que el Afiliado reciba capacitación especial o monitoreo clínico para la autoadministración. Este nivel incluye medicamentos que la FDA o el fabricante requieren que se distribuyan a través de una farmacia especializada, o tienen un costo alto según lo establecido por Covered California. Los medicamentos del nivel 4 (medicamentos especializados) están identificados en la *Lista de Medicamentos* de Ambetter from Health Net con la inscripción "SP", requieren Autorización Previa de Health Net y es probable que deban ser despachados a través de un proveedor de especialidades farmacéuticas para estar cubiertos.
- <sup>12</sup> Los beneficios dentales pediátricos son proporcionados por Health Net of California, Inc. y administrados por Dental Benefit Providers of California, Inc. (DBP). DBP es un Plan dental especializado con licencia de California y no está afiliado a Health Net. Los beneficios adicionales de atención dental pediátrica están cubiertos. Consulte el *Contrato del Plan* y la *EOC* de los planes individuales y familiares para obtener más información.
- <sup>13</sup> Los beneficios pediátricos para la vista son proporcionados por Health Net of California, Inc. Health Net tiene un contrato con EyeMed Vision Care, LLC para administrar los beneficios de servicios pediátricos para la vista.

Los planes de HMO 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 ntawv 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 ntawv 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 hádídóot'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 hoolyéhíjį' hodíílnih ninaaltsoos nanitingo bee néého'dolzinígíí hodoonihjį'  
bikáá'. Naaltsoos nehiltsóosgo naanish bá dahikahígíí éí kojį' hodíílnih Health Net's Commercial  
Contact Center 1-800-522-0088 (TTY: 711). T'áá hó dóó ha'áłchíní (IFP) báhígíí éí kojį' 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)