

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



Bronze 60 Ambetter PPO

El plan de salud Bronze 60 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), ASÍ COMO EL PROGRAMA DE BENEFICIOS.

Los montos de copago enumerados a continuación son las tarifas que le cobran por los beneficios cubiertos que recibe. Los copagos pueden ser un cargo fijo en dólares o un porcentaje de los costos de Health Net por un servicio o suministro, acordado de antemano por 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 beneficios cubiertos para afecciones médicas y trastornos de salud mental o por abuso de sustancias brindados de manera adecuada como servicios de telemedicina están cubiertos de la misma forma y en la misma medida que los beneficios cubiertos brindados en persona.

Descripción del beneficio	Responsabilidad del afiliado	
	Dentro de la red ^{1, 2}	Fuera de la red ^{1, 3}
Límite máximo de por vida ilimitado. Los beneficios están sujetos a un deducible, a menos que se indique lo contrario.		
Montos máximos del plan Deducible por año calendario ⁴	\$5,800 individual/\$11,600 familiar	\$11,600 individual/\$23,200 familiar
Desembolso máximo (incluye el deducible por año calendario) ⁵	\$11,650 individual/\$23,300 familiar	\$25,000 individual/\$50,000 familiar
Servicios profesionales Visita al consultorio	\$60	50% después del deducible
Consultas de telemedicina a través de un proveedor de servicios de telemedicina seleccionado ⁷	\$0	Sin cobertura
Consulta con un especialista	Las primeras 3 visitas: \$100; a partir de la cuarta visita: \$100 ⁶	50% después del deducible
Acupuntura médicamente necesaria	\$60	Sin cobertura
Servicios de atención preventiva ⁸	\$0	Sin cobertura
Radiografías y diagnóstico por imágenes	40% después del deducible ⁹	50% después del deducible
Procedimientos de laboratorio	\$50	50% después del deducible
Diagnóstico por imágenes (tomografía computarizada/tomografía por emisión de positrones, imágenes por resonancia magnética)	40% después del deducible ⁹	50% después del deducible
Terapia de rehabilitación y habilitación	\$60	Sin cobertura
Servicios para pacientes ambulatorios Cirugía para pacientes ambulatorios	40% después del deducible ⁹	50% después del deducible
Servicios hospitalarios Servicios en centros para pacientes internados (incluye maternidad)	40% después del deducible ⁹	50% después del deducible
Centro de enfermería especializada (máximo de 100 días por año calendario para cada afiliado)	40% después del deducible ⁹	50% después del deducible
Servicios y atención de emergencia Servicios en la sala de emergencias (sin copago en caso de internación)	Centro: 40% después del deducible ⁹ ; médico: \$0	Centro: 40% después del deducible ⁹ ; médico: \$0
Atención de urgencia	\$60	50% después del deducible
Servicios de ambulancia (terrestre y aérea)	40% después del deducible ⁹	Se pagan al nivel de beneficios del proveedor preferido
Servicios de salud mental, del comportamiento y para trastorno por abuso de sustancias⁹ Servicios de salud mental, del comportamiento y para trastorno por abuso de sustancias (para pacientes internados)	40% después del deducible ⁹	50% después del deducible
Servicios de salud mental, del comportamiento y para trastorno por abuso de sustancias (para pacientes ambulatorios)	Visita al consultorio: \$60 Visita fuera del consultorio: 40% hasta \$60	50% después del deducible
Servicios de atención de salud en el hogar (100 visitas por año)	40% después del deducible ⁹	Sin cobertura
Otros servicios Equipo médico duradero	40% después del deducible ⁹	Sin cobertura

Descripción del beneficio	Responsabilidad del afiliado	
	Dentro de la red ^{1, 2}	Fuera de la red ^{1, 3}
Servicios de cuidado de pacientes terminales	\$0	50% después del deducible
Cobertura de medicamentos que requieren receta médica¹⁰ (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	Sin cobertura
Nivel 1 (la mayoría de los medicamentos genéricos y de marca preferidos de bajo costo)	\$20 por receta médica	Sin cobertura
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 ¹¹	Sin cobertura
Nivel 3 (medicamentos de marca no preferidos)	40% hasta \$500 por receta médica después del deducible para medicamentos que requieren receta médica ¹¹	Sin cobertura
Nivel 4 (medicamentos especializados)	40% hasta \$500 por receta médica después del deducible para medicamentos que requieren receta médica ¹¹	Sin cobertura
Atención dental pediátrica^{12, 13} Servicios preventivos y de diagnóstico	\$0	Sin cobertura
Atención de la vista pediátrica^{12, 14} 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.

NOTA: De acuerdo con la Ley de Cuidado de Salud Asequible, los indios americanos y los nativos de Alaska, según la determinación de elegibilidad del mercado de seguros de salud e independientemente de los ingresos, no tienen un costo compartido conforme a este plan para los artículos o servicios que son beneficios de salud esenciales si los artículos o servicios son proporcionados por un proveedor participante que también es proveedor del Servicio de Salud Indígena (por sus siglas en inglés, IHS), de una tribu indígena, organización tribal u organización indígena urbana, o a través de remisiones en virtud de los servicios de salud contratados, según lo define la ley federal. Por "costo compartido" se entienden los copagos, incluidos el coseguro y los deducibles. Además, un indígena americano o un nativo de Alaska inscrito en una variante de Plan con un costo compartido de cero (porque el mercado de seguros de salud ha considerado que su ingreso esperado está en el 300% del nivel de pobreza federal o por debajo de ese nivel) no debe pagar el costo compartido por los beneficios de salud esenciales, siempre que los artículos o los servicios se brinden a través de un proveedor participante.

¹ Ciertos servicios requieren una autorización previa de Health Net. Sin autorización previa, se aplica un adicional de \$250 a los servicios de proveedores dentro de la red y de \$500 a los servicios de proveedores fuera de la red. Consulte el *Contrato del Plan y la EOC* para obtener más detalles.

² 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.

³ Consulte el *Contrato del Plan y la EOC* para conocer la metodología de reembolsos por servicios fuera de la red.

⁴ Cualquier monto que se aplique al deducible por año calendario por servicios y suministros cubiertos brindados por un proveedor dentro de la red no se aplicará al deducible por año calendario en el caso de proveedores fuera de la red.

⁵ 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 de atención de emergencia fuera de la red, incluidos los servicios de ambulancia y en la sala de emergencias, se acumulan para alcanzar el desembolso máximo de proveedores preferidos.

⁶ Se aplica el deducible por año calendario luego de las primeras 3 visitas de atención no preventiva a un especialista.

⁷ 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.

⁸ 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 recomendaciones del Comité Asesor sobre Prácticas de Inmunización (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 federal de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (por sus siglas en inglés, FDA), 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.

⁹ Después de haber alcanzado el deducible para atención médica, el afiliado es responsable del 40% de los cargos elegibles hasta el límite de desembolso máximo. Para los beneficios dentro de la red, los cargos elegibles son la tarifa negociada. En el caso del uso de la sala de emergencias y del transporte médico de emergencia fuera de la red, los cargos elegibles son los cargos permitidos que están sujetos al deducible dentro de la red y se acumulan para alcanzar el desembolso máximo dentro de la red.

¹⁰ 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. Tienen cobertura los medicamentos que no se encuentren en la lista (que antes se denominaban fuera del Formulario) y que no están limitados ni excluidos de la cobertura. 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. 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.

¹¹ Después de haber alcanzado el deducible de farmacia, el afiliado será responsable del 40% del costo de todos los medicamentos de los niveles 2, 3 y 4 hasta un pago máximo de \$500 por cada medicamento que requiere receta médica hasta un suministro de 30 días, hasta el límite de desembolso máximo.

¹² 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 y que no son de diagnóstico.

¹³ Los beneficios dentales pediátricos 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.

¹⁴ Los beneficios pediátricos para la visión 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 visión.

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 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

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

Korean

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

Navajo

Doo 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)