

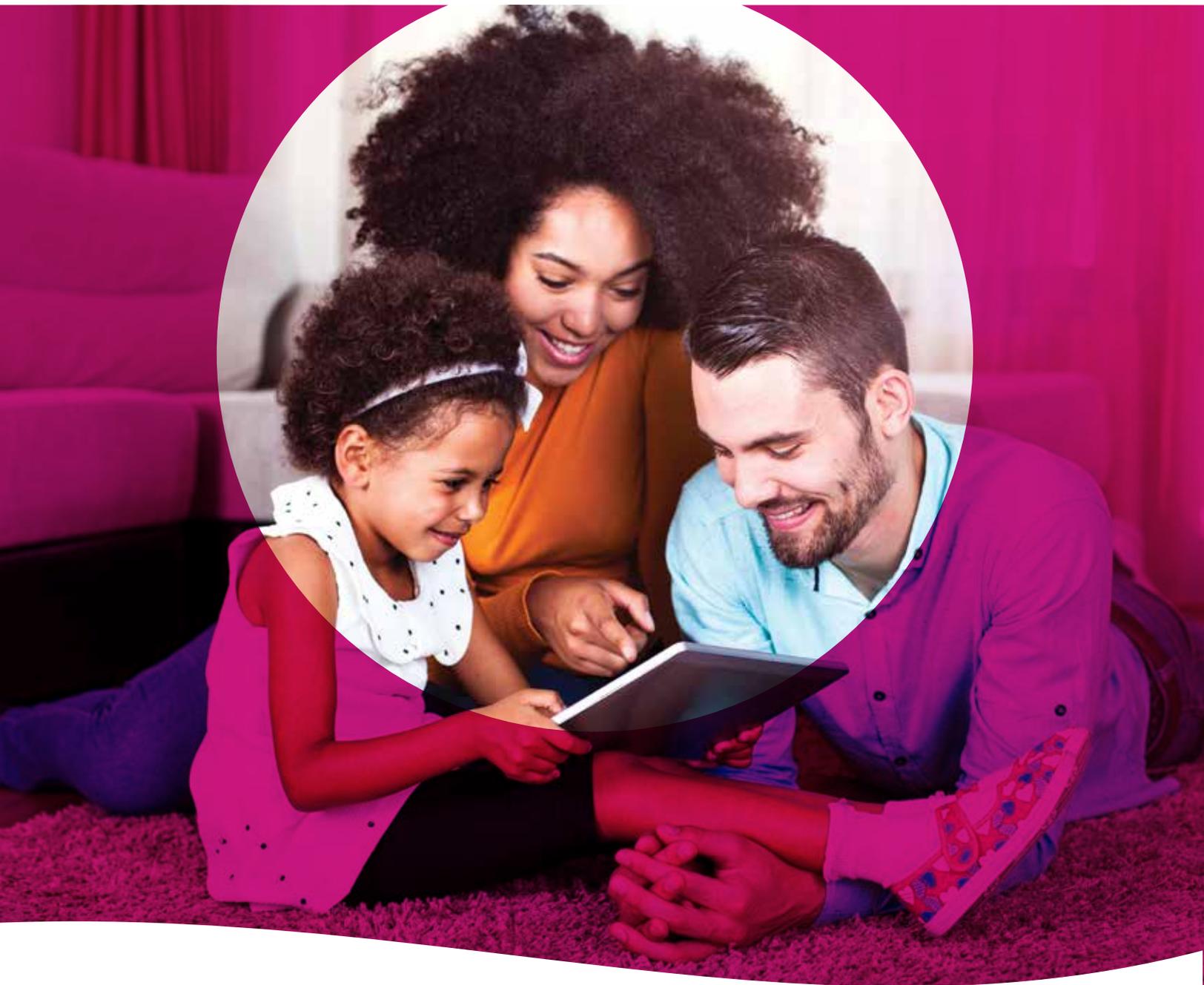
Health Net of California, Inc. (Health Net)

Grupal



# Guía de Viaje de Health Net HMO

CÓMO USAR LOS BENEFICIOS DEL PLAN DE SALUD CUANDO ESTÁ LEJOS DE SU HOGAR



[HealthNet.com](http://HealthNet.com)



## Viajes por Trabajo o Vacaciones...

*A donde sea que vaya, Health Net le brinda cobertura. Esta guía útil es la llave para aprovechar los beneficios de su plan de salud en California y en todo el mundo.*

# Esenciales para un Viaje Saludable

- Tarjeta de identificación de afiliado de Health Net:** En su tarjeta de identificación de afiliado de Health Net figuran los médicos, centros médicos y farmacias con los que tiene cobertura de Health Net.
- Medicamentos:** Asegúrese de llevar los medicamentos que toma con regularidad. Si necesita renovar recetas médicas, hágalo con tiempo.
- Sepa lo que está cubierto:** Consulte su *Evidencia de Cobertura* antes de viajar para conocer los beneficios cubiertos.
- Guía de viaje de Health Net:** Esta guía le brinda información sobre cómo buscar la atención adecuada cuando está de viaje. Además, asegúrese de completar e imprimir su registro personal de salud en línea en **healthnet.com**, o completar el breve perfil de salud incluido en esta guía.

# Atención Cuando Está Lejos de su Hogar



## Cobertura en los EE. UU.

### Atención médica

Por ser afiliado de Health Net HMO, tiene cobertura de servicios de emergencia o de urgencia sin autorización previa tanto cuando está en su hogar como cuando está de viaje.

1. Obtenga la atención de emergencia que necesita:
  - Si tiene una emergencia cuando está de viaje, llame al **911** o vaya a la sala de emergencias más cercana. Ejemplos de afecciones de emergencia incluyen dificultad para respirar, sangrado grave y dolor fuerte en partes del cuerpo u órganos.
  - Si cree que no se trata de una emergencia, pero igualmente necesita atención, le recomendamos que vaya a un centro de atención de urgencia porque los costos de desembolso suelen ser más bajos.
  - Si es posible, comuníquese con su grupo médico o médico de atención primaria (PCP) antes de solicitar atención.
2. Después de recibir atención:
  - Llame a su grupo médico dentro de las 48 horas. Diga que es afiliado de Health Net y explique lo que le sucedió. Si no se comunica con el grupo médico, es posible que la atención de seguimiento que pueda necesitar no esté cubierta.
  - Siga las instrucciones de su grupo médico para recibir atención adicional.  
**Afiliados de HMO:** Necesitará autorización para la atención de seguimiento fuera de la red que recomiende el médico tratante que se encuentra fuera del área de servicio.
  - Guarde una copia de todos los recibos detallados que reciba por la atención fuera del área. Tendrá que enviarlos a Health Net para obtener un reembolso.

### Farmacia

Si tiene beneficios de medicamentos que requieren receta médica con su plan de Health Net, puede surtir recetas médicas en cualquier farmacia participante de Health Net en los Estados Unidos.

- Paga el mismo copago (si corresponde uno) que cuando está en su hogar.
- No hay que presentar formularios de reclamo.

Para encontrar una farmacia participante, comuníquese con Health Net al número que figura en su tarjeta de identificación de afiliado o visite **healthnet.com**.

### Medicamentos que requieren receta médica: súrtalos antes de viajar

Obtenga un suministro de hasta tres meses de medicamentos de mantenimiento con nuestro cómodo programa de servicio de farmacia de compra por correo. Llame o pídale a su médico que llame a **CVS Caremark** al **888-624-1139**. Solicite las renovaciones de una receta médica al menos tres semanas antes de su fecha de partida para asegurarse de recibir los medicamentos.



### ¡Nota de viaje!

Las recetas médicas que se surtan en una farmacia no participante pueden estar cubiertas en una situación de urgencia o de emergencia. Pagará el medicamento que requiere receta médica y luego tendrá que presentar un reclamo. Adjunte al formulario de reclamo el recibo de la farmacia que le entreguen con el medicamento que requiere receta médica y el recibo de la compra, y guarde una copia a modo de registro.



## Cobertura internacional

Health Net cubre servicios de emergencia o de atención de urgencia que recibe de proveedores con licencia o centros de tratamiento en cualquier lugar del mundo. Asegúrese de contactar a su PCP lo antes posible. Siga sus instrucciones respecto a la atención de seguimiento.

Si necesita hablar con nuestro departamento de **Servicios al Afiliado, con el servicio de AT&T de USADirect** es sencillo. Así es como funciona:

1. Marque el número de acceso de **AT&T de USADirect** que corresponda al país desde el que llama (visite [www.usa.att.com/traveler](http://www.usa.att.com/traveler) para obtener una lista de los códigos de acceso internacional).
2. Luego de escuchar las indicaciones, llame al número gratuito<sup>1</sup> **800-552-3971** para que lo comuniquen con nuestro sistema de Servicios al Cliente.



### ¡Nota de viaje!



Según el tipo de proveedor al que consulte, puede tener que pagar un copago o el monto total de los servicios que recibió y luego presentar un reclamo a Health Net para obtener un reembolso. Asegúrese de solicitar un recibo detallado y los expedientes médicos del hospital u otro proveedor médico cuando recibe los servicios. Es difícil conseguir esta información una vez que está en su hogar; y la necesita para presentar un reclamo a Health Net para solicitar el reembolso.

<sup>1</sup> Es posible que las llamadas a los números que comienzan con 800 en los Estados Unidos sean gratuitas; o bien, pueden aplicar cargos de AT&T de USADirect. El servicio de AT&T de USADirect no está disponible desde todos los países.

# Reclamos: Cuándo Presentarlos

Tendrá que presentar un reclamo para solicitar un reembolso si recibe atención de emergencia de un profesional de la atención de salud que no participa en la red de Health Net o que se encuentra fuera del área de servicio de Health Net.



## Reclamos por servicios prestados en los Estados Unidos

Estos son algunos consejos útiles para presentar reclamos de manera correcta cuando está de viaje.

1. Lleve con usted los formularios de reclamo por atención médica y medicamentos que requieren receta médica por si no hay un proveedor de Health Net a donde vaya. Completar los formularios cuando recibe el servicio acelerará el proceso de reembolso.
2. Guarde una copia del recibo detallado del médico o centro a modo de registro.
3. Incluya el recibo detallado original y el comprobante de pago (en dólares estadounidenses) con el formulario de reclamo. Un comprobante de pago incluye, por ejemplo, una copia del recibo de cargo a la tarjeta de crédito, un estado de cuenta de un crucero o cheques pagados.
4. Envíe a Health Net los formularios de reclamo por correo dentro de los 90 días posteriores a la fecha de servicio.  
**Importante:** No se pagarán los reclamos que se presenten más de un año después de la fecha de servicio.



## Reclamos por servicios prestados fuera de los Estados Unidos

Siga los mismos pasos que para los reclamos nacionales, pero incluya también la siguiente información cuando envíe por correo su reclamo:

- Nombre del país y la moneda en la que pagó.
- El Cuestionario de reclamos extranjeros es una sección del Formulario de reclamo médico que debe completarse para explicar el tipo de emergencia.
- Para acelerar el proceso de los reclamos, toda la documentación relacionada con los reclamos (procedimientos, nombres de los medicamentos, expedientes médicos, etc.) debe estar en inglés. Health Net no puede procesar reclamos con información en otros idiomas.  
**Consejo: En lo posible, solicite la documentación en inglés o traduzca los formularios al inglés antes de presentar el reclamo.**
- Es necesario presentar un comprobante de pago (resumen de la tarjeta de crédito o cheque pagado), recibo y declaración legible del proveedor que indique que no se adeudan cargos para todas las solicitudes de reembolso de los afiliados.



## Consejos rápidos de viaje *Pérdida de la tarjeta de identificación de afiliado*

Health Net le brinda la posibilidad de acceder a una imagen de la tarjeta de identificación, imprimir una copia o solicitar una tarjeta de reemplazo. Puede hacerlo de las siguientes maneras:

- En línea, en **healthnet.com**.  
Por teléfono, al número que figura en su tarjeta de identificación de afiliado de Health Net.



## ¡Nota de viaje!

Solo envíe los gastos médicos y de farmacia juntos si ambos servicios se prestaron como parte de una hospitalización. De lo contrario, envíe los reclamos médicos y de farmacia por separado.

Inicie sesión en [healthnet.com](https://healthnet.com) para descargar los formularios de reclamo.

# Perfil de Salud

Complételo antes de viajar y llévelo con usted. O bien, inicie sesión en *Wellness Center* (Centro de bienestar) en **healthnet.com** para imprimir un resumen de su Registro Personal de Salud.



**¡Importante! El suscriptor es la persona a nombre de quien figura el plan de seguro. El número del suscriptor y el número de grupo aparecen en su tarjeta de identificación de afiliado de Health Net.**

Nombre del suscriptor:	N.º del suscriptor asegurado:	N.º de grupo:
------------------------	-------------------------------	---------------

Nombre de la persona que viaja:	Edad:	Fecha de nacimiento:	Alergias:
Última vacuna antitetánica:	Médico de atención primaria:		Número de teléfono:
Grupo médico participante:			Número de teléfono:

Nombre de la persona que viaja:	Edad:	Fecha de nacimiento:	Alergias:
Última vacuna antitetánica:	Médico de atención primaria:		Número de teléfono:
Grupo médico participante:			Número de teléfono:

Nombre de la persona que viaja:	Edad:	Fecha de nacimiento:	Alergias:
Última vacuna antitetánica:	Médico de atención primaria:		Número de teléfono:
Grupo médico participante:			Número de teléfono:

Nombre de la persona que viaja:	Edad:	Fecha de nacimiento:	Alergias:
Última vacuna antitetánica:	Médico de atención primaria:		Número de teléfono:
Grupo médico participante:			Número de teléfono:

## Contactos de emergencia

Nombre	Vínculo	Número de teléfono



**No olvide llevar los registros de vacunación de su(s) hijo(s).**

## Aviso de No Discriminación

Además de cumplir con los requisitos de no discriminación del estado de California (tal como se describe en los documentos de cobertura de beneficios), Health Net of California, Inc. cumple con las leyes federales vigentes sobre derechos civiles y no discrimina, excluye ni trata a las personas de forma diferente por motivos de origen racial, color, nacionalidad, ascendencia, religión, estado civil, género, identidad de género, atención relacionada con la afirmación de género, orientación sexual, edad, discapacidad o sexo.

### HEALTH NET:

- Brinda herramientas y servicios gratuitos a personas con discapacidades para comunicarse eficazmente con nosotros, como intérpretes calificados de lengua de señas e información por escrito en otros formatos (letra grande, formatos electrónicos accesibles y otros).
- Ofrece servicios de idioma gratuitos a personas cuyo idioma principal no es el inglés, como intérpretes calificados e información escrita en otros idiomas.

Si necesita estos servicios, llame al Centro de Comunicación con el Cliente de Health Net, a los siguientes números de teléfono:

### **Afiliados de un plan individual y familiar que pertenece al Mercado de Seguros de Salud o a Covered California:**

1-888-926-4988 (TTY: 711).

**Afiliados de un plan individual y familiar que no pertenece al Mercado de Seguros de Salud:** 1-800-839-2172 (TTY: 711).

**Solicitantes de un plan individual y familiar:** 1-877-609-8711 (TTY: 711).

**Planes grupales a través de Health Net:** 1-800-522-0088 (TTY: 711).

Si cree que Health Net no le ha brindado estos servicios o que le ha discriminado de alguna otra manera por uno de los motivos enumerados anteriormente, puede presentar una queja formal. Llame al Centro de Comunicación con el Cliente de Health Net al número que aparece más arriba para informar que necesita ayuda para presentar esta queja formal. El Centro de Comunicación con el Cliente de Health Net está disponible para ayudarle a presentar una queja formal. También puede presentarla por correo, fax o correo electrónico:

Health Net of California, Inc./Health Net Life Insurance Company Appeals & Grievances

P.O. Box 10348, Van Nuys, CA 91410-0348

Fax: 1-877-831-6019

Correo electrónico: [Member.Discrimination.Complaints@healthnet.com](mailto:Member.Discrimination.Complaints@healthnet.com) (afiliados) o

[Non-Member.Discrimination.Complaints@healthnet.com](mailto:Non-Member.Discrimination.Complaints@healthnet.com) (solicitantes)

Si tiene un problema de salud urgente y ya presentó una queja ante Health Net of California, Inc., pero no está conforme con la decisión que se tomó, o si pasaron más de 30 días desde que presentó la queja ante Health Net of California, Inc., puede presentar un formulario de revisión médica independiente o un formulario de quejas ante el Departamento de Atención Médica Administrada (por sus siglas en inglés, DMHC). Puede presentar un formulario de quejas llamando a la mesa de ayuda del DMHC al 1-888-466-2219 (TDD: 1-877-688-9891) o en línea, [www.dmhc.ca.gov/FileaComplaint](http://www.dmhc.ca.gov/FileaComplaint).

Si cree que le discriminaron por motivo de origen racial, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo, también puede presentar una queja sobre los derechos civiles a la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU. Puede hacerlo de manera electrónica, a través del portal que dicha oficina tiene para este tipo de quejas, <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, por correo o por teléfono: U.S. Department of Health and Human Services, 200 Independence Avenue SW, Room 509F, HHH Building, Washington, DC 20201, 1-800-368-1019 (TDD: 1-800-537-7697).

Los formularios de quejas están disponibles en <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.

## English

No Cost Language Services. You can get an interpreter. You can get documents read to you and some sent to you in your language. For help, 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 مترجم فوري. ويمكننا أن نقرأ لك الوثائق بلغتك. للحصول على المساعدة اللازمة، يرجى التواصل مع مركز خدمة العملاء عبر الرقم المبين على بطاقتك أو الاتصال بالرقم الفرعي لخدمة الأفراد والعائلة: (TTY: 711) 1-800-839-2172. للتواصل في كاليفورنيا، يرجى الاتصال بالرقم الفرعي لخدمة 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): Կալիֆոռնիայի 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 दुभाषिया 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**

សេវាភាសាដោយឥតគិតថ្លៃ។ លោកអ្នកអាចទទួលបានអ្នកបកប្រែផ្ទាល់មាត់។ លោកអ្នកអាចស្តាប់គេអានឯកសារឱ្យលោកអ្នកជាភាសារបស់លោកអ្នក។ សម្រាប់ជំនួយ សូមហៅទូរស័ព្ទទៅកាន់មជ្ឈមណ្ឌលទំនាក់ទំនងអតិថិជនតាមលេខដែលមាននៅលើប័ណ្ណសម្គាល់ខ្លួនរបស់លោកអ្នក ឬហៅទូរស័ព្ទទៅកាន់កម្មវិធី Off Exchange របស់គម្រោងជាលក្ខណៈបុគ្គល និងក្រុមគ្រួសារ (IFP) តាមរយៈលេខ៖ 1-800-839-2172 (TTY: 711)។ សម្រាប់ទីផ្សាររដ្ឋ California សូមហៅទូរស័ព្ទទៅកាន់កម្មវិធី On Exchange របស់គម្រោង IFP តាមរយៈលេខ 1-888-926-4988 (TTY: 711) ឬក្រុមហ៊ុនអាជីវកម្មខ្នាតតូចតាមរយៈលេខ 1-888-926-5133 (TTY: 711)។ សម្រាប់គម្រោងជាក្រុមតាមរយៈ Health Net សូមហៅទូរស័ព្ទទៅកាន់លេខ 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 고객센터 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 bą́ą́h ílínígóó saad bee háká ada'iiyeed. Ata' halne'ígíí da ła' ná hádídóot'ííł. Naaltsoos da t'áá shí shizaad k'éhjí shichí' yídooltah nínizingo t'áá ná ákódoonííł. Ákót'éego shíká a'doowoł nínizingo Customer Contact Center hoolyéhíjí' hodíílnih ninaaltsoos nanitingo bee néého'dolzinígíí hodoonihjí' bikáá' éí doodago kojí' hólne' Individual & Family Plan (IFP) Off Exchange: 1-800-839-2172 (TTY: 711). California marketplace báhígíí kojí' hólne' IFP On Exchange 1-888- 926-4988 (TTY: 711) éí doodago Small Business báhígíí kojí' hólne' 1-888-926-5133 (TTY: 711). Group Plans through Health Net báhígíí éí kojí' hólne' 1-800-522-0088 (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، با مرکز تماس مشتریان به شماره روی کارت شناسایی یا طرح فردی و خانوادگی (IFP) Off Exchange) به شماره: 1-800-839-2172 (TTY:711) تماس بگیرید. برای بازار کالیفرنیا، با IFP On Exchange شماره 1-888-926-4988 (TTY:711) یا کسب و کار کوچک (TTY:711) 1-888-926-5133 (TTY:711) تماس بگیرید. برای طرح های گروهی از طریق Health Net، با 1-800-522-0088 (TTY:711) تماس بگیرید.

**Punjabi (Punjabi)**

ਬਿਨਾਂ ਕਿਸੇ ਲਾਗਤ ਵਾਲੀਆਂ ਭਾਸ਼ਾ ਸੇਵਾਵਾਂ। ਤੁਸੀਂ ਇੱਕ ਦੁਆਰੀਏ 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) ਔਫ਼ ਐਕਸਚੇਂਜ 'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ: 1-800-839-2172 (TTY: 711)। ਕੈਲੀਫੋਰਨੀਆ ਮਾਰਕਿਟਪਲੇਸ ਲਈ, IFP ਔਨ ਐਕਸਚੇਂਜ ਨੂੰ 1-888-926-4988 (TTY: 711) ਜਾਂ ਸਮੱਲ ਬਿਜਨੇਸ 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 คุณสามารถใช้สามได้ คุณสามารถให้อ่านเอกสารให้ฟังเป็นภาษาของคุณได้ หากต้องการความช่วยเหลือ โทรหาศูนย์ลูกค้าสัมพันธ์ได้ที่หมายเลขบนบัตรประจำตัวของคุณ หรือโทรหาฝ่ายแผนบุคคลและครอบครัวของเอกชน (Individual & Family Plan (IFP) Off Exchange) ที่ 1-800-839-2172 (โหมต TTY: 711) สำหรับเขตแคลิฟอร์เนีย โทรหาฝ่ายแผนบุคคลและครอบครัวของรัฐ (IFP On Exchange) ได้ที่ 1-888-926-4988 (โหมต TTY: 711) หรือ ฝ่ายธุรกิจขนาดเล็ก (Small Business) ที่ 1-888-926-5133 (โหมต TTY: 711) สำหรับแผนแบบกลุ่มผ่านทาง Health Net โทร 1-800-522-0088 (โหมต 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).

## Comuníquese con nosotros

Llame a Servicios al Afiliado de Health Net al número que figura en su tarjeta de identificación de afiliado o visite nuestro sitio web:



[healthnet.com](https://healthnet.com)



Health Net of California, Inc.  
PO Box 9103  
Van Nuys, California 91409-9103