

개인 및 가족  
EnhancedCare PPO  
보험 플랜

Health Net Life Insurance Company(Health Net)을 통해 이용 가능  
혜택을 받으시려면 [www.myhealthnetca.com](http://www.myhealthnetca.com)을 방문하셔서 오늘 신청하십시오!



Health Net®

# 보장 설명과 예외 및 제한사항

플랜들은 California 카운티의 한정 지역에서만 이용 가능<sup>1</sup>

Health Net 개인 및 가족 건강보험 플랜 주요 의료 비용 보장.

## 귀하의 보험 증서를 주의 깊게 읽어보십시오.

본 보장의 개요는 귀하의 Health Net EnhancedCare PPO 보험(보험 증서)의 중요한 특징에 대한 간략한 설명을 제공합니다. 이것은 보험 계약서가 아니며 실제 보험 증서의 조항들이 우선합니다. 보험 증서 자체는 귀하 및 Health Net Life Insurance Company 양측 모두의 권리 및 의무에 대해 자세히 설명합니다. 따라서 귀하께서 귀하의 보험 증서를 주의 깊게 읽어보는 것은 매우 중요합니다!

<sup>1</sup>Health Net Life Insurance Company EnhancedCare PPO 플랜은 EnhancedCare PPO 서비스 제공자 네트워크를 이용합니다. IFP EnhancedCare PPO는 Los Angeles, Orange, Sacramento, San Diego와 Yolo 카운티 및 Placer, Riverside와 San Bernardino 일부 카운티에 있는 Health Net을 통해 이용 가능합니다.

## Platinum 90 EnhancedCare PPO

혜택 설명	피보험자(들)의 책임	
	네트워크 내 <sup>1,2</sup>	네트워크 외 <sup>1,3</sup>
무제한 평생 최대 한도. 네트워크 외 혜택에는 별도의 기재가 없는 한 공제액이 적용됩니다.		
<b>플랜 최대 한도</b> 달력 연도 공제액 <sup>4</sup>	없음	독신 \$5,000 / 가족 \$10,000
최대 본인 부담금 <sup>5</sup>	독신 \$3,350 / 가족 \$6,700	독신 \$25,000 / 가족 \$50,000
<b>전문 분야 서비스</b> 진료소 방문	\$15	50%
Teladoc 상담 원격 의료 서비스 <sup>6</sup>	\$0	혜택이 보장되지 않습니다
전문의 상담	\$30	50%
기타 의료인 진료소 방문 (의료적으로 필요한 침술 포함)	\$15	혜택이 보장되지 않습니다
예방 치료 서비스 <sup>7</sup>	\$0	혜택이 보장되지 않습니다
X-레이 및 진단 영상 / 실험실 시술	\$30 / \$15	50%
영상 (CT/PET 스캔, MRI)	10%	50%
재활 및 훈련 요법	\$15	혜택이 보장되지 않습니다
<b>병원 서비스</b> 병원 시설 입원 서비스 (출산 포함)	10%	50%
외래 수술 (병원 또는 외래 수술 센터 비용만 해당)	10%	50%
전문 요양 시설	10%	50%
<b>응급 치료 서비스</b> 응급실 (입원하는 경우 코페이먼트 면제)	시설 \$150 / 의사 \$0	\$150 시설 (공제액 면제) / 의사 \$0 (공제액 면제)
긴급 치료	\$15	50%
구급차 서비스 (지상 및 항공)	\$150	\$150 (공제액 면제)
<b>정신/행동 건강 / 약물 중독 서비스<sup>8</sup></b> 정신/행동 건강 / 약물 중독 서비스 (입원환자)	10%	50%
정신/행동 건강 / 약물 중독 서비스 (외래환자)	진료소 방문: \$0 진료소 방문 외 기타: 10% 최대 \$15	50%
<b>가정 건강 관리 서비스</b> (방문 100회/년)	10%	혜택이 보장되지 않습니다
<b>기타 서비스</b> 내구성 의료 장비	10%	혜택이 보장되지 않습니다
호스피스 서비스	\$0	50%

(계속)

## Platinum 90 EnhancedCare PPO (계속)

혜택 설명	피보험자(들)의 책임	
<b>처방약 보장</b> 처방약 <sup>9</sup> (참여 약국을 통해 받은 최대 30일 분량) 1군 (대부분의 제네릭의약품 및 저가의 선호 유명 상표약)	\$5	혜택이 보장되지 않습니다
2군 (비-선호 제네릭의약품 및 선호 유명 상표약)	\$15	혜택이 보장되지 않습니다
3군 (비-선호 유명 상표약만 해당)	\$25	혜택이 보장되지 않습니다
4군 (특별 약품)	30일 분량 처방전당 10% 최대 \$250	혜택이 보장되지 않습니다
<b>소아 치과</b> <sup>10,11</sup> 진단 및 예방 서비스	\$0	혜택이 보장되지 않습니다
<b>소아 안과</b> <sup>10,12</sup> 정기 안과 검사	\$0	혜택이 보장되지 않습니다
안경	연도당 1벌 - \$0	혜택이 보장되지 않습니다

**이것은 혜택 요약본입니다. 모든 서비스, 제한사항 또는 예외사항을 포함하지 않습니다. 보장의 조건에 대한 사항을 알아보시려면 보험 증서를 참조하십시오.**

- 1 특정 서비스는 Health Net으로부터 사전 승인이 필요합니다. 사전 승인을 받지 않으면 네트워크 내 서비스 제공자의 경우 \$250, 네트워크 외 서비스 제공자의 경우 \$500의 추가 비용이 적용됩니다. 자세한 사항은 보험 증서를 참조하십시오.
- 2 피보험자들은 참여 또는 선호 서비스 제공자들이 보장되는 서비스 제공에 대해 수용하기로 합의한 효율인 협상된 효율에 따른 공동보험료를 지불합니다.
- 3 네트워크 외 환급 방법을 알아보시려면 보험 증서를 참조하십시오.
- 4 네트워크 내부 서비스 제공자에게 받은 모든 보장되는 서비스 및 용품에 대한 달러 연도 공제액에 적용되는 금액은 네트워크 외부 서비스 제공자에 대한 달러 연도 공제액에 적용되지 않습니다.
- 5 네트워크 내 서비스에 대해 지불된 코페이먼트 또는 공동보험은 네트워크 외 서비스 제공자에 대한 최대 본인 부담금에 적용되지 않으며 네트워크 외 서비스에 대해 지불된 공동보험은 선호 서비스 제공자에 대한 최대 본인 부담금에 적용되지 않습니다. 응급실 및 구급차 서비스를 포함해 네트워크 외 응급 치료 서비스에 대한 코페이먼트 또는 공동보험은 선호 서비스 제공자의 경우 최대 본인 부담금에 누적됩니다.
- 6 Health Net은 의료, 정신적 장애 및 약물 의존 질환에 대해 원격 의료 서비스를 제공하기 위해 Teladoc과 계약을 맺었습니다. Teladoc 서비스는 귀하의 의사를 대체하기 위함이 아니라 보조적인 서비스입니다. Teladoc에서 제공하지 않는 원격 의료 서비스는 보장되지 않습니다. 또한 Teladoc 상담 서비스는 전문의 서비스 및 DEA에서 통제하는 물질에 대한 처방약, 비-치료적인 약품 또는 남용의 우려가 있어서 위험할 수 있는 기타 특정 약품은 보장하지 않습니다.
- 7 미국 예방의학 특별 위원회(United States Preventive Services Task Force, USPSTF)의 A 및 B 등급 권고, 질병예방통제센터(Centers for Disease Control and Prevention, CDC)가 채택한 예방접종 관행 자문 위원회(Advisory Committee on Immunization Practices, ACIP)의 권고, 건강 자원 및 서비스 관리국(Health Resources and Services Administration, HRSA)이 지원하는 여성 예방 의료 및 검진에 대한 종합 지침 및 유아, 어린이 및 청소년에 대한 HRSA가 지원하는 종합 가이드라인에 기초한 보장 서비스. 일반적으로 권고하는 예방 서비스에 대해 더 많은 정보가 필요하신 경우 [www.healthcare.gov](http://www.healthcare.gov)를 방문하십시오. 예방적 관리에 따른 비용 부담이 이러한 서비스에 적용될 수 있습니다.
- 8 행동 건강 서비스를 제공하는 행동 건강 관리 서비스 회사의 계열사인 MHN 서비스에 의해 혜택이 제공됩니다.
- 9 Essential Rx 약품 목록은 이 플랜에서 보장하는 처방약 목록입니다. 일부 약품은 Health Net의 사전 승인이 필요합니다. Essential Rx 약품 목록 사본을 받으시려면 Health Net 웹사이트를 방문하십시오. 처방약에 대한 전체 정보를 알아보시려면 보험 증서를 참조하십시오. 플랜은 대부분의 여성 처방 피임약을 \$0의 비용 부담으로 보장합니다. 일부 약품에 대한 보장은 제네릭의약품 및 유명 상표약 약품군 시스템을 따르지 않을 수도 있습니다. 보장, 비용 부담 및 약품군 정보를 알아보시려면 보험 증서, Health Net Essential Rx 약품 목록을 참조하십시오. 보험 증서는 법적 구속력이 있는 문서입니다. 이 책자의 정보가 보험 증서의 정보와 다를 경우 보험 증서가 우선합니다. 우편 주문을 통해 조제하는 1군, 2군 및 3군 처방약은 (최대 90일 분량까지) 세 배 수준의 코페이먼트가 필요합니다. 특정 약품에 관한 자세한 정보를 알아보시려면 [www.myhealthnetca.com](http://www.myhealthnetca.com)을 방문하십시오.
- 10 소아 치과 및 안과 서비스는 해당 피보험자가 19살이 되는 달의 마지막 날까지 포함됩니다. 비용 부담은 비-진단 및 예방 소아치과 혜택에 대해 적용됩니다.
- 11 소아 치과는 Health Net Life Insurance Company에서 인수하며 Dental Benefit Administrative Services에서 시행합니다. Dental Benefit Administrative Services는 Health Net Life Insurance Company와 제휴되어 있지 않습니다. 소아 치과 혜택에 대한 상세한 사항은 보험 증서를 참조하십시오.
- 12 소아 안과 서비스 혜택은 Health Net Life Insurance Company에서 인수하며 EyeMed Vision Care, LLC에서 혜택을 제공합니다. EyeMed Vision Care, LLC는 Health Net Life Insurance Company와 제휴되어 있지 않습니다.

## Gold 80 EnhancedCare PPO

혜택 설명	피보험자(들)의 책임	
무제한 평생 최대 한도. 네트워크 외 혜택에는 별도의 기재가 없는 한 공제액이 적용됩니다.	네트워크 내 <sup>1,2</sup>	네트워크 외 <sup>1,3</sup>
<b>플랜 최대 한도</b> 달력 연도 공제액	없음	독신 \$5,000 / 가족 \$10,000
최대 본인 부담금 <sup>4</sup>	독신 \$7,200 / 가족 \$14,400	독신 \$25,000 / 가족 \$50,000
<b>전문 분야 서비스</b> 진료소 방문	\$30	50%
Teladoc 상담 원격 의료 서비스 <sup>5</sup>	\$0	혜택이 보장되지 않습니다
전문의 상담	\$55	50%
기타 의료인 진료소 방문 (의료적으로 필요한 침술 포함)	\$30	혜택이 보장되지 않습니다
예방 치료 서비스 <sup>6</sup>	\$0	혜택이 보장되지 않습니다
X-레이 및 진단 영상 / 실험실 시술	\$55 / \$35	50%
영상 (CT/PET 스캔, MRI)	20%	50%
재활 및 훈련 요법	\$30	혜택이 보장되지 않습니다
<b>병원 서비스</b> 병원 시설 입원 서비스 (출산 포함)	20%	50%
외래 수술 (병원 또는 외래 수술 센터 비용만 해당)	20%	50%
전문 요양 시설	20%	50%
<b>응급 치료 서비스</b> 응급실 (입원하는 경우 코페이먼트 면제)	\$325 시설 / \$0 의사	\$325 시설 (공제액 면제) / \$0 의사 (공제액 면제)
긴급 치료	\$30	50%
구급차 서비스 (지상 및 항공)	\$250	\$250 (공제액 면제)
<b>정신/행동 건강 / 약물 중독 서비스<sup>7</sup></b> 정신/행동 건강 / 약물 중독 서비스 (입원환자)	20%	50%
정신/행동 건강 / 약물 중독 서비스 (외래환자)	진료소 방문: \$0 진료소 방문 외 기타: 20% 최대 \$30	50%
<b>가정 건강 관리 서비스</b> (방문 100회/년)	20%	혜택이 보장되지 않습니다
<b>기타 서비스</b> 내구성 의료 장비	20%	혜택이 보장되지 않습니다
호스피스 서비스	\$0	50%

(계속)

## Gold 80 EnhancedCare PPO (계속)

혜택 설명	피보험자(들)의 책임	
<b>처방약 보장</b> 처방약 <sup>8</sup> (참여 약국을 통해 받은 최대 30일 분량) 1군 (대부분의 제네릭의약품 및 저가의 선호 유명 상표약)	\$15	혜택이 보장되지 않습니다
2군 (비-선호 제네릭의약품 및 선호 유명 상표약)	\$55	혜택이 보장되지 않습니다
3군 (비-선호 유명 상표약만 해당)	\$75	혜택이 보장되지 않습니다
4군 (특별 약품)	30일 분량 처방전당 20% 최대 \$250	혜택이 보장되지 않습니다
<b>소아 치과</b> <sup>9,10</sup> 진단 및 예방 서비스	\$0	혜택이 보장되지 않습니다
<b>소아 안과</b> <sup>9,11</sup> 정기 안과 검사	\$0	혜택이 보장되지 않습니다
안경	연도당 1벌 - \$0	혜택이 보장되지 않습니다

**이것은 혜택 요약본입니다. 모든 서비스, 제한사항 또는 예외사항을 포함하지 않습니다. 보장의 조건에 대한 사항을 알아보시려면 보험 증서를 참조하십시오.**

- 특정 서비스는 Health Net으로부터 사전 인증이 필요합니다. 사전 승인을 받지 않으면 네트워크 내 서비스 제공자의 경우 \$250, 네트워크 외 서비스 제공자의 경우 \$500의 추가 비용이 적용됩니다. 자세한 사항은 보험 증서를 참조하십시오.
- 피보험자들은 참여 또는 선호 서비스 제공자들이 보장되는 서비스 제공에 대해 수용하기로 합의한 요율인 협상된 요율에 따른 공동보험료를 지불합니다.
- 네트워크 외 환급 방법을 알아보시려면 보험 증서를 참조하십시오.
- 네트워크 내 서비스에 대해 지불된 코페이먼트 또는 공동보험은 네트워크 외 서비스 제공자에 대한 최대 본인 부담금에 적용되지 않으며 네트워크 외 서비스에 대해 지불된 공동보험은 선호 서비스 제공자에 대한 최대 본인 부담금에 적용되지 않습니다. 응급실 및 구급차 서비스를 포함해 네트워크 외 응급 치료 서비스에 대한 코페이먼트 또는 공동보험은 선호 서비스 제공자의 경우 최대 본인 부담금에 누적됩니다.
- Health Net은 의료, 정신적 장애 및 약물의 의존 질환에 대해 원격 의료 서비스를 제공하기 위해 Teladoc과 계약을 맺었습니다. Teladoc 서비스는 귀하의 의사를 대체하기 위함이 아니라 보조적인 서비스입니다. Teladoc에서 제공하지 않는 원격 의료 서비스는 보장되지 않습니다. 또한 Teladoc 상담 서비스는 전문의 서비스 및 DEA에서 통제하는 물질에 대한 처방약, 비-치료적인 약품 또는 남용의 우려가 있어서 위험할 수 있는 기타 특정 약품은 보장하지 않습니다.
- 미국 예방의학 특별 위원회(United States Preventive Services Task Force, USPSTF)의 A 및 B 등급 권고, 질병예방통제센터(Centers for Disease Control and Prevention, CDC)가 채택한 예방접종 관행 자문 위원회(Advisory Committee on Immunization Practices, ACIP)의 권고, 건강 자원 및 서비스 관리국(Health Resources and Services Administration, HRSA)이 지원하는 여성 예방 의료 및 검진에 대한 종합 지침 및 유아, 어린이 및 청소년에 대한 HRSA가 지원하는 종합 가이드라인에 기초한 보장 서비스. 일반적으로 권고하는 예방 서비스에 대해 더 많은 정보가 필요하신 경우 [www.healthcare.gov](http://www.healthcare.gov)를 방문하십시오. 예방적 관리에 따른 비용 부담이 이러한 서비스에 적용될 수 있습니다.
- 행동 건강 서비스를 제공하는 행동 건강 관리 서비스 회사의 계열사인 MHN 서비스에 의해 혜택이 제공됩니다.
- Essential Rx 약품 목록은 이 플랜에서 보장하는 처방약 목록입니다. 일부 약품은 Health Net의 사전 인증이 필요합니다. Essential Rx 약품 목록 사본을 받으시려면 Health Net 웹사이트를 방문하십시오. 처방약에 대한 전체 정보를 알아보시려면 보험 증서를 참조하십시오. 플랜은 대부분의 여성 처방 피임약을 \$0의 비용 부담으로 보장합니다. 일부 약품에 대한 보장은 제네릭의약품 및 유명 상표약약품군 시스템을 따르지 않을 수도 있습니다. 보장, 비용 부담 및 약품군 정보를 알아보시려면 보험 증서, Health Net Essential Rx 약품 목록을 참조하십시오. 보험 증서는 법적 구속력이 있는 문서입니다. 이 책자의 정보가 보험 증서의 정보와 다를 경우 보험 증서가 우선합니다. 우편 주문을 통해 조제하는 1군, 2군 및 3군 처방약은 (최대 90일 분량까지) 세 배 수준의 코페이먼트가 필요합니다. 특정 약품에 관한 자세한 정보를 알아보시려면 [www.myhealthnetca.com](http://www.myhealthnetca.com)을 방문하십시오.
- 소아 치과 및 안과 서비스는 해당 피보험자가 19살이 되는 달의 마지막 날까지 포함됩니다. 비용 부담은 비-진단 및 예방 소아치과 혜택에 대해 적용됩니다.
- 소아 치과는 Health Net Life Insurance Company에서 인수하며 Dental Benefit Administrative Services에서 시행합니다. Dental Benefit Administrative Services는 Health Net Life Insurance Company와 제휴되어 있지 않습니다. 소아 치과 혜택에 대한 상세한 사항은 보험 증서를 참조하십시오.
- 소아 안과 서비스 혜택은 Health Net Life Insurance Company에서 인수하며 EyeMed Vision Care, LLC에서 혜택을 제공합니다. EyeMed Vision Care, LLC는 Health Net Life Insurance Company와 제휴되어 있지 않습니다.

## Gold Value EnhancedCare PPO

혜택 설명	피보험자(들)의 책임	
무제한 평생 최대 한도. 혜택에는 별도의 기재가 없는 한 공제액이 적용됩니다.	네트워크 내 <sup>1,2</sup>	네트워크 외 <sup>1,3</sup>
<b>플랜 최대 한도</b> 달력 연도 공제액 <sup>4</sup>	독신 \$1,000 / 가족 \$2,000	독신 \$5,000 / 가족 \$10,000
최대 본인 부담금 <sup>5</sup>	독신 \$6,000 / 가족 \$12,000	독신 \$25,000 / 가족 \$50,000
<b>전문 분야 서비스</b> 진료소 방문	\$20 (공제액 면제)	50%
Teladoc 상담 원격 의료 서비스 <sup>6</sup>	\$0 (공제액 면제)	혜택이 보장되지 않습니다
전문의 상담	\$50 (공제액 면제)	50%
기타 의료인 진료소 방문 (의료적으로 필요한 침술 포함)	\$20 (공제액 면제)	혜택이 보장되지 않습니다
예방 치료 서비스 <sup>7</sup>	\$0	혜택이 보장되지 않습니다
X-레이 및 진단 영상 / 실험실 시술	\$ 55 / \$35 (공제액 면제)	50%
영상 (CT/PET 스캔, MRI)	20%	50%
재활 및 훈련 요법	\$20 (공제액 면제)	혜택이 보장되지 않습니다
<b>병원 서비스</b> 병원 시설 입원 서비스 (출산 포함)	20%	50%
외래 수술 (병원 또는 외래 수술 센터 비용만 해당)	20%	50%
전문 요양 시설	20%	50%
<b>응급 치료 서비스</b> 응급실 (입원하는 경우 코페이먼트 면제)	시설 \$325 (공제액 적용) / \$0 의사 (공제액 면제)	시설 \$325 (공제액 적용) / \$0 의사 (공제액 면제)
긴급 치료	\$20 (공제액 면제)	50%
구급차 서비스 (지상 및 항공)	\$250	\$250
<b>정신/행동 건강 / 약물 중독 서비스<sup>8</sup></b> 정신/행동 건강 / 약물 중독 서비스 (입원환자)	20%	50%
정신/행동 건강 / 약물 중독 서비스 (외래환자)	진료소 방문: \$20 (공제액 면제) 진료소 방문 외 기타: 20% 최대 \$20 (공제액 면제)	50%
<b>가정 건강 관리 서비스</b> (방문 100회/년)	20%	혜택이 보장되지 않습니다
<b>기타 서비스</b> 내구성 의료 장비	20%	혜택이 보장되지 않습니다
호스피스 서비스	\$0 (공제액 면제)	50%

(계속)

## Gold Value EnhancedCare PPO (계속)

혜택 설명	피보험자(들)의 책임	
<b>처방약 보장</b> 처방약 달력 연도 공제액 (피보험자당)	독신 \$500 / 가족 \$1,000	혜택이 보장되지 않습니다
<b>처방약<sup>9</sup></b> (참여 약국을 통해 받은 최대 30일 분량) 1군 (대부분의 제네릭의약품 및 저가의 선호 유명 상표약)	\$10 (Rx 공제액 면제)	혜택이 보장되지 않습니다
2군 (비-선호 제네릭의약품 및 선호 유명 상표약)	\$50 (Rx 공제 이후)	혜택이 보장되지 않습니다
3군 (비-선호 유명 상표약만 해당)	\$85 (Rx 공제 이후)	혜택이 보장되지 않습니다
4군 (특별 약품)	30일 분량 처방전당 20% 최대 \$250 (Rx 공제액 이후)	혜택이 보장되지 않습니다
<b>소아 치과<sup>10,11</sup></b> 진단 및 예방 서비스	\$0 (공제액 면제)	혜택이 보장되지 않습니다
<b>소아 안과<sup>10,12</sup></b> 정기 안과 검사	\$0 (공제액 면제)	혜택이 보장되지 않습니다
안경	연간 1벌 - \$0 (공제액 면제)	혜택이 보장되지 않습니다

**이것은 혜택 요약본입니다. 모든 서비스, 제한사항 또는 예외사항을 포함하지 않습니다. 보장의 조건에 대한 사항을 알아보시려면 보험 증서를 참조하십시오.**

- 1 특정 서비스는 Health Net으로부터 사전 승인이 필요합니다. 사전 승인을 받지 않으면 네트워크 내 서비스 제공자의 경우 \$250, 네트워크 외 서비스 제공자의 경우 \$500의 추가 비용이 적용됩니다. 자세한 사항은 보험 증서를 참조하십시오.
- 2 피보험자들은 참여 또는 선호 서비스 제공자들이 보장되는 서비스 제공에 대해 수용하기로 합의한 요율인 협상된 요율에 따른 공동보험료를 지불합니다.
- 3 네트워크 외 환급 방법을 알아보시려면 보험 증서를 참조하십시오.
- 4 네트워크 내부 서비스 제공자에게 받은 모든 보장되는 서비스 및 용품에 대한 달력 연도 공제액에 적용되는 금액은 네트워크 외부 서비스 제공자에 대한 달력 연도 공제액에 적용되지 않습니다.
- 5 네트워크 내 서비스에 대해 지불된 코페이먼트 또는 공동보험은 네트워크 외 서비스 제공자에 대한 최대 본인 부담금에 적용되지 않으며 네트워크 외 서비스에 대해 지불된 공동보험은 선호 서비스 제공자에 대한 최대 본인 부담금에 적용되지 않습니다. 응급실 및 구급차 서비스를 포함해 네트워크 외 응급 치료 서비스에 대한 코페이먼트 또는 공동보험은 선호 서비스 제공자의 경우 최대 본인 부담금에 누적됩니다.
- 6 Health Net은 의료, 정신적 장애 및 약물의존 질환에 대해 원격 의료 서비스를 제공하기 위해 Teladoc과 계약을 맺었습니다. Teladoc 서비스는 귀하의 의사를 대체하기 위함이 아니라 보조적인 서비스입니다. Teladoc에서 제공하지 않는 원격 의료 서비스는 보장되지 않습니다. 또한 Teladoc 상담 서비스는 전문의 서비스 및 DEA에서 통제하는 물질에 대한 처방약, 비-치료적인 약품 또는 남용의 우려가 있어서 위험할 수 있는 기타 특정 약품은 보장하지 않습니다.
- 7 미국 예방의학 특별 위원회 (United States Preventive Services Task Force, USPSTF)의 A 및 B 등급 권고, 질병예방통제센터 (Centers for Disease Control and Prevention, CDC)가 채택한 예방접종 관행 자문 위원회 (Advisory Committee on Immunization Practices, ACIP)의 권고, 건강 자원 및 서비스 관리국 (Health Resources and Services Administration, HRSA)이 지원하는 여성 예방 의료 및 검진에 대한 종합 지침 및 유아, 어린이 및 청소년에 대한 HRSA가 지원하는 종합 가이드라인에 기초한 보장 서비스. 일반적으로 권고하는 예방 서비스에 대해 더 많은 정보가 필요하신 경우 [www.healthcare.gov](http://www.healthcare.gov)를 방문하십시오. 예방적 관리에 따른 비용 부담이 이러한 서비스에 적용될 수 있습니다.
- 8 행동 건강 서비스를 제공하는 행동 건강 관리 서비스 회사의 계열사인 MHN 서비스에 의해 혜택이 제공됩니다.
- 9 Essential Rx 약품 목록은 이 플랜에서 보장하는 처방약 목록입니다. 일부 약품은 Health Net의 사전 승인이 필요합니다. Essential Rx 약품 목록 사본을 받으시려면 Health Net 웹사이트를 방문하십시오. 처방약에 대한 전체 정보를 알아보시려면 보험 증서를 참조하십시오. 플랜은 대부분의 여성 처방 피임약을 \$0의 비용 부담으로 보장합니다. 일부 약품에 대한 보장은 제네릭의약품 및 유명 상표약 약품군 시스템을 따르지 않을 수도 있습니다. 보장, 비용 부담 및 약품군 정보를 알아보시려면 보험 증서, Health Net Essential Rx 약품 목록을 참조하십시오. 보험 증서는 법적 구속력이 있는 문서입니다. 이 책자의 정보가 보험 증서의 정보와 다를 경우 보험 증서가 우선합니다. 우편 주문을 통해 조제하는 1군, 2군 및 3군 처방약은 (최대 90일 분량까지) 세 배 수준의 코페이먼트가 필요합니다. 특정 약품에 관한 자세한 정보를 알아보시려면 [www.myhealthnetca.com](http://www.myhealthnetca.com)을 방문하십시오.
- 10 소아 치과 및 안과 서비스는 해당 피보험자가 19살이 되는 달의 마지막 날까지 포함됩니다. 비용 부담은 비-진단 및 예방 소아치과 혜택에 대해 적용됩니다.
- 11 소아 치과는 Health Net Life Insurance Company에서 인수하며 Dental Benefit Administrative Services에서 혜택을 제공합니다. Dental Benefit Administrative Services는 Health Net Life Insurance Company와 제휴되어 있지 않습니다. 소아 치과 혜택에 대한 상세한 사항은 보험 증서를 참조하십시오.
- 12 소아 안과 서비스 혜택은 Health Net Life Insurance Company에서 인수하며 EyeMed Vision Care, LLC에서 혜택을 제공합니다. EyeMed Vision Care, LLC는 Health Net Life Insurance Company와 제휴되어 있지 않습니다.



## Silver 70 Off Exchange(일반 보험) EnhancedCare PPO

혜택 설명	피보험자(들)의 책임	
무제한 평생 최대 한도. 혜택에는 별도의 기재가 없는 한 공제액이 적용됩니다.	네트워크 내 <sup>1,2</sup>	네트워크 외 <sup>1,3</sup>
<b>플랜 최대</b> 달력 연도 공제액 <sup>4</sup>	독신 \$2,500 / 가족 \$5,000	독신 \$5,000 / 가족 \$10,000
최대 본인 부담금 (달력 연도 공제액 포함) <sup>5</sup>	독신 \$7,550 / 가족 \$15,100	독신 \$25,000 / 가족 \$50,000
<b>전문 분야 서비스</b> 진료소 방문	\$40 (공제액 면제)	50%
Teladoc 상담 원격 의료 서비스 <sup>6</sup>	\$0 (공제액 면제)	혜택이 보장되지 않습니다
전문의 상담	\$80 (공제액 면제)	50%
기타 의료인 진료소 방문 (의료적으로 필요한 침술 포함)	\$40 (공제액 면제)	혜택이 보장되지 않습니다
예방 치료 서비스 <sup>7</sup>	\$0 (공제액 면제)	혜택이 보장되지 않습니다
X-레이 및 진단 영상 / 실험실 시술	\$75 (공제액 면제) / \$35 (공제액 면제)	50%
영상 (CT/PET 스캔, MRI)	\$300 (공제액 면제)	50%
재활 및 훈련 요법	\$40 (공제액 면제)	혜택이 보장되지 않습니다
<b>병원 서비스</b> 병원 시설 입원 서비스 (출산 포함)	20% 시설/ 20% 의사 (공제액 면제) <sup>8</sup>	50%
외래 수술 (병원 또는 외래 수술 센터 비용만 해당)	20% (공제액 면제)	50%
전문 요양 시설	20%	50%
<b>응급 치료 서비스</b> 응급실 (입원하는 경우 코페이먼트 면제)	\$350 시설 (공제액 면제) / \$0 의사 (공제액 면제)	\$350 시설 (공제액 면제) / \$0 의사 (공제액 면제)
긴급 치료	\$40 (공제액 면제)	50%
구급차 서비스 (지상 및 항공)	\$255	\$255
<b>정신/행동 건강 / 약물 중독 서비스<sup>9</sup></b> 정신/행동 건강 / 약물 중독 서비스 (입원환자)	20% 시설 / 20% 의사 (공제액 면제) <sup>8</sup>	50%
정신/행동 건강 / 약물 중독 서비스 (외래환자)	진료소 방문: \$0 (공제액 면제) 진료소 방문 외 기타: \$0 (공제액 면제)	진료소 방문: 50% 진료소 방문 외 기타: 50%
<b>가정 건강 관리 서비스</b> (방문 100회/년)	\$45 (공제액 면제)	혜택이 보장되지 않습니다
<b>기타 서비스</b> 내구성 의료 장비	20% (공제액 면제)	혜택이 보장되지 않습니다
호스피스 서비스	\$0 (공제액 면제)	50%

(계속)

## Silver 70 Off Exchange(일반보험) EnhancedCare PPO(계속)

혜택 설명	피보험자(들)의 책임	
<b>처방약 보장</b> 처방약 달력 연도 공제액 (피보험자당)	\$200 독신 / \$400 가족	혜택이 보장되지 않습니다
<b>처방약<sup>10</sup></b> (참여 약국을 통해 받은 최대 30일 분량) 1군 (대부분의 제네릭의약품 및 저가의 선호 유명 상표약)	\$15 (Rx 공제 이후)	혜택이 보장되지 않습니다
2군 (비-선호 제네릭의약품 및 선호 유명 상표약)	\$55 (Rx 공제 이후)	혜택이 보장되지 않습니다
3군 (비-선호 유명 상표약만 해당)	\$80 (Rx 공제 이후)	혜택이 보장되지 않습니다
4군 (특별 약품)	30일 분량 처방전당 20% 최대 \$250 (Rx 공제액 이후)	혜택이 보장되지 않습니다
<b>소아 치과<sup>11,12</sup></b> 진단 및 예방 서비스	\$0 (공제액 면제)	혜택이 보장되지 않습니다
<b>소아 안과<sup>11,13</sup></b> 정기 안과 검사	\$0 (공제액 면제)	혜택이 보장되지 않습니다
안경	연간 1벌 - \$0 (공제액 면제)	혜택이 보장되지 않습니다

**이것은 혜택 요약본입니다. 모든 서비스, 제한사항 또는 예외사항을 포함하지 않습니다. 보장의 조건에 대한 사항을 알아보시려면 보험 증서를 참조하십시오.**

- 특정 서비스는 Health Net으로부터 사전 인증이 필요합니다. 사전 승인을 받지 않으면 네트워크 내 서비스 제공자의 경우 \$250, 네트워크 외 서비스 제공자의 경우 \$500의 추가 비용이 적용됩니다. 자세한 사항은 보험 증서를 참조하십시오.
- 피보험자들은 참여 또는 선호 서비스 제공자들이 보장되는 서비스 제공에 대해 수용하기로 합의한 요율인 협상된 요율에 따른 공동보험료를 지불합니다.
- 네트워크 외 환급 방법을 알아보시려면 보험 증서를 참조하십시오.
- 네트워크 내부 서비스 제공자에게 받은 모든 보장되는 서비스 및 용품에 대한 달력 연도 공제액에 적용되는 금액은 네트워크 외부 서비스 제공자에 대한 달력 연도 공제액에 적용되지 않습니다. 또한, 네트워크 외부 서비스 제공자에게 받은 모든 보장되는 서비스 및 용품에 대한 달력 연도 공제액에 적용되는 금액은 네트워크 내부 서비스 제공자에 대한 달력 연도 공제액에 적용되지 않습니다.
- 네트워크 내 서비스에 대해 지불된 코페이먼트 또는 공동보험은 네트워크 외 서비스 제공자에 대한 최대 본인 부담금에 적용되지 않으며 네트워크 외 서비스에 대해 지불된 공동보험은 선호 서비스 제공자에 대한 최대 본인 부담금에 적용되지 않습니다. 응급실 및 구급차 서비스를 포함해 네트워크 외 응급 치료 서비스에 대한 코페이먼트 또는 공동보험은 선호 서비스 제공자의 경우 최대 본인 부담금에 누락됩니다.
- Health Net은 의료, 정신적 장애 및 약물 의존 질환에 대해 원격 의료 서비스를 제공하기 위해 Teladoc과 계약을 맺었습니다. Teladoc 서비스는 귀하의 의사를 대체하기 위함이 아니라 보조적인 서비스입니다. Teladoc에서 제공하지 않는 원격 의료 서비스는 보장되지 않습니다. 또한 Teladoc 상담 서비스는 전문의 서비스 및 DEA에서 통제하는 물질에 대한 처방약, 비 치료적인 약품 또는 남용의 우려가 있어서 위험할 수 있는 기타 특정 약품은 보장하지 않습니다.
- 미국 예방의학 특별 위원회(United States Preventive Services Task Force, USPSTF)의 A 및 B 등급 권고, 질병예방통제센터(Centers for Disease Control and Prevention, CDC)가 채택한 예방접종 관행 자문 위원회(Advisory Committee on Immunization Practices, ACIP)의 권고, 건강 자원 및 서비스 관리국(Health Resources and Services Administration, HRSA)이 지원하는 여성 예방 의료 및 검진에 대한 종합 지침 및 유아, 어린이 및 청소년에 대한 HRSA가 지원하는 종합 가이드라인에 기초한 보장 서비스. 일반적으로 권고하는 예방 서비스에 대해 더 많은 정보가 필요하신 경우 [www.healthcare.gov](http://www.healthcare.gov)를 방문하십시오. 예방적 관리에 따른 비용 부담이 이러한 서비스에 적용될 수 있습니다.
- 병원이 입원 전문 서비스에 대해 입원 시설 요금과 별도로 청구하지 않는 경우 공제액이 적용됩니다.
- 행동 건강 서비스를 제공하는 행동 건강 관리 서비스 회사의 계열사인 MHN 서비스에 의해 혜택이 제공됩니다.
- Essential Rx 약품 목록은 이 플랜에서 보장하는 처방약 목록입니다. 일부 약품은 Health Net의 사전 승인이 필요합니다. Essential Rx 약품 목록 사본을 받으시려면 Health Net 웹사이트를 방문하십시오. 처방약에 대한 전체 정보를 알아보시려면 보험 증서를 참조하십시오. 플랜은 대부분의 여성 처방 피임약을 \$0의 비용 부담으로 보장합니다. 일부 약품에 대한 보장은 제네릭의약품 및 유명 상표약 약품군 시스템을 따르지 않을 수도 있습니다. 보장, 비용 부담 및 약품군 정보를 알아보시려면 보험 증서, Health Net Essential Rx 약품 목록을 참조하십시오. 보험 증서는 법적 구속력이 있는 문서입니다. 이 책자의 정보가 보험 증서의 정보와 다를 경우 보험 증서가 우선합니다. 우편 주문을 통해 조제하는 1군, 2군 및 3군 처방약은 (최대 90일 분량까지) 세 배 수준의 코페이먼트가 필요합니다. 특정 약품에 관한 자세한 정보를 알아보시려면 [www.myhealthnetca.com](http://www.myhealthnetca.com)을 방문하십시오.
- 소아 치과 및 안과 서비스는 해당 피보험자가 19살이 되는 달의 마지막 날까지 포함됩니다. 비용 부담은 비-진단 및 예방 소아치과 혜택에 대해 적용됩니다.
- 소아 치과는 Health Net Life Insurance Company에서 인수하며 Dental Benefit Administrative Services에서 혜택을 제공합니다. Dental Benefit Administrative Services는 Health Net Life Insurance Company와 제휴되어 있지 않습니다. 소아 치과 혜택에 대한 상세한 사항은 보험 증서를 참조하십시오.
- 소아 안과 서비스 혜택은 Health Net Life Insurance Company에서 인수하며 EyeMed Vision Care, LLC에서 혜택을 제공합니다. EyeMed Vision Care, LLC는 Health Net Life Insurance Company와 제휴되어 있지 않습니다.

## Silver Value EnhancedCare PPO

혜택 설명	피보험자(들)의 책임	
무제한 평생 최대 한도. 혜택에는 별도의 기재가 없는 한 공제액이 적용됩니다.	네트워크 내 <sup>1,2</sup>	네트워크 외 <sup>1,3</sup>
<b>플랜 최대</b> 달력 연도 공제액 <sup>4</sup>	독신 \$4,500 / 가족 \$9,000	독신 \$9,000 / 가족 \$18,000
최대 본인 부담금 (달력 연도 공제액 포함) <sup>5</sup>	독신 \$7,000 / 가족 \$14,000	독신 \$25,000 / 가족 \$50,000
<b>전문 분야 서비스</b> 진료소 방문	\$45 (공제액 면제)	50%
Teladoc 상담 원격 의료 서비스 <sup>6</sup>	\$0 (공제액 면제)	혜택이 보장되지 않습니다
전문의 상담	\$60 (공제액 면제)	50%
기타 의료인 진료소 방문 (의료적으로 필요한 침술 포함)	\$45 (공제액 면제)	혜택이 보장되지 않습니다
예방 치료 서비스 <sup>7</sup>	\$0 (공제액 면제)	혜택이 보장되지 않습니다
X-레이 및 진단 영상 / 실험실 시술	\$70 (공제액 면제) / \$35 (공제액 면제)	50%
영상 (CT/PET 스캔, MRI)	\$300	50%
재활 및 훈련 요법	\$45 (공제액 면제)	혜택이 보장되지 않습니다
<b>병원 서비스</b> 병원 시설 입원 서비스 (출산 포함)	30%	50%
외래 수술 (병원 또는 외래 수술 센터 비용만 해당)	30%	50%
전문 요양 시설	30%	50%
<b>응급 치료 서비스</b> 응급실 (입원하는 경우 코페이먼트 면제)	\$350 시설 (공제액 적용) / \$0 의사 (공제액 면제)	\$350 시설 (공제액 적용) / \$0 의사 (공제액 면제)
긴급 치료	\$45 (공제액 면제)	50%
구급차 서비스 (지상 및 항공)	\$250	\$250
<b>정신/행동 건강 / 약물 중독 서비스<sup>8</sup></b> 정신/행동 건강 / 약물 중독 서비스 (입원환자)	30%	50%
정신/행동 건강 / 약물 중독 서비스 (외래환자)	진료소 방문: \$45 (공제액 면제) 진료소 방문 외 기타: \$0 (공제액 면제)	진료소 방문: 50% 진료소 방문 외 기타: 50%
<b>가정 건강 관리 서비스</b> (방문 100회/년)	30%	혜택이 보장되지 않습니다
<b>기타 서비스</b> 내구성 의료 장비	30%	혜택이 보장되지 않습니다
호스피스 서비스	\$0 (공제액 면제)	50%

(계속)

## Silver Value EnhancedCare PPO (계속)

혜택 설명	피보험자(들)의 책임	
<b>처방약 보장</b> 처방약 달력 연도 공제액 (피보험자당)	\$500 독신 / \$1,000 가족	혜택이 보장되지 않습니다
<b>처방약<sup>9</sup></b> (참여 약국을 통해 받은 최대 30일 분량) 1군 (대부분의 제네릭의약품 및 저가의 선호 유명 상표약)	\$15 (Rx 공제액 면제)	혜택이 보장되지 않습니다
2군 (비-선호 제네릭의약품 및 선호 유명 상표약)	\$55 (Rx 공제 이후)	혜택이 보장되지 않습니다
3군 (비-선호 유명 상표약만 해당)	\$85 (Rx 공제 이후)	혜택이 보장되지 않습니다
4군 (특별 약품)	30일 분량 처방전당 30% 최대 \$250 (Rx 공제액 이후)	혜택이 보장되지 않습니다
<b>소아 치과<sup>10,11</sup></b> 진단 및 예방 서비스	\$0 (공제액 면제)	혜택이 보장되지 않습니다
<b>소아 안과<sup>10,12</sup></b> 정기 안과 검사	\$0 (공제액 면제)	혜택이 보장되지 않습니다
안경	연간 1벌 - \$0 (공제액 면제)	혜택이 보장되지 않습니다

**이것은 혜택 요약본입니다. 모든 서비스, 제한사항 또는 예외사항을 포함하지 않습니다. 보장의 조건에 대한 사항을 알아보시려면 보험 증서를 참조하십시오.**

- 1 특정 서비스는 Health Net으로부터 사전 인증이 필요합니다. 사전 승인을 받지 않으면 네트워크 내 서비스 제공자의 경우 \$250, 네트워크 외 서비스 제공자의 경우 \$500의 추가 비용이 적용됩니다. 자세한 사항은 보험 증서를 참조하십시오.
- 2 피보험자들은 참여 또는 선호 서비스 제공자들이 보장되는 서비스 제공에 대해 수용하기로 합의한 효율인 협상된 효율에 따른 공동보험료를 지불합니다.
- 3 네트워크 외 환급 방법을 알아보시려면 보험 증서를 참조하십시오.
- 4 네트워크 내부 서비스 제공자에게 받은 모든 보장되는 서비스 및 용품에 대한 달력 연도 공제액에 적용되는 금액은 네트워크 외부 서비스 제공자에 대한 달력 연도 공제액에 적용되지 않습니다.
- 5 네트워크 내 서비스에 대해 지불된 코페이먼트 또는 공동보험은 네트워크 외 서비스 제공자에 대한 최대 본인 부담금에 적용되지 않으며 네트워크 외 서비스에 대해 지불된 공동보험은 선호 서비스 제공자에 대한 최대 본인 부담금에 적용되지 않습니다. 응급실 및 구급차 서비스를 포함해 네트워크 외 응급 치료 서비스에 대한 코페이먼트 또는 공동보험은 선호 서비스 제공자의 경우 최대 본인 부담금에 누락됩니다.
- 6 Health Net은 의료, 정신적 장애 및 약물 의존 질환에 대해 원격 의료 서비스를 제공하기 위해 Teladoc과 계약을 맺었습니다. Teladoc 서비스는 귀하의 의사를 대체하기 위함이 아니라 보조적인 서비스입니다. Teladoc에서 제공하지 않는 원격 의료 서비스는 보장되지 않습니다. 또한 Teladoc 상담 서비스는 전문의 서비스 및 DEA에서 통제하는 물질에 대한 처방약, 비-치료적인 약품 또는 남용의 우려가 있어서 위험할 수 있는 기타 특정 약품은 보장하지 않습니다.
- 7 미국 예방의학 특별 위원회(United States Preventive Services Task Force, USPSTF)의 A 및 B 등급 권고, 질병예방통제센터(Centers for Disease Control and Prevention, CDC)가 채택한 예방접종 관행 자문 위원회(Advisory Committee on Immunization Practices, ACIP)의 권고, 건강 자원 및 서비스 관리국(Health Resources and Services Administration, HRSA)이 지원하는 여성 예방 의료 및 검진에 대한 종합 지침 및 유아, 어린이 및 청소년에 대한 HRSA가 지원하는 종합 가이드라인에 기초한 보장 서비스. 일반적으로 권고하는 예방 서비스에 대해 더 많은 정보가 필요하신 경우 [www.healthcare.gov](http://www.healthcare.gov)를 방문하십시오. 예방적 관리에 따른 비용 부담이 이러한 서비스에 적용될 수 있습니다.
- 8 행동 건강 서비스를 제공하는 행동 건강 관리 서비스 회사의 계열사인 MHN 서비스에 의해 혜택이 제공됩니다.
- 9 Essential Rx 약품 목록은 이 플랜에서 보장하는 처방약 목록입니다. 일부 약품은 Health Net의 사전 승인이 필요합니다. Essential Rx 약품 목록 사본을 받으시려면 Health Net 웹사이트를 방문하십시오. 처방약에 대한 전체 정보를 알아보시려면 보험 증서를 참조하십시오. 플랜은 대부분의 여성 처방 피임약을 \$0의 비용 부담으로 보장합니다. 일부 약품에 대한 보장은 제네릭의약품 및 유명 상표약 약품군 시스템을 따르지 않을 수도 있습니다. 보장, 비용 부담 및 약품군 정보를 알아보시려면 보험 증서, Health Net Essential Rx 약품 목록을 참조하십시오. 보험 증서는 법적 구속력이 있는 문서입니다. 이 책자의 정보가 보험 증서의 정보와 다를 경우 보험 증서가 우선합니다. 우편 주문을 통해 조제하는 1군, 2군 및 3군 처방약은 (최대 90일 분량까지) 세 배 수준의 코페이먼트가 필요합니다. 특정 약품에 관한 자세한 정보를 알아보시려면 [www.myhealthnetca.com](http://www.myhealthnetca.com)을 방문하십시오.
- 10 소아 치과 및 안과 서비스는 해당 피보험자가 19살이 되는 달의 마지막 날까지 포함됩니다. 비용 부담은 비-진단 및 예방 소아치과 혜택에 대해 적용됩니다.
- 11 소아 치과는 Health Net Life Insurance Company에서 인수하며 Dental Benefit Administrative Services에서 혜택을 제공합니다. Dental Benefit Administrative Services는 Health Net Life Insurance Company와 제휴되어 있지 않습니다. 소아 치과 혜택에 대한 상세한 사항은 보험 증서를 참조하십시오.
- 12 소아 안과 서비스 혜택은 Health Net Life Insurance Company에서 인수하며 EyeMed Vision Care, LLC에서 혜택을 제공합니다. EyeMed Vision Care, LLC는 Health Net Life Insurance Company와 제휴되어 있지 않습니다.

## Bronze 60 EnhancedCare PPO

혜택 설명	피보험자(들)의 책임	
무제한 평생 최대 한도. 혜택에는 별도의 기재가 없는 한 공제액이 적용됩니다.	네트워크 내 <sup>1,2</sup>	네트워크 외 <sup>1,3</sup>
<b>플랜 최대</b> 달력 연도 공제액 <sup>4</sup>	독신 \$6,300 / 가족 \$12,600	독신 \$12,600 / 가족 \$25,200
최대 본인 부담금 (달력 연도 공제액 포함) <sup>5</sup>	독신 \$7,550 / 가족 \$15,100	독신 \$25,000 / 가족 \$50,000
<b>전문 분야 서비스</b> 진료소 방문	1-3회 방문: \$75 (공제액 면제) / 4회 이상 방문: \$75 (공제액 적용) <sup>6</sup>	50%
Teladoc 상담 원격 의료 서비스 <sup>7</sup>	\$0 (공제액 면제)	혜택이 보장되지 않습니다
전문의 상담	1-3회 방문: \$105 (공제액 면제) / 4회 이상 방문: \$105 (공제액 적용) <sup>6</sup>	50%
기타 의료인 진료소 방문 (의료적으로 필요한 침술 포함)	1-3회 방문: \$75 (공제액 면제) / 4회 이상 방문: \$75 (공제액 적용) <sup>6</sup>	혜택이 보장되지 않습니다
예방 치료 서비스 <sup>8</sup>	\$0 (공제액 면제)	혜택이 보장되지 않습니다
X-레이 및 진단 영상 / 실험실 시술	100% <sup>9</sup> / \$40 (공제액 면제)	50% / 50%
영상 (CT/PET 스캔, MRI)	100% <sup>9</sup>	50%
재활 및 훈련 요법	\$75 (공제액 면제)	혜택이 보장되지 않습니다
<b>병원 서비스</b> 병원 시설 입원 서비스 (출산 포함)	100% <sup>9</sup>	50%
외래 수술 (병원 또는 외래 수술 센터 비용만 해당)	100% <sup>9</sup>	50%
전문 요양 시설	100% <sup>9</sup>	50%
<b>응급 서비스</b> 응급실 (입원 시 코페이먼트 면제)	100% <sup>9</sup> 시설 / \$0 의사 (공제액 면제)	100% <sup>9</sup> 시설 / \$0 의사 (공제액 면제)
긴급 치료	1-3회 방문: \$75 (공제액 면제) / 4회 이상 방문: \$75 (공제액 적용) <sup>6</sup>	50%
구급차 서비스 (지상 및 항공)	100% <sup>9</sup>	100% <sup>9</sup>
<b>정신/행동 건강 / 약물 중독 서비스<sup>10</sup></b> 정신/행동 건강 / 약물 중독 서비스 (입원환자)	100% <sup>9</sup>	50%
정신/행동 건강 / 약물 중독 서비스 (외래환자)	진료소 방문: \$0 (공제액 면제) 진료소 방문 외 기타: 100% 최대 \$75	진료소 방문: 50% 진료소 방문 외 기타: 50%
<b>가정 건강 관리 서비스</b> (방문 100회/년)	100% <sup>9</sup>	혜택이 보장되지 않습니다

(계속)

## Bronze 60 EnhancedCare PPO (계속)

혜택 설명	피보험자(들)의 책임	
기타 서비스 내구성 의료 장비	100% <sup>9</sup>	혜택이 보장되지 않습니다
호스피스 서비스	\$0 (공제액 면제)	50%
처방약 보장 처방약 달력 연도 공제액 (피보험자당)	독신 \$500 / 가족 \$1,000	혜택이 보장되지 않습니다
처방약 <sup>11</sup> (참여 약국을 통해 받은 최대 30일 분량) 1군 (대부분의 제네릭의약품 및 저가의 선호 유명 상표약) 2군 (비-선호 제네릭의약품 및 선호 유명 상표약) 3군 (비-선호 유명 상표약만 해당) 4군 (특별 약품)	30일 분량 처방전당 100% 최대 \$500 (Rx 공제액 이후) <sup>12</sup>	혜택이 보장되지 않습니다
소아 치료 <sup>13,14</sup> 진단 및 예방 서비스	\$0 (공제액 면제)	혜택이 보장되지 않습니다
소아 안과 <sup>13,15</sup> 정기 안과 검사	\$0 (공제액 면제)	혜택이 보장되지 않습니다
안경	연간 1벌 - \$0 (공제액 면제)	혜택이 보장되지 않습니다

**이것은 혜택 요약본입니다. 모든 서비스, 제한사항 또는 예외사항을 포함하지 않습니다. 보장의 조건에 대한 사항을 알아보시려면 보험 증서를 참조하십시오.**

- 1 특정 서비스는 Health Net으로부터 사전 인증이 필요합니다. 사전 승인을 받지 않으면 네트워크 내 서비스 제공자의 경우 \$250, 네트워크 외 서비스 제공자의 경우 \$500의 추가 비용이 적용됩니다. 자세한 사항은 보험 증서를 참조하십시오.
- 2 피보험자들은 참여 또는 선호 서비스 제공자들이 보장되는 서비스 제공에 대해 수용하기로 합의한 요율인 협상된 요율에 따른 공동보험료를 지불합니다.
- 3 네트워크 외 환급 방법을 알아보시려면 보험 증서를 참조하십시오.
- 4 네트워크 내부 서비스 제공자에게 받은 모든 보장되는 서비스 및 용품에 대한 달력 연도 공제액에 적용되는 금액은 네트워크 외부 서비스 제공자에 대한 달력 연도 공제액에 적용되지 않습니다. 또한, 네트워크 외부 서비스 제공자에게 받은 모든 보장되는 서비스 및 용품에 대한 달력 연도 공제액에 적용되는 금액은 네트워크 내부 서비스 제공자에 대한 달력 연도 공제액에 적용되지 않습니다.
- 5 네트워크 내 서비스에 대해 지불된 코페이먼트 또는 공동보험은 네트워크 외 서비스 제공자에 대한 최대 본인 부담금에 적용되지 않으며 네트워크 외 서비스에 대해 지불된 공동보험은 선호 서비스 제공자에 대한 최대 본인 부담금에 적용되지 않습니다. 응급실 및 구급차 서비스를 포함해 네트워크 외 응급 치료 서비스에 대한 코페이먼트 또는 공동보험은 선호 서비스 제공자의 경우 최대 본인 부담금에 누적됩니다.
- 6 1-3회 방문 (1차 관리 진료소 방문, 전문의 진료소 방문, 긴급 치료 및 침술을 포함 기타 의료인[의사 제공자가 아닌] 진료소 방문 통합): 달력 연도 공제액은 면제됩니다. 4회 방문 - 무제한: 달력 연도 공제액이 적용됩니다.
- 7 Health Net은 의료, 정신적 장애 및 약물 의존 질환에 대해 원격 의료 서비스를 제공하기 위해 Teladoc과 계약을 맺었습니다. Teladoc 서비스는 귀하의 의사를 대체하기 위함이 아니라 보조적인 서비스입니다. Teladoc에서 제공하지 않는 원격 의료 서비스는 보장되지 않습니다. 또한 Teladoc 상담 서비스는 전문의 서비스 및 DEA에서 통제하는 물질에 대한 처방약, 비-치료적인 약품 또는 남용의 우려가 있어서 위험할 수 있는 기타 특정 약품은 보장하지 않습니다.
- 8 미국 예방의학 특별 위원회(United States Preventive Services Task Force, USPSTF)의 A 및 B 등급 권고, 질병예방통제센터(Centers for Disease Control and Prevention, CDC)가 채택한 예방접종 관행 자문 위원회(Advisory Committee on Immunization Practices, ACIP)의 권고, 건강 자원 및 서비스 관리국(Health Resources and Services Administration, HRSA)이 지원하는 여성 예방 의료 및 검진에 대한 종합 지침 및 유아, 어린이 및 청소년에 대한 HRSA가 지원하는 종합 가이드라인에 기초한 보장 서비스. 일반적으로 권고하는 예방 서비스에 대해 더 많은 정보가 필요하신 경우 [www.healthcare.gov](http://www.healthcare.gov)를 방문하십시오. 예방적 관리에 따른 비용 부담이 이러한 서비스에 적용될 수 있습니다.
- 9 의료 공제액에 도달한 이후 가입자는 최대 본인 부담금 한도에 도달할 때까지 적격한 비용의 100%를 지불할 책임이 있습니다. 네트워크 내 혜택의 경우 자격이 되는 비용은 협상된 요율입니다. 네트워크 외 응급실 및 응급 의료 수술의 경우 적격한 비용은 허용된 비용이며 네트워크 내 공제액이 적용되고 네트워크 내 최대 본인 부담금에 합산됩니다.
- 10 행동 건강 서비스를 제공하는 행동 건강 관리 서비스 회사의 계열사인 MHN 서비스에 의해 혜택이 제공됩니다.

- <sup>11</sup> Essential Rx 약품 목록은 이 플랜에서 보장하는 처방약 목록입니다. 일부 약품은 Health Net의 사전 승인이 필요합니다. Essential Rx 약품 목록 사본을 받으시려면 Health Net 웹사이트를 방문하십시오. 처방약에 대한 전체 정보를 알아보시려면 보험 증서를 참조하십시오. 플랜은 대부분의 여성 처방 피임약을 \$0의 비용 부담으로 보장합니다. 일부 약품에 대한 보장은 제네릭의약품 및 유명 상표약약품군 시스템을 따르지 않을 수도 있습니다. 보장, 비용 부담 및 약품군 정보를 알아보시려면 보험 증서, Health Net Essential Rx 약품 목록을 참조하십시오. 보험 증서는 법적 구속력이 있는 문서입니다. 이 책자의 정보가 보험 증서의 정보와 다를 경우 보험 증서가 우선합니다. 우편 주문을 통해 조제하는 1군, 2군 및 3군 처방약은 (최대 90일 분량까지) 세 배 수준의 코페이먼트가 필요합니다. 특정 약품에 관한 자세한 정보를 알아보시려면 [www.myhealthnetca.com](http://www.myhealthnetca.com)을 방문하십시오.
- <sup>12</sup> 약국 공제액에 도달한 이후 가입자는 최대 본인 부담금 한도에 도달할 때까지 최대 30일 분량의 각 처방전에 대해 최대 \$500까지 1, 2, 3 및 4군의 모든 약품 비용의 100%를 지불할 책임이 있습니다.
- <sup>13</sup> 소아 치과 및 안과 서비스는 해당 피보험자가 19살이 되는 달의 마지막 날까지 포함됩니다. 비용 부담은 비-진단 및 예방 소아치과 혜택에 대해 적용됩니다.
- <sup>14</sup> 소아 치과는 Health Net Life Insurance Company에서 인수하며 Dental Benefit Administrative Services에서 혜택을 제공합니다. Dental Benefit Administrative Services는 Health Net Life Insurance Company와 제휴되어 있지 않습니다. 소아 치과 혜택에 대한 상세한 사항은 보험 증서를 참조하십시오.
- <sup>15</sup> 소아 안과 서비스 혜택은 Health Net Life Insurance Company에서 인수하며 EyeMed Vision Care, LLC에서 혜택을 제공합니다. EyeMed Vision Care, LLC는 Health Net Life Insurance Company와 제휴되어 있지 않습니다.

## Bronze 60 HDHP EnhancedCare PPO

혜택 설명	피보험자(들)의 책임	
무제한 평생 최대 한도. 혜택에는 별도의 기재가 없는 한 공제액이 적용됩니다.	네트워크 내 <sup>1,2</sup>	네트워크 외 <sup>1,3</sup>
<b>플랜 최대</b> 달력 연도 공제액 <sup>4</sup>	독신 \$6,000 / 가족 \$12,000	독신 \$12,000 / 가족 \$24,000
최대 본인 부담금 (달력 연도 공제액 포함) <sup>5</sup>	독신 \$6,650 / 가족 \$13,300	독신 \$25,000 / 가족 \$50,000
<b>전문 분야 서비스</b> 진료소 방문	40%	50%
Teladoc 상담 원격 의료 서비스 <sup>6</sup>	0%	혜택이 보장되지 않습니다
전문의 상담	40%	50%
기타 의료인 진료소 방문 (의료적으로 필요한 침술 포함)	40%	혜택이 보장되지 않습니다
예방 치료 서비스 <sup>7</sup>	\$0 (공제액 면제)	혜택이 보장되지 않습니다
X-레이 및 진단 영상 / 실험실 시술	40%	50%
영상 (CT/PET 스캔, MRI)	40%	50%
재활 및 훈련 요법	40%	혜택이 보장되지 않습니다
<b>병원 서비스</b> 병원 시설 입원 서비스 (출산 포함)	40%	50%
외래 수술 (병원 또는 외래 수술 센터 비용만 해당)	40%	50%
전문 요양 시설	40%	50%
<b>응급 서비스</b> 응급실 (입원 시 코페이먼트 면제)	40% 시설 / 0% 의사	40% 시설 / 0% 의사
긴급 치료	40%	50%
구급차 서비스 (지상 및 항공)	40%	40%
<b>정신/행동 건강 / 약물 중독 서비스<sup>8</sup></b> 정신/행동 건강 / 약물 중독 서비스 (입원환자)	40%	50%
정신/행동 건강 / 약물 중독 서비스 (외래환자)	진료소 방문: \$40 (공제액 면제) 진료소 방문 외 기타: 40%	진료소 방문: 50% 진료소 방문 외 기타: 50%
<b>가정 건강 관리 서비스</b> (방문 100회/년)	40%	혜택이 보장되지 않습니다
<b>기타 서비스</b> 내구성 의료 장비	40%	혜택이 보장되지 않습니다
호스피스 서비스	0%	50%
<b>처방약 보장</b> 처방약 달력 연도 공제액 (피보험자당)	의료 공제액에 통합	혜택이 보장되지 않습니다



## Bronze 60 HDHP EnhancedCare PPO (계속)

혜택 설명	피보험자(들)의 책임	
<b>처방약<sup>9</sup></b> (참여 약국을 통해 받은 최대 30일 분량) 1군 (대부분의 제네릭의약품 및 저가의 선호 유명 상표약) 2군 (비-선호 제네릭의약품 및 선호 유명 상표약) 3군 (비-선호 유명 상표약만 해당) 4군 (특별 약품)	30일 분량 처방전당 40% 최대 \$500 (Rx 공제액 이후) <sup>10</sup>	혜택이 보장되지 않습니다
<b>소아 치과<sup>11,12</sup></b> 진단 및 예방 서비스	\$0 (공제액 면제)	혜택이 보장되지 않습니다
<b>소아 안과<sup>11,13</sup></b> 정기 안과 검사	\$0 (공제액 면제)	혜택이 보장되지 않습니다
안경	연간 1벌 - \$0 (공제액 면제)	혜택이 보장되지 않습니다

**이것은 혜택 요약본입니다. 모든 서비스, 제한사항 또는 예외사항을 포함하지 않습니다. 보장의 조건에 대한 사항을 알아보시려면 보험 증서를 참조하십시오.**

- 1 특정 서비스는 Health Net으로부터 사전 승인이 필요합니다. 사전 승인을 받지 않으면 네트워크 내 서비스 제공자의 경우 \$250, 네트워크 외 서비스 제공자의 경우 \$500의 추가 비용이 적용됩니다. 자세한 사항은 보험 증서를 참조하십시오.
- 2 피보험자들은 참여 또는 선호 서비스 제공자들이 보장되는 서비스 제공에 대해 수용하기로 합의한 효율인 협상된 효율에 따른 공동보험료를 지불합니다.
- 3 네트워크 외 환급 방법을 알아보시려면 보험 증서를 참조하십시오.
- 4 네트워크 내부 서비스 제공자에게 받은 모든 보장되는 서비스 및 용품에 대한 달력 연도 공제액에 적용되는 금액은 네트워크 외부 서비스 제공자에 대한 달력 연도 공제액에 적용되지 않습니다. 또한, 네트워크 외부 서비스 제공자에게 받은 모든 보장되는 서비스 및 용품에 대한 달력 연도 공제액에 적용되는 금액은 네트워크 내부 서비스 제공자에 대한 달력 연도 공제액에 적용되지 않습니다.
- 5 네트워크 내 서비스에 대해 지불된 코페이먼트 또는 공동보험은 네트워크 외 서비스 제공자에 대한 최대 본인 부담금에 적용되지 않으며 네트워크 외 서비스에 대해 지불된 공동보험은 선호 서비스 제공자에 대한 최대 본인 부담금에 적용되지 않습니다. 응급실 및 구급차 서비스를 포함해 네트워크 외 응급 치료 서비스에 대한 코페이먼트 또는 공동보험은 선호 서비스 제공자의 경우 최대 본인 부담금에 누적됩니다.
- 6 Health Net은 의료, 정신적 장애 및 약물 의존 질환에 대해 원격 의료 서비스를 제공하기 위해 Teladoc과 계약을 맺었습니다. Teladoc 서비스는 귀하의 의사를 대체하기 위함이 아니라 보조적인 서비스입니다. Teladoc에서 제공하지 않는 원격 의료 서비스는 보장되지 않습니다. 또한 Teladoc 상담 서비스는 전문의 서비스 및 DEA에서 통제하는 물질에 대한 처방약, 비-치료적인 약품 또는 남용의 우려가 있어서 위험할 수 있는 기타 특정 약품은 보장하지 않습니다.
- 7 미국 예방의학 특별 위원회(United States Preventive Services Task Force, USPSTF)의 A 및 B 등급 권고, 질병예방통제센터(Centers for Disease Control and Prevention, CDC)가 채택한 예방접종 관행 자문 위원회(Advisory Committee on Immunization Practices, ACIP)의 권고, 건강 자원 및 서비스 관리국(Health Resources and Services Administration, HRSA)이 지원하는 여성 예방 의료 및 검진에 대한 종합 지침 및 유아, 어린이 및 청소년에 대한 HRSA가 지원하는 종합 가이드라인에 기초한 보장 서비스. 일반적으로 권고하는 예방 서비스에 대해 더 많은 정보가 필요하신 경우 [www.healthcare.gov](http://www.healthcare.gov)를 방문하십시오. 예방적 관리에 따른 비용 부담이 이러한 서비스에 적용될 수 있습니다.
- 8 행동 건강 서비스를 제공하는 행동 건강 관리 서비스 회사의 계열사인 MHN 서비스에 의해 혜택이 제공됩니다.
- 9 Essential Rx 약품 목록은 이 플랜에서 보장하는 처방약 목록입니다. 일부 약품은 Health Net의 사전 승인이 필요합니다. Essential Rx 약품 목록 사본을 받으시려면 Health Net 웹사이트를 방문하십시오. 처방약에 대한 전체 정보를 알아보시려면 보험 증서를 참조하십시오. 플랜은 대부분의 여성 처방 피임약을 \$0의 비용 부담으로 보장합니다. 일부 약품에 대한 보장은 제네릭의약품 및 유명 상표약 약품군 시스템을 따르지 않을 수도 있습니다. 보장, 비용 부담 및 약품군 정보를 알아보시려면 보험 증서, Health Net Essential Rx 약품 목록을 참조하십시오. 보험 증서는 법적 구속력이 있는 문서입니다. 이 책자의 정보가 보험 증서의 정보와 다를 경우 보험 증서가 우선합니다. 우편 주문을 통해 조제하는 1군, 2군 및 3군 처방약은 (최대 90일 분량까지) 세 배 수준의 코페이먼트가 필요합니다. 특정 약품에 관한 자세한 정보를 알아보시려면 [www.myhealthnetca.com](http://www.myhealthnetca.com)을 방문하십시오.
- 10 약국 공제액에 도달한 이후 가입자는 최대 본인 부담금 한도에 도달할 때까지 최대 30일 분량의 각 처방전에 대해 최대 \$500까지 1, 2, 3 및 4군의 모든 약품 비용의 100%를 지불할 책임이 있습니다.
- 11 소아 치과 및 안과 서비스는 해당 피보험자가 19살이 되는 달의 마지막 날까지 포함됩니다. 비용 부담은 비-진단 및 예방 소아치과 혜택에 대해 적용됩니다.
- 12 소아 치과는 Health Net Life Insurance Company에서 인수하며 Dental Benefit Administrative Services에서 혜택을 제공합니다. Dental Benefit Administrative Services는 Health Net Life Insurance Company와 제휴되어 있지 않습니다. 소아 치과 혜택에 대한 상세한 사항은 보험 증서를 참조하십시오.
- 13 소아 안과 서비스 혜택은 Health Net Life Insurance Company에서 인수하며 EyeMed Vision Care, LLC에서 혜택을 제공합니다. EyeMed Vision Care, LLC는 Health Net Life Insurance Company와 제휴되어 있지 않습니다.

## Minimum Coverage EnhancedCare PPO

혜택 설명	피보험자(들)의 책임	
무제한 평생 최대 한도. 혜택에는 별도의 기재가 없는 한 공제액이 적용됩니다.	네트워크 내 <sup>1,2</sup>	네트워크 외 <sup>1,3</sup>
<b>플랜 최대</b> 달력 연도 공제액 <sup>4</sup>	독신 \$7,900 / 가족 \$15,800	독신 \$15,800 / 가족 \$31,600
최대 본인 부담금 (달력 연도 공제액 포함) <sup>5</sup>	독신 \$7,900 / 가족 \$15,800	독신 \$25,000 / 가족 \$50,000
<b>전문 분야 서비스</b> 진료소 방문	1-3회 방문: 0% (공제액 면제) / 4회 이상 방문: 0% (공제액 적용) <sup>6</sup>	50%
Teladoc 상담 원격 의료 서비스 <sup>7</sup>	1-3회 방문: 0% (공제액 면제) / 4회 이상 방문: 0% (공제액 적용) <sup>6</sup>	혜택이 보장되지 않습니다
전문의 상담	0%	50%
기타 의료인 진료소 방문 (의료적으로 필요한 침술 포함)	1-3회 방문: 0% (공제액 면제) / 4회 이상 방문: 0% (공제액 적용) <sup>6</sup>	혜택이 보장되지 않습니다
예방 치료 서비스 <sup>8</sup>	\$0 (공제액 면제)	혜택이 보장되지 않습니다
X-레이 및 진단 영상 / 실험실 시술	0%	50%
재활 및 훈련 요법	0%	혜택이 보장되지 않습니다
<b>병원 서비스</b> 병원 시설 입원 서비스 (출산 포함)	0%	50%
외래 수술 (병원 또는 외래 수술 센터 비용만 해당)	0%	50%
전문 요양 시설	0%	50%
<b>응급 서비스</b> 응급실 (입원 시 코페이먼트 면제)	0% 시설 / \$0 (공제액 면제) 의사	0% 시설 / 0% (공제액 면제) 의사
긴급 치료	1-3회 방문: 0% (공제액 면제) / 4회 이상 방문: 0% (공제액 적용) <sup>6</sup>	50%
구급차 서비스 (지상 및 항공)	0%	0%
<b>정신/행동 건강 / 약물 중독 서비스<sup>9</sup></b> 정신/행동 건강 / 약물 중독 서비스 (입원환자)	0%	50%
정신/행동 건강 / 약물 중독 서비스 (외래환자)	1-3회 방문: 0% (공제액 면제) / 4회 이상 방문: 0% (공제액 적용) <sup>6</sup> 진료소 방문 외 기타: 0%	50%
<b>가정 건강 관리 서비스</b> (방문 100회/년)	0%	혜택이 보장되지 않습니다
<b>기타 서비스</b> 내구성 의료 장비	0%	혜택이 보장되지 않습니다
호스피스 서비스	\$0	50%

(계속)

## Minimum Coverage EnhancedCare PPO (계속)

혜택 설명	피보험자(들)의 책임	
<b>처방약 보장</b> 처방약 달력 연도 공제액 (피보험자당) 의료 공제 적용	의료 공제액에 통합	혜택이 보장되지 않습니다
<b>처방약<sup>10</sup></b> (참여 약국을 통해 받은 최대 30일 분량) 1군 (대부분의 제네릭의약품 및 저가의 선호 유명 상표약) 2군 (비-선호 제네릭의약품 및 선호 유명 상표약) 3군 (비-선호 유명 상표약만 해당) 4군 (특별 약품)	0%	혜택이 보장되지 않습니다
<b>소아 치과<sup>11,12</sup></b> 진단 및 예방 서비스	\$0 (공제액 면제)	혜택이 보장되지 않습니다
<b>소아 안과<sup>11,13</sup></b> 정기 안과 검사	\$0 (공제액 면제)	혜택이 보장되지 않습니다
안경	연도당 1벌 - 0%	혜택이 보장되지 않습니다

**이것은 혜택 요약본입니다. 모든 서비스, 제한사항 또는 예외사항을 포함하지 않습니다. 보장의 조건에 대한 사항을 알아보시려면 보험 증서를 참조하십시오.**

최소 보장 플랜은 30세 미만의 개인이 이용하실 수 있습니다. 귀하가 30세 이상이고 최소 필수 보장을 유지해야 하는 연방 요구 조건이 면제되는 경우 본 플랜에 가입할 자격이 있을 수도 있습니다. 일단 가입한 후 귀하는 Marketplace로부터의 경제적 어려움에 따른 면제를 재신청하고 본 플랜을 유지하기 위해 귀하의 면제 인증 번호를 포함한 Marketplace 통지를 매년 1월 1일까지 Health Net으로 다시 제출해야 합니다.

- 1 특정 서비스는 Health Net으로부터 사전 인증이 필요합니다. 사전 승인을 받지 않으면 네트워크 내 서비스 제공자의 경우 \$250, 네트워크 외 서비스 제공자의 경우 \$500의 추가 비용이 적용됩니다. 자세한 사항은 보험 증서를 참조하십시오.
- 2 피보험자들은 참여 또는 선호 서비스 제공자들이 보장되는 서비스 제공에 대해 수용하기로 합의한 요율인 협상된 요율을 지불합니다.
- 3 네트워크 외 환급 방법을 알아보시려면 보험 증서를 참조하십시오.
- 4 네트워크 내부 서비스 제공자에게 받은 모든 보장되는 서비스 및 용품에 대한 달력 연도 공제액에 적용되는 금액은 네트워크 외부 서비스 제공자에 대한 달력 연도 공제액에 적용되지 않습니다. 또한, 네트워크 외부 서비스 제공자에게 받은 모든 보장되는 서비스 및 용품에 대한 달력 연도 공제액에 적용되는 금액은 네트워크 내부 서비스 제공자에 대한 달력 연도 공제액에 적용되지 않습니다.
- 5 네트워크 내 서비스에 대해 지불된 코페이먼트 또는 공동보험은 네트워크 외 서비스 제공자에 대한 최대 본인 부담금에 적용되지 않으며 네트워크 외 서비스에 대해 지불된 공동보험은 선호 서비스 제공자에 대한 최대 본인 부담금에 적용되지 않습니다. 응급실 및 구급차 서비스를 포함해 네트워크 외 응급 치료 서비스에 대한 코페이먼트 또는 공동보험은 선호 서비스 제공자의 경우 최대 본인 부담금에 누적됩니다.
- 6 1-3회 방문 (비-예방적 1차 관리 진료소 방문, 긴급 치료 및 침술 및 외래 정신 건강/약물 남용을 포함 기타 의료인[의사 제공자가 아닌] 진료소 방문 통합): 달력 연도 공제액은 면제됩니다. 4회 방문 - 무제한: 달력 연도 공제액이 적용됩니다.
- 7 Health Net은 의료, 정신적 장애 및 약물 의존 질환에 대해 원격 의료 서비스를 제공하기 위해 Teladoc과 계약을 맺었습니다. Teladoc 서비스는 귀하의 의사를 대체하기 위함이 아니라 보조적인 서비스입니다. Teladoc에서 제공하지 않는 원격 의료 서비스는 보장되지 않습니다. 또한 Teladoc 상담 서비스는 전문의 서비스 및 DEA에서 통제하는 물질에 대한 처방약, 비-치료적인 약품 또는 남용의 우려가 있어서 위험할 수 있는 기타 특정 약품은 보장하지 않습니다.
- 8 미국 예방의학 특별 위원회(United States Preventive Services Task Force, USPSTF)의 A 및 B 등급 권고, 질병예방통제센터(Centers for Disease Control and Prevention, CDC)가 채택한 예방접종 관행 자문 위원회(Advisory Committee on Immunization Practices, ACIP)의 권고, 건강 자원 및 서비스 관리국(Health Resources and Services Administration, HRSA)이 지원하는 여성 예방 의료 및 검진에 대한 종합 지침 및 유아, 어린이 및 청소년에 대한 HRSA가 지원하는 종합 가이드라인에 기초한 보장 서비스. 일반적으로 권고하는 예방 서비스에 대해 더 많은 정보가 필요하신 경우 [www.healthcare.gov](http://www.healthcare.gov)를 방문하십시오. 예방적 관리에 따른 비용 부담이 이러한 서비스에 적용될 수 있습니다.
- 9 행동 건강 서비스를 제공하는 행동 건강 관리 서비스 회사의 계열사인 MHN 서비스에 의해 혜택이 제공됩니다.
- 10 Essential Rx 약품 목록은 이 플랜에서 보장하는 처방약 목록입니다. 일부 약품은 Health Net의 사전 승인이 필요합니다. Essential Rx 약품 목록 사본을 받으시려면 Health Net 웹사이트를 방문하십시오. 처방약에 대한 전체 정보를 알아보시려면 보험 증서를 참조하십시오. 플랜은 대부분의 여성 처방 피임약을 \$0의 비용 부담으로 보장합니다. 일부 약품에 대한 보장은 제네릭의약품 및 유명 상표약 약품군 시스템을 따르지 않을 수도 있습니다. 보장, 비용 부담 및 약품군 정보를 알아보시려면 보험 증서, Health Net Essential Rx 약품 목록을 참조하십시오. 보험 증서는 법적 구속력이 있는 문서입니다. 이 책자의 정보가 보험 증서의 정보와 다를 경우 보험 증서가 우선합니다. 우편 주문을 통해 조제하는 1군, 2군 및 3군 처방약은 (최대 90일 분량까지) 세 배 수준의 코페이먼트가 필요합니다. 특정 약품에 관한 자세한 정보를 알아보시려면 [www.myhealthnetca.com](http://www.myhealthnetca.com)을 방문하십시오.

- 11 소아 치과 및 안과 서비스는 해당 피보험자가 19살이 되는 달의 마지막 날까지 포함됩니다. 비용 분담은 비-진단 및 예방 소아치과 혜택에 대해 적용됩니다.
- 12 소아 치과는 Health Net Life Insurance Company에서 인수하며 Dental Benefit Administrative Services에서 시행합니다. Dental Benefit Administrative Services는 Health Net Life Insurance Company와 제휴되어 있지 않습니다. 소아 치과 혜택에 대한 상세한 사항은 보험 증서를 참조하십시오.
- 13 소아 안과 서비스 혜택은 Health Net Life Insurance Company에서 인수하며 EyeMed Vision Care, LLC에서 혜택을 제공합니다. EyeMed Vision Care, LLC는 Health Net Life Insurance Company와 제휴되어 있지 않습니다.

## 주요 의료비 보장

보장 목록은 혜택이 보장되는 사고 또는 질병의 결과로 발생하는 주요 병원, 의료 및 수술 비용을 피보험자에게 제공하기 위해 마련되었습니다. 보험 증서에 명시된 공제액, 코페이먼트 조항 또는 기타 제한이 적용될 수 있는 보철 기기 및 일일 병실 및 식사, 기타 병원 서비스, 수술 서비스, 마취 서비스, 입원 의료 서비스, 외래 서비스에 대해 혜택이 제공될 수 있습니다.

## 주요 혜택 및 보장

각 플랜의 보장되는 서비스 및 용품에 대해 다음 목록을 참조하십시오. 또한 플랜에 가입한 후 귀하가 받은 보험 증서를 참조하십시오. 보험 증서에서는 귀하의 건강보험 플랜에 포함되어 있는 혜택 및 보장에 관한 자세한 정보를 제공합니다.

**주:** EnhancedCare PPO 보험 플랜은 응급 및 긴급 관리를 제외하고 California주 외의 건강 관리 서비스를 보장하지 않습니다.

- 알러지 혈청
- 알러지 검사 및 치료
- 구급차 서비스 - 지상 구급차 이송 및 구급 항공기 이송
- 외래 수술 센터
- 배리애트릭 (체중 감소) 수술 (네트워크 외 보장 안됨)
- 임신 상태를 위한 관리
- 임상 실험
- 당뇨 관련 합병증의 예방 또는 치료를 위한 교정 신발
- 당뇨 치료 기기

- 진단 이미지 (X-레이 포함) 및 실험실 시술
- 혼련 치료
- 가족 건강 관리 대리인 서비스
- 호스피스 관리
- 병원 입원 서비스
- 유기 접안 렌즈를 교체하는 의료적으로 필요한 삽입 렌즈
- 의료적으로 필요한 재건 수술
- 의료적으로 필요한 수술적 삽입 약품
- 정신 건강 관리 및 약물 의존 혜택
- 외래환자 병원 서비스
- 외래환자 주입 치료
- 장기, 조직 및 골수 이식
- 환자 교육 (당뇨 교육 포함)
- 보험 증서에 명시된 소아 치과 및 안과
- 페닐케톤뇨증 (PKU)
- 임신 및 출산 서비스
- 예방 치료 서비스
- 전문 분야 서비스
- 보철물
- 방사선 치료, 화학 및 신장 투석 치료
- 재활 치료 (물리, 언어, 작업, 심장 및 폐 치료 포함)
- 내구성 의료 장비의 임대 또는 구입
- 자가 주사제 약품
- 전문 간호 시설
- 남성 및 여성의 불임
- 의료적으로 필요한 경우 치과적 상해의 치료



## 생식기 건강 서비스

일부 병원과 기타 서비스 제공자는 귀하의 보험 증서에 의거해서 보장되고 귀하 또는 귀하의 가족이 필요로 할 수 있는 서비스들(가족계획, 응급피임을 포함한 피임 서비스, 산통 및 출산 시 난관 봉합을 포함한 불임 수술, 불임치료 또는 임신중절) 중 한 가지 이상의 서비스를 제공하지 않습니다. 가입하시기 전에 보다 자세한 정보를 확인하십시오. 귀하를 담당할 의사, 의료 그룹, 독립적 의료 서비스 제공자 연합 또는 클리닉 등에 전화하시거나 1-800-839-2172번을 이용해 Health Net 고객 서비스 센터로 전화하셔서 귀하가 필요한 건강 관리 서비스를 받을 수 있는지 확인하십시오.

## 비용 부담

보장에는 공제액(들), 공동보험 및 코페이먼트가 적용됩니다. 전체적인 세부 사항은 보험 증서를 참조하십시오.

## 인증 (서비스의 사전 승인)

일부 서비스는 사전 인증을 받아야 합니다. 보험 증서에서 전체 서비스 목록을 참조하십시오.

## 예외 및 제한사항

다음은 일반적으로 보장되지 않는 서비스 목록의 일부입니다. 플랜의 예외 및 제한사항에 대한 전체 세부 사항은 보험 증서를 참조하십시오.

- 의료적으로 필요하지 않은 서비스 또는 용품.
- 보험 증서에 명시된 경우를 제외한 성형 수술.
- 보험 증서에 명시된 경우를 제외하고 19세 이상의 성인을 위한 치과 서비스.

- 악관절(TMJ) 장애를 위한 치료 및 서비스 (의료적으로 필요한 수술적 조치 제외).
- 상악 및 하악뼈의 위치 이상 또는 비정상적인 발달을 교정하는 목적의 수술 및 이에 관련된 서비스. 단, 그러한 시술이 의료적으로 필요한 경우는 제외.
- 페닐케톤뇨증(PKU)의 합병증 예방을 위한 건강기능식 및 특별 식품을 제외한 음식, 식단 또는 영양 보조제.
- 보험 증서에 명시된 경우를 제외하고 안경을 대체하기 위한 특별 안과 수술을 포함해 19세 이상의 성인을 위한 안과 관리.
- 보험 증서에 특별히 명시된 경우를 제외하고 19세 이상의 성인을 위한 점안 서비스.
- 보험 증서에 명시된 경우를 제외하고 19세 이상의 성인을 위한 안경류 또는 콘택트렌즈.
- 자발적 불임 수술의 복원을 위한 서비스.
- 여성의 임신을 목적으로 하는 서비스 또는 용품은 보장되지 않습니다. 다음 서비스 및 용품은 가입력 보존 보장에서 제외됩니다. 생식 세포 또는 배아 보관, 향후 임신을 위해 냉동 생식 세포 또는 배아의 사용, 착상전 유전 진단, 난자, 정자 또는 배아의 기증, 대리모.
- 특정 유전자 검사.
- 실험적 또는 조사적 서비스.
- 외국 여행 또는 직업적 목적으로 성인 또는 아동을 위한 면역 주사 또는 예방 접종.
- 보호 또는 요양 관리.
- 주로 환경적 변화, 물리 치료 또는 만성 통증의 치료를 위한 병원 입원과 관련된 입원실 및 식사 비용.
- 합법적으로 운영되는 병원 또는 Medicare에서 승인한 전문 간호 시설이 아니거나 주로 노인을 위한 시설, 양로원 또는 이와 유사한 기관으로, 자격이 없는 기관(어떠한 유형으로 지정되었는지 상관 없이)에서 제공한 모든 서비스 또는 용품. 본 예외는 아동, 자폐 또는 전반적 발달 장애가 있는 경우의 중증 정신 질환, 심한 정서적 동요 상태에 대해 요구되는 서비스에는 적용되지 않습니다.

- 병원(또는 기타 입원 시설)의 가장 일반적인 준 특실 병실료를 초과하는 비용.
- 불임 서비스.
- 개인 간병인.
- 개인의 안락함을 위한 아이템.
- 보장된 가입자의 신체에 맞춰 제작되고 보험 증서에 명시된 경우를 제외한 교정 기기.
- 보험 증서에 명시된 경우를 제외한 교육 서비스 또는 영양 상담.
- 보청기.
- 보험 증서에 명시된 경우를 제외한 비만 관련 서비스.
- 보장 효력 발생일 이전에 받은 서비스.
- 보장 종료일 이후에 받은 서비스.
- 정부 기관에서 운영하지 않는 자선 연구 병원에서 받은 서비스를 제외하고 보험 보장이 없이 보장된 가입자에게 비용 없이 제공된 서비스.
- 의사 자가-치료.
- 보장된 가입자의 가정에서 살거나 보장된 가입자와 혈연 또는 결혼으로 맺어진 사람에 의해 수행된 서비스.
- 가정 폭력 또는 의료적 상태로 인해 발생한 상해가 아닌 경우 보장된 가입자가 중죄를 저지름(또는 저지르려고 시도함)에 따라 발생한 상태.
- 정부 기금이 이용 가능할 경우 원자력의 방출로 발생한 상태.
- 지역, 주 또는 연방 정부 기관에 의해 제공되거나 비용이 지불된 모든 서비스. 본 제한사항은 Medi-Cal, Medicaid 또는 Medicare에는 적용되지 않습니다.
- 대리모 임신을 위한 서비스는 대리모가 Health Net 피보험자인 경우 보장됩니다. 그러나 대리 임신에 대한 보상이 있을 경우 플랜은 해당 의료 비용에 대한 회수를 위해 그 보상에 대한 선취특권이 있을 수 있습니다.
- 응급 관리를 제외한 외국에 거주 중 받은 서비스 및 용품.
- 응급 관리에 대한 기준이 충족되는 경우를 제외한 가정에서의 출산.
- 보장된 가입자가 보험 보장이 없는 상태에서 서비스 제공자에게 지불할 법적 의무가 없는 서비스에 대한 환급.
- Health Net Life에서 보장된 비용을 초과한다고 결정한 보장된 의료 서비스 및 치료에 대해 네트워크 외 서비스 제공자에 의해 청구된 금액.
- 의사의 승인 여부와 상관 없이 다음 아이템과 관련된 모든 비용: (A) 보장된 개인의 신체적 또는 의료적 상태를 수용할 수 있도록 보장된 개인의 거주지 개조 (예: 엘리베이터 설치) 및 (b) 공기 정화기, 에어컨 및 제습기.
- 보험 증서에 기재된 당뇨 용품을 제외한 일부 가정용 일회용 용품.

일부 서비스는 서비스를 받기 전에 Health Net으로부터 사전 인증을 필요로 합니다. 사전 인증이 필요한 서비스 및 시술에 대한 자세한 사항은 귀하의 보험 증서를 참조하십시오.

Health Net은 투석 서비스 또는 출산 관리에 대해 사전 인증을 요구하지 않습니다. 그러나 첫 투석 서비스 또는 첫 출산 전 방문 시 1-800-839-2172번을 이용해 고객 서비스 센터로 연락하십시오.

## 본 보험 증서의 갱신

본 보험에서 이전에 논의된 종료 조항에 따라 매월 보험료를 납부하고 Health Net Life에서 수락한 경우 보장은 유효한 상태로 유지됩니다.

## 보험료

저희는 귀하의 보험료를 수정 또는 변경할 수 있습니다. 저희가 귀하의 보험료를 변경하는 경우 보험료 변경의 효력이 발생하기 최소 60일 전에 귀하에게 우편으로 통지할 것입니다. 보험료는 귀하 및 귀하의 배우자 또는 등록된 동거인의 연령 변경에 따라 자동적으로 조정됩니다. 보험료는 귀하의 거주지 주소가 변경되는 경우 조정될 수 있습니다.

## 보험료 대비 클레임 비율

개인 및 가족 PPO 및 EPO 보험 플랜에 대한 위험 조정 및 재보험 후 Health Net의 2017년 경과보험료 대비 발생한 클레임의 비율은 113.3퍼센트입니다.



## 비차별 통지문

Health Net Life Insurance Company(Health Net)는 적용되는 연방 인권법을 준수하고 인종, 피부색, 출신 국가, 조상, 종교, 결혼 여부, 성별, 성적체성, 성적 성향, 연령, 장애 또는 성별을 근거로 차별하거나 제외하거나 또는 다르게 대하지 않습니다.

### Health Net은

- 장애가 있으신 분들이 저희와 원활한 의사소통을 하실 수 있도록 적격의 수화 통역사 및 기타 형식 (큰 활자, 이용 가능한 전자 형식 및 기타)으로 작성된 정보 등 무료 지원 및 서비스를 제공합니다.
- 영어가 주 언어가 아닌 분들을 위해 적격의 통역사 및 기타 언어로 작성된 정보 등 무료 언어 서비스를 제공합니다.

이러한 서비스가 필요하신 경우 Health Net 고객 서비스 센터로 연락하십시오.

**개인 및 가족 플랜(IFP) 보장을 받는 사람 On Exchange/Covered California** 1-888-926-4988 (TTY: 711)

**개인 및 가족 플랜(IFP) 보장을 받는 사람 Off Exchange** 1-800-839-2172 (TTY: 711)

**개인 및 가족 플랜(IFP) 신청자** 1-877-609-8711 (TTY: 711)

**Health Net을 통한 그룹 플랜** 1-800-522-0088 (TTY: 711)

Health Net이 이러한 서비스를 제공하지 못했거나 상기의 요인 중 하나를 근거로 차별했다고 생각하시는 경우 상기의 번호를 이용해 Health Net의 고객 서비스 센터(Customer Contact Center)로 전화해 불만사항을 제기하는 데 도움이 필요하다고 말씀하십시오. Health Net의 고객 서비스 센터는 귀하께서 불만사항을 제기하는 데 도움을 드릴 수 있습니다. 또한 우편, 팩스 또는 이메일로 불만사항을 제출하실 수 있습니다.

### Health Net Life Insurance Company Appeals & Grievances

PO Box 10348

Van Nuys, CA 91410-0348

팩스: 1-877-831-6019

이메일: [Member.Discrimination.Complaints@healthnet.com](mailto:Member.Discrimination.Complaints@healthnet.com) (보장을 받는 사람) 또는  
[Non-Member.Discrimination.Complaints@healthnet.com](mailto:Non-Member.Discrimination.Complaints@healthnet.com) (신청자)

1-800-927-4357번을 이용해 캘리포니아 보험부(California Department of Insurance)로 전화하거나

<https://www.insurance.ca.gov/01-consumers/101-help/index.cfm>에서 온라인으로 불만사항을 제기하실 수 있습니다.

인종, 피부색, 출신 국가, 연령, 장애 또는 성별 때문에 차별을 당했다고 생각하시는 경우

<https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>에서 OCR 불만사항 포털(Complaint Portal)을 이용하거나 다음 주소 또는 전화번호를 통해 미 보건후생부(U.S. Department of Health and Human Services), 인권 사무소 (Office for Civil Rights, OCR)로 인권 불만사항을 제기하실 수 있습니다. 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).

불만사항 신고서는 <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>에서 이용하실 수 있습니다.

## 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**

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 bąąh ílínígóó saad bee háká ada'iiyeed. Ata' halne'ígíí da ła' ná hádíóót'įįł. Naaltsos da t'áá  
shí shizaad k'ehjí shichí' yídooltaah nínízingo t'áá ná ákódoolníí. Ákót'éego shíká a'doowoł nínízingo  
Customer Contact Center hoolyéhíjí' hodíílnih ninaaltsos nanitingo bee néého'dolzinígíí hodoonihjí'  
bikáá'. Naaltsos nehiltsóosgo naanish bá dahikahígíí éí koji' hodíílnih Health Net's Commercial  
Contact Center 1-800-522-0088 (TTY: 711). T'áá hó dóó ha'áłchíní (IFP) báhígíí éí koji' 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 ਦੁਆਰੀਏ 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 прочитать  
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-individuwal 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 (โทรหมด TTY: 711) ผู้สมัครแผนบุคคลและครอบครัว (Individual & Family Plan: IFP) โปรดโทร 1-877-609-8711 (โทรหมด 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)









## Health Net Individual & Family Plans

PO Box 1150

Rancho Cordova, CA 95741-1150

1-877-609-8711(영어)

1-877-891-9050 (광둥어)

1-877-339-8596(한국어)

1-877-891-9053(북경어)

1-800-331-1777(스페인어)

1-877-891-9051(타갈로그어)

1-877-339-8621(베트남어)

## 청각 및 언어 장애인을 위한 지원

TTY 사용자는 711번 이용.

[www.myhealthnetca.com](http://www.myhealthnetca.com)