Health Net of California, Inc. (Health Net)

Póngase en Marcha y Elija su Cobertura de Salud. ¡Elija Ambetter from Health Net!

Fecha de entrada en vigor: 1.º de enero de 2025

Planes individuales y familiares disponibles a través de Health Net

myhealthnetca.com

Si es un afiliado nuevo de Health Net o si regresa con nosotros para 2025, hay varias cosas que le conviene saber sobre nuestros planes y nuestro personal:

- **Ofrecemos cobertura de salud asequible y de calidad para individuos y familias.**
- **A través de nuestras redes de médicos locales, ayudamos a las personas a obtener la atención que necesitan a lo largo de todas las etapas de sus vidas y su salud.**
- **Como usted, vivimos y trabajamos en California.**

Lea este folleto para conocer lo que Health Net le tiene preparado.

Esto es lo que encontrará...

El Valor de la Cobertura de Salud 1

Período de Inscripción para 2025 2

Maneras de Inscribirse 2

Averigüe Costos y Niveles de Cobertura 3

Los Beneficios de Health Net 4

Programas de Salud y Bienestar 5

Averigüe Dónde Recibir Atención 6

Explore sus Opciones con el Plan Ambetter from Health Net 7

Elija por Ubicación 8

Planes Ambetter HMO 9

Planes Ambetter PPO 11

Definiciones de Atención de Salud 13

El Valor de la Cobertura de Salud

Quizás se pregunte si ha habido algún cambio en las leyes que pueda afectarlos a usted y a su familia. También tal vez se pregunte por qué necesita cobertura de atención de salud. Estos son algunos datos que debería conocer.

Cómo le afectan las reglas en California

Para 2025, se aplica la siguiente información:

- California exige a las personas que tengan un seguro de salud o que paguen una multa impositiva estatal.
- Todos los planes individuales y familiares deben ofrecer cobertura para 10 beneficios de salud esenciales. Entre los beneficios se incluyen atención de maternidad, salud mental, internaciones, atención dental pediátrica y más.

La cobertura le aporta tranquilidad

¿Sabía que una internación de tres días puede costar hasta $30,000?[1] Costos como estos son por los que vale la pena usar su dinero ganado con tanto esfuerzo para comprar cobertura de salud. La cobertura de salud le brinda ayuda para lo siguiente:

- Pagar costos médicos importantes si tiene dolores o una enfermedad. Los costos relacionados con un accidente o enfermedad pueden acumularse rápidamente. Y, cuando ocurre una emergencia, los costos son lo último por lo que querría preocuparse.
- Mantenerse saludable mediante chequeos, vacunas y exámenes de detección. También ayuda a cubrir el costo de los medicamentos que requieren receta médica y los gastos relacionados con el control de una enfermedad crónica.

¡Elija la tranquilidad que le brinda contar con cobertura de salud! Convierta a Ambetter from Health Net en su plan para 2025.

[1] https://www.healthcare.gov/why-coverage-is-important/protection-from-high-medical-costs/

Período de Inscripción para 2025

Puede inscribirse en una nueva cobertura de salud o cambiar su cobertura de salud actual para 2025.

La inscripción comienza el 1.º de noviembre de 2024.
La inscripción finaliza el 31 de enero de 2025.

Tenga en cuenta las siguientes fechas clave:

- Para que la cobertura comience de inmediato el 1.º de enero, inscríbase antes del 31 de diciembre. Debe realizar el primer pago de la prima antes de que comience la cobertura.
- El último día para inscribirse en la cobertura para 2025 es el 31 de enero. Inscríbase antes del 31 de enero para que su cobertura comience el 1.º de febrero. Posteriormente, solo podrá inscribirse si califica para un hecho especial.

Estos son algunos ejemplos de hechos que le permitirán inscribirse después del 31 de enero:

- Pierde un empleo que le brindaba cobertura.
- Nace o adopta un bebé.
- Cambian sustancialmente sus ingresos.
- Contrae matrimonio o se divorcia.
- Se muda fuera del área de servicio.

Lista de verificación para inscripción

¿Los médicos, especialistas y proveedores que participan de la red del plan se ajustan a sus necesidades de salud?

¿Los montos de deducible, copago y coseguro del plan son los adecuados para su presupuesto?

¿Califica para obtener asistencia para el pago de la prima?

Maneras de Inscribirse

Cuando esté listo para inscribirse en la cobertura de Health Net, ¡estamos aquí para facilitar el proceso!

- Llame a nuestro equipo de ventas de Health Net al **877-609-8711**.
- **Visite** a su representante local.

Reglas para 2025

Para 2025, los californianos deben tener cobertura de atención de salud o pagar una multa. Pagará la multa cuando presente su declaración de impuestos estatales. Para evitar pagar la multa estatal, las personas pueden calificar para una exención.

Puede obtener información sobre las exenciones y verificar la multa para el año fiscal 2025 en www.coveredca.com/individuals-and-families/getting-covered/penalty-and-exemptions.

Averigüe Costos y Niveles de Cobertura

Hay dos tipos de costos asociados con la cobertura de salud:

Prima mensual

Es el monto que paga para mantener su cobertura de salud vigente.
La paga directamente a Health Net.
La paga una vez al mes, ya sea que use o no los servicios.

Copago o coseguro

Es el monto que paga cuando utiliza los servicios de salud, llamados costos de desembolso. Lo paga directamente al médico, la farmacia u otro proveedor (por ejemplo, el laboratorio o el hospital).

Algunos planes de salud tienen un deducible. Este es el monto que usted debe por algunos servicios de atención de salud cubiertos antes de que el plan de salud comience a pagarlos. Después de que paga el deducible, los servicios cubiertos todavía están sujetos a otros costos compartidos, como copagos o coseguro.

Encuentre el nivel de cobertura adecuado

Elegir el plan adecuado depende de sus necesidades de atención de salud. También depende de su presupuesto y su estilo de vida. Hay un equilibrio entre el precio de su prima mensual y el monto que paga cuando necesita atención médica.

Prima mensual más alta
+
Costos de desembolso más bajos

O

Prima mensual más baja
+
Costos de desembolso más altos

Considere estos dos ejemplos

David tiene poco más de cincuenta años y ve al médico con frecuencia por su presión arterial alta. Ha tenido algunas cirugías y tal vez necesita otra. **David elige un plan con una prima mensual más alta. Su plan también cubre más de sus costos de desembolso por los servicios que utiliza, lo que implica que posiblemente pague menos por cada consulta al médico o tratamiento.**

Gloria tiene 27 años y rara vez se enferma. Quiere un plan de salud que la mantenga cubierta, pero le cueste menos. **Gloria elige un plan con una prima mensual más baja. Sabe que le costará más cuando consulte al médico, pero planea reservar dinero en caso de que tenga un gasto inesperado de salud.**

Consejo importante: Consulte las Definiciones de Atención de Salud de la página 13 si no entiende bien alguna palabra sobre la atención de salud.

Los Beneficios de Health Net

Health Net le brinda opciones de planes de salud, y mucho más.

Cuídese con Health Net

Cuando elige Health Net, puede contar con lo siguiente:

- consultas al médico cuando necesita atención;
- vacunas contra la gripe, mamografías, vacunas para niños;
- asesoramiento médico en cualquier momento del día o la noche y los fines de semana;
- atención de urgencia y servicios hospitalarios cuando los necesita.

Surta sus recetas médicas

La *Lista de Medicamentos Esenciales* de Health Net es una lista de los medicamentos que requieren receta médica cubiertos por su plan. La *Lista de Medicamentos Esenciales* se puede encontrar en myhealthnetca.com, en la sección "Pharmacy Information" (Información de farmacia).

- Utilice las farmacias de la red de farmacias de su plan de salud.
- Opte por medicamentos genéricos para reducir sus costos de desembolso.
- Aproveche nuestro programa de compra por correo para surtir sus recetas médicas para enfermedades crónicas.

Cree una cuenta en línea

Tener una cuenta en línea puede ayudarle a comprender y administrar su plan Ambetter from Health Net. Utilice el portal para afiliados para lo siguiente:

- imprimir tarjetas de identificación de afiliado;
- consultar los detalles del plan;
- ver los beneficios de farmacia o encontrar una farmacia cercana;
- cambiar su médico principal/médico de atención primaria (por sus siglas en inglés, PCP);
- buscar programas de control de peso, para dejar de fumar y más;
- saber cuándo debe realizarse exámenes de detección.

(continúa)

Programas de Salud y Bienestar

Como afiliado, usted y sus dependientes cubiertos tienen acceso a estos programas de bienestar y mucho más gracias a su inscripción actual en Health Net.

Craving to Quit® (programa para dejar de fumar)

Este programa cubre la mayoría de los tipos de tabaco, le permite hablar con un asesor que le brindará apoyo y le ofrece un plan personalizado para dejar de fumar. El innovador programa de 21 días enseña a detectar situaciones de ansiedad y hábitos que ayudarán a los participantes a dejar de fumar, mascar tabaco o vapear.

Tome decisiones saludables y obtenga recompensas

Nuestro programa My Health Pays® está disponible para los afiliados de Ambetter from Health Net. Es un programa de recompensas que le paga por las decisiones saludables que probablemente ya toma cada día. ¿Ya se hizo el examen de bienestar anual? Hacerlo le da puntos. ¿Está aprendiendo nuevas formas de estar saludable? Hacerlo también le da puntos. ¡Gane puntos y reciba recompensas!

Programa Active&Fit Direct™

¿En el gimnasio o en el hogar? Elija cómo mantenerse activo. Con el programa Active&Fit Direct™[1], tendrá acceso a lo siguiente:

- Miles de gimnasios, estudios y videos de entrenamiento.
- Entrenamiento personalizado para mejorar la aptitud física, reducir el estrés, aumentar el descanso y mucho más.

[1] Se requieren 2 meses de participación. El Programa Active&Fit Direct se ofrece a través de American Specialty Health Fitness, Inc., una subsidiaria de American Specialty Health Incorporated (ASH). ASH se reserva el derecho de modificar cualquier aspecto del Programa Active&Fit (lo que incluye, sin límites, la tarifa de inscripción, la tarifa mensual o el período de introducción) en cualquier momento, mediante enmiendas a estos términos y condiciones. Si se modifican las tarifas o se realizan cambios importantes en el programa, ASH enviará un aviso, al menos, 30 días antes de la fecha de entrada en vigor de dichos cambios. ASH puede suspender completamente el programa en cualquier momento con aviso previo por escrito. El logotipo de Active&Fit es una marca registrada de ASH y se utiliza con autorización en el presente documento.

Averigüe Dónde Recibir Atención

Con nuestros planes, puede recibir la atención que necesita, cuando la necesita, de diferentes maneras.

En el consultorio del médico | **En su hogar** | **En una clínica**

Su médico principal

Visite a su médico principal (también llamado "médico de atención primaria" o "PCP") para recibir atención preventiva y de rutina. Esto incluye exámenes anuales de bienestar, consultas por enfermedad, vacunas y atención médica general.

Otros proveedores dentro de la red

Obtenga atención de otros médicos, especialistas o proveedores (como atención de urgencia o en hospitales) dentro de la red[1]. *Se requiere remisión del PCP con nuestros planes Ambetter HMO*[2].

Con Ambetter HMO, los servicios fuera de la red no tienen cobertura, excepto la atención de emergencia, la atención de urgencia y los servicios que Health Net apruebe.

Para encontrar proveedores en la red del plan, ingrese en myhealthnetca.com y haga clic en *Find a Doctor* (Buscar un médico).

Proveedores de salud del comportamiento

Obtenga servicios de salud mental, entre ellos:

- Asesoramiento
- Psicoterapia
- Tratamiento para adicciones
- Servicios psiquiátricos

No necesita una remisión de su médico principal. Además, averigüe si puede recibir sus sesiones por teléfono o videollamada.

Telesalud

Averigüe si su médico ofrece servicios de telesalud. Los servicios de telesalud brindados por su médico están sujetos a los mismos copagos que si el servicio se prestara en persona. Este servicio es perfecto si no puede encontrarse con su médico principal o si el consultorio está cerrado[1].

Consultas virtuales con Teladoc

Teladoc Health (Teladoc) ofrece una atención de salud virtual conveniente, con acceso confidencial a médicos de calidad certificados por la junta de los EE. UU. Teladoc es una buena opción cuando no puede ver a su médico habitual.
Puede reservar citas a través de la aplicación de Teladoc, en el sitio web o llamando al 800-TELADOC (835-2362)[1, 3].

Línea de Consultas de Enfermería disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana

Reciba asesoramiento del personal de enfermería registrado para verificar si necesita atención médica o para saber cómo cuidarse de lesiones o enfermedades menores, como fiebre y gripe, en el hogar[1].

Centros de atención de urgencia

Obtenga atención el mismo día para enfermedades o lesiones que no son de emergencia[1]. Ahora, algunos centros de atención de urgencia también ofrecen rayos X y análisis de laboratorio.

[1] Acuda a la sala de emergencias más cercana o llame al 911 si tiene una emergencia.

[2] Las autorremisiones están permitidas para los servicios de obstetricia y ginecología, y los servicios de atención de salud sexual y reproductiva.

[3] 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 de Teladoc se acumularán para su desembolso máximo y deducible (si su plan tiene un deducible). Al programar una cita a través de Teladoc, usted da su consentimiento para recibir servicios de telesalud a través de Teladoc. Consulte el documento de cobertura de su plan de salud 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 de Teladoc. A menos que decida lo contrario, cualquier servicio prestado a través de Teladoc se compartirá con su proveedor de atención primaria.

Explore sus Opciones con el Plan Ambetter from Health Net

Por más de 40 años, los californianos han recurrido a nosotros para obtener cobertura de salud que se ajuste a su salud y su presupuesto. ¡Este es el momento de elegir Ambetter from Health Net!

Puede inscribirse en un plan Ambetter from Health Net a través de Covered California.

Si necesita ayuda, estamos aquí para responder sus preguntas y ayudarle a elegir un plan. Solo llame al 877-609-8711.

Permítanos ayudarle a encontrar el plan adecuado para usted.

Elija por Ubicación

Es conveniente, y usted se merece, tener una cobertura de salud con la que pueda contar. Ahí es donde toma parte Health Net. Puede elegir entre varios planes de Health Net a través de Health Net.

Los planes que tiene disponibles según su condado son los siguientes:

Condado	Región	Ambetter HMO	Ambetter PPO
Imperial	13	✔	
Condado de Kern[3]	14	✔	
Los Angeles	15/16	✔	✔
Orange	18	✔	✔
Placer[3]	3		✔
Riverside[3]	17	✔	✔
Sacramento	3		✔
San Bernardino[3]	17	✔	✔
San Diego	19	✔	✔
Yolo	3		✔

[3] Parte del condado: no disponible en todos los códigos postales.

Puede inscribirse en cualquiera de los planes que ofrecemos en su ubicación.

Planes Ambetter HMO

DISPONIBLE DIRECTAMENTE A TRAVÉS DE HEALTH NET

Nuestros planes Ambetter HMO pueden ser los adecuados para usted si prefiere:

- *costos más predecibles,*
- *un médico familiar que supervise su atención.*

Su PCP o su médico principal le remitirá a especialistas y centros de la red Ambetter HMO, cuando lo necesite[1].

Para obtener medicamentos que requieren receta médica, puede ir a cualquier farmacia de la red de farmacias de Ambetter. Incluye CVS Pharmacy, Safeway, Costco, Vons y otras.

[1] Las autorremisiones están permitidas para los servicios de obstetricia y ginecología, y los servicios de atención de salud sexual y reproductiva.

Consejo importante: Use Ambetter HMO Network para todos los servicios cubiertos. Si necesita un especialista, su PCP le remitirá a uno[1]. Los servicios fuera de la red no tienen cobertura, excepto la atención de emergencia, la atención de urgencia y los servicios que Health Net apruebe.

Planes Ambetter HMO: su participación en los costos

Los montos que se muestran aquí son los que pagaría por los servicios que use con cada plan. Con el plan Gold 80 Ambetter HMO, por ejemplo, el costo de una visita al consultorio del médico es de $35.

¡Recordatorio! Su participación en los costos se agrega a la prima mensual que paga por la cobertura de salud.

Beneficio	Platinum 90 Ambetter HMO	Gold 80 Ambetter HMO	Silver 70 Off Exchange Ambetter HMO	Bronze 60 Ambetter HMO (Disponible solo en los condados de Imperial y Kern)	Minimum Coverage Ambetter HMO[1] (Disponible solo en los condados de Imperial y Kern)
Deducible Por afiliado/por familia	$0/$0	$0/$0	$5,400/$10,800	$5,800/$11,600	$9,200/$18,400
Desembolso máximo Por afiliado/por familia	$4,500/$9,000	$8,700/$17,400	$8,700/$17,400	$8,850/$17,700	$9,200/$18,400
Visita al consultorio del médico	$15	$35	$50[2]	$60[2]	0%[6]
Consultas de telesalud a través de un proveedor de servicios de telesalud seleccionado[3]	$0	$0	$0[2]	$0[2]	0%[6]
Especialista	$30	$65	$90[2]	$95[6]	0%
Internación en hospital	Centro: $225[4]; médico: $0	Centro: $350[4]; médico: $0	Centro: 30%; médico: 30%[2]	Centro: 40%; médico: 40%	Centro: 0%; médico: 0%
Cirugía para pacientes ambulatorios	Centro: $75; médico: $20	Centro: $130; médico: $60	Centro: 30%[2]; médico: 30%[2]	Centro: 40%; médico: 40%	Centro: 0%; médico: 0%
Atención de urgencia	$15	$35	$50[2]	$60[2]	0%[6]
Atención de emergencia[5]	Centro: $150; médico: $0	Centro: $330; médico: $0	Centro: $400[2]; médico: $0	Centro: 40%; médico: $0	Centro: 0%; médico: $0
Medicamentos que requieren receta médica Deducible para medicamentos que requieren receta médica por año calendario	$0	$0	$50 por afiliado/$100 por familia	$450 por afiliado/$900 por familia	Se aplica el deducible para atención médica
Nivel 1 (la mayoría de los medicamentos genéricos y los de marca preferidos de bajo costo)	$7	$15	$18 (sin deducible para medicamentos que requieren receta médica)	$19 (sin deducible para medicamentos que requieren receta médica)	0%[7]
Nivel 2 (medicamentos genéricos no preferidos y de marca preferidos)	$16	$60	$60 (después del deducible para medicamentos que requieren receta médica)	40% hasta $500 (después del deducible para medicamentos que requieren receta médica) para los niveles 2 y 3	0%[7]
Nivel 3 (solo medicamentos de marca no preferidos)	$25	$85	$90 (después del deducible para medicamentos que requieren receta médica)		0%[7]

Este es solo un resumen. Los documentos de divulgación de Ambetter HMO contienen los aspectos generales de los planes con más información sobre qué servicios están cubiertos con los planes Ambetter HMO. El deducible se aplica, a menos que se indique lo contrario. Los servicios dentales y de la vista pediátricos están cubiertos hasta el último día del mes en que el niño cumpla los 19 años.

[1] Los planes de cobertura mínima están disponibles para las personas menores de 30 años. Es posible que también sea elegible para este plan si tiene 30 años de edad o más y está exento del requisito federal de tener cobertura esencial mínima. Una vez que esté inscrito, debe volver a solicitar al Mercado de Seguros de Salud una exención por dificultades financieras y, cada año antes del 1.º de enero, debe volver a presentarle a Health Net el aviso del Mercado donde figura el número de certificado de su exención.

[2] El deducible para atención médica no se aplica a estos servicios.

[3] No debe reemplazar las visitas regulares al médico. Solo están cubiertos con los copagos que se muestran aquí los servicios de telesalud prestados por un proveedor de servicios de telesalud seleccionado. Los servicios cubiertos para trastornos médicos y mentales, y afecciones relacionadas con la dependencia de sustancias químicas brindados de manera adecuada como servicios de telesalud por un médico de cabecera están cubiertos de la misma forma y en la misma medida que los servicios cubiertos brindados en persona.

[4] Por día, hasta cinco días.

[5] No tiene copago en caso de internación.

[6] Las primeras tres consultas no están sujetas al deducible. Solo paga el copago. A partir de la cuarta consulta, paga el costo total hasta que alcance el deducible.

[7] El deducible para atención médica se aplica a los medicamentos que requieren receta médica de todos los niveles.

Planes Ambetter PPO

DISPONIBLE DIRECTAMENTE A TRAVÉS DE HEALTH NET

Un plan Ambetter PPO es el adecuado para usted si la libertad para elegir y los costos asequibles le importan.

Usted elige un PCP o un médico principal de la red Ambetter PPO. Su PCP ayudará a dirigir su atención. Con este plan, puede elegir recibir atención de especialistas de la red sin la necesidad de una remisión del PCP. Para asegurarse de que este plan sea el que le conviene, revise los proveedores disponibles en la red de proveedores de Ambetter PPO.

Para obtener medicamentos que requieren receta médica, puede ir a cualquier farmacia de la red de farmacias de Ambetter. Incluye CVS Pharmacy, Safeway, Costco, Vons y otras.

Consejo importante: Para mantener sus costos lo más bajos posible, vaya a médicos y especialistas dentro de la red Ambetter PPO. Los médicos que no pertenecen a la red pueden cobrarle más de lo que Health Net pagará. Tal vez tenga que pagar la diferencia entre lo que cobra el médico fuera de la red y lo que paga Health Net. Eso se llama "facturación de saldos". Usted paga estos gastos además del deducible, los copagos, el coseguro y la prima mensual. Además, los montos de facturación de saldos no están cubiertos por el plan y no se aplican a su deducible ni a su desembolso máximo anual. Excepto la atención de urgencia y de emergencia, los servicios y suministros brindados por proveedores fuera de California no están cubiertos.

Planes Ambetter PPO: su participación en los costos

Los montos que se muestran aquí son los que pagaría por los servicios que use con cada plan. Con el plan Gold 80 Ambetter PPO, por ejemplo, el costo de una visita al consultorio del médico es de $35.

¡Recordatorio! Su participación en los costos se agrega a la prima mensual que paga por la cobertura de salud.

Beneficio	Platinum 90 Ambetter PPO	Gold 80 Ambetter PPO	Silver 70 Off Exchange Ambetter PPO	Bronze 60 Ambetter PPO	Bronze 60 HDHP Ambetter PPO	Minimum Coverage Ambetter PPO[1]
Deducible Por afiliado/por familia	$0/$0	$0/$0	$5,400/$10,800	$5,800/$11,600	$6,650/$13,300	$9,200/$18,400
Desembolso máximo Por afiliado/por familia	$4,500/$9,000	$8,700/$17,400	$8,700/$17,400	$8,850/$17,700	$6,650/$13,300	$9,200/$18,400
Visita al consultorio del médico	$15	$35	$50[2]	$60[2]	0%	0%[3]
Consultas de telesalud a través de un proveedor de servicios de telesalud seleccionado[4]	$0	$0	$0[2]	$0[2]	0%	0%[3]
Especialista	$30	$65	$90[2]	$95[3]	0%	0%
Internación en hospital	Centro: 10%; médico: 10%	Centro: 30%; médico: 30%	Centro: 30%; médico: 30%[2]	Centro: 40%; médico: 40%	Centro: 0%; médico: 0%	Centro: 0%; médico: 0%
Cirugía para pacientes ambulatorios	10%	30%	30%[2]	40%	0%	0%
Atención de urgencia	$15	$35	$50[2]	$60[2]	0%	0%[3]
Atención de emergencia[5]	Centro: $150; médico: $0	Centro: $330; médico: $0	Centro: $400[2]; médico: $0	Centro: 40%; médico: $0	Centro: 0%; médico: 0%	Centro: 0%; médico: 0%
Medicamentos que requieren receta médica Deducible para medicamentos que requieren receta médica por año calendario	$0	$0	$50 por afiliado/$100 por familia	$450 por afiliado/$900 por familia	Se aplica el deducible para atención médica	Se aplica el deducible para atención médica
Nivel 1 (la mayoría de los medicamentos genéricos y los de marca preferidos de bajo costo)	$7	$15	$18 (sin deducible para medicamentos que requieren receta médica)	$19 (sin deducible para medicamentos que requieren receta médica)	0%[6]	0%[6]
Nivel 2 (medicamentos genéricos no preferidos y de marca preferidos)	$16	$60	$60 (después del deducible para medicamentos que requieren receta médica)	40% hasta $500 (después del deducible para medicamentos que requieren receta médica) para los niveles 2 y 3	0%[6]	0%[6]
Nivel 3 (solo medicamentos de marca no preferidos)	$25	$85	$90 (después del deducible para medicamentos que requieren receta médica)		0%[6]	0%[6]

Este es solo un resumen. Los documentos de divulgación de Ambetter PPO contienen los aspectos generales de los planes con más información sobre qué servicios están cubiertos con los planes Ambetter PPO. Los servicios dentales y de la vista pediátricos están cubiertos hasta el último día del mes en que el niño cumpla los 19 años.

[1] Los planes de cobertura mínima están disponibles para las personas menores de 30 años. Es posible que también sea elegible para este plan si tiene 30 años de edad o más y está exento del requisito federal de tener cobertura esencial mínima. Una vez que esté inscrito, debe volver a solicitar al Mercado de Seguros de Salud una exención por dificultades financieras y, cada año antes del 1.º de enero, debe volver a presentarle a Health Net el aviso del Mercado donde figura el número de certificado de su exención.

[2] El deducible no se aplica a estos servicios.

[3] Las primeras tres consultas no están sujetas al deducible. Solo paga el copago. A partir de la cuarta consulta, paga el costo total hasta que alcance el deducible.

[4] No debe reemplazar las visitas regulares al médico. Solo están cubiertos con los copagos que se muestran aquí los servicios de telesalud prestados por un proveedor de servicios de telesalud seleccionado. Los servicios cubiertos para trastornos médicos y mentales, y afecciones relacionadas con la dependencia de sustancias químicas brindados de manera adecuada como servicios de telesalud por un médico de cabecera están cubiertos de la misma forma y en la misma medida que los servicios cubiertos brindados en persona.

[5] No tiene copago en caso de internación.

[6] El deducible para atención médica se aplica a los medicamentos que requieren receta médica de todos los niveles.

Definiciones de Atención de Salud

La cobertura de salud tiene su propio idioma. Use nuestro glosario breve mientras lee esta guía para obtener más información sobre sus opciones de planes.

Facturación de saldos

La diferencia entre lo que cobra el médico y el monto que paga el plan de salud. Por ejemplo, si el médico cobra $250 y su plan cubre $100, usted paga la diferencia de $150.

La facturación de saldos por lo general se aplica a los planes que ofrecen cobertura fuera de la red, como los planes PPO.

Beneficios (también denominados "servicios cubiertos")

Los servicios de atención de salud que están cubiertos por su plan de salud, como las visitas al consultorio, rayos X, atención preventiva, pruebas de laboratorio, etc.

Coseguro

Su participación en los costos de un servicio de atención de salud cubierto. Se calcula como un porcentaje. Por ejemplo, si el coseguro es del 20% y la factura médica tiene un valor de $100, usted pagaría $20, y el plan de salud cubrirá el resto.

Copago

Su participación en los costos de un servicio de atención de salud cubierto, establecida en un monto fijo. Por ejemplo, para una visita a un médico que podría costar $150, usted pagaría $15 y el plan de salud, el resto. Los copagos varían según el plan.

Costo compartido

El monto que paga de su bolsillo por los servicios cubiertos por su plan de salud. Los deducibles, el coseguro y los copagos son ejemplos de costos compartidos.

Deducible

El monto que usted debe por algunos servicios de atención de salud cubiertos antes de que el plan de salud comience a pagarlos. Después de que paga el deducible, los servicios cubiertos todavía están sujetos a otros costos compartidos, como copagos o coseguro.

Por ejemplo, si su deducible es de $1,000, usted tiene que pagar los servicios de atención de salud que usa hasta este monto. Es posible que no se aplique el deducible a todos los servicios.

Dependientes

El cónyuge, la pareja doméstica, los hijos o el padre, la madre o el padrastro o la madrastra del afiliado principal.

Servicios excluidos

Servicios de atención de salud que la cobertura de salud no paga ni cubre.

Formulario

La lista de medicamentos que requieren receta médica cubiertos por el plan de salud. Para algunos medicamentos en la *Lista de Medicamentos Esenciales* se requiere autorización previa de Health Net para que estén cubiertos.

Afiliado

La persona que recibe beneficios según el plan.

Red

Los médicos, hospitales y otros proveedores de atención de salud que el plan de salud ha contratado para brindar servicios médicos. El número de proveedores de la red varía según el plan.

Desembolso máximo

Lo máximo que usted paga durante un período de la póliza (por lo general un año calendario). Después de que paga el desembolso máximo, su plan de salud comienza a pagar el 100% de la asignación por los servicios cubiertos. Este límite nunca incluye la prima ni los cargos de atención de salud por servicios que su plan de salud no cubre.

Prima

El monto que paga cada mes para mantener su cobertura de atención de salud.

Atención preventiva

Atención de salud de rutina que incluye exámenes de detección, chequeos y asesoramiento al paciente para prevenir afecciones, enfermedades y otros problemas de salud.

Médico de atención primaria

Un médico que brinda servicios de atención de salud o los coordina para un paciente. Un PCP puede ser un médico o un osteópata.

Suscriptor

El nombre del afiliado principal.

Telesalud

Servicios de atención de salud brindados de forma remota por teléfono, una aplicación móvil, Internet u otra herramienta que no es en persona.

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 لخطة الأفراد والعائلة: 1-800-839-2172 (TTY: 711). للتواصل في كاليفورنيا، يرجى الاتصال بالرقم الفرعي لخطة 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): Կալիֆորնիայի 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)។ សម្រាប់ទីផ្សាररដ្ឋ 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 고객서비스 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'ıı̨ł. Naaltsoos da t'áá shí shizaad k'ehjí shichı̨' yídooltah nínízingo t'áá ná ákódoolníłł. Ákót'éego shíká a'doowoł nínízingo Customer Contact Center hoolyéhíjı̨' hodíílnih ninaaltsoos nanitingo bee néého'dolzinígíí hodoonihjı̨' bikáá' éí doodago kojı̨' hólne' Individual & Family Plan (IFP) Off Exchange: 1-800-839-2172 (TTY: 711). California marketplace báhígíí kojı̨' hólne' IFP On Exchange 1-888- 926-4988 (TTY: 711) éí doodago Small Business báhígíí kojı̨' hólne' 1-888-926-5133 (TTY: 711). Group Plans through Health Net báhígíí éí kojı̨' 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 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.

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, 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 ਸਮੌਲ ਬਿਜ਼ਨੇਸ 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 คุณสามารถใช้ล่ามได้ คุณสามารถให้อ่านเอกสารให้ฟังเป็นภาษาของคุณได้ หากต้องการความช่วยเหลือ โทรหาศูนย์ลูกค้าสัมพันธ์ได้ที่หมายเลขบนบัตรประจำตัวของคุณ หรือโทรหาฝ่ายแผนบุคคลและครอบครัวของเอกชน (Individual & Family Plan (IFP) Off Exchange) ที่ 1-800-839-2172 (โหมด TTY: 711) สำหรับเขตแคลิฟอร์เนีย โทรหาฝ่ายแผนบุคคลและครอบครัวของรัฐ (IFP On Exchange) ได้ที่ 1-888-926-4988 (โหมด TTY: 711) หรือ ฝ่ายธุรกิจขนาดเล็ก (Small Business) ที่ 1-888-926-5133 (โหมด TTY: 711) สำหรับแผนแบบกลุ่มผ่านทาง Health Net โทร 1-800-522-0088 (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, 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).

¡Este es el momento de elegir Ambetter from Health Net!

- **Le ayudaremos a analizar sus opciones.**
- **Podemos informarle si puede obtener cobertura de bajo costo o sin costo.**
- **Podemos ayudarle a inscribirse. Contamos con representantes de inscripciones con licencia, certificados y específicos para cada plan que pueden ayudarle por teléfono.**

El período de inscripción para 2025 comienza el 1.º de noviembre de 2024 y finaliza el 31 de enero de 2025.

Llame a Health Net al 877-609-8711.

Asistencia para personas con dificultades de audición y del habla

Los usuarios de TTY deben llamar al 711.

Visítenos en línea en www.myhealthnetca.com.

Haga clic en los siguientes enlaces para ver las divulgaciones de los planes

Divulgación de Ambetter HMO

Divulgación de Ambetter PPO

Los planes HMO y PPO de Ambetter son ofrecidos por Health Net of California, Inc. (Health Net). 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.

BKT064897SP02 (1/25)