福利和承保範圍摘要 (SBC) 文件將有助於您挑選一項健保計畫。SBC 說明您和該計畫將如何分攤承保的醫療保健服務費用。注：關於本計畫的費用資訊 (稱為保費) 將另行提供。
這僅是一個摘要。有關您承保範圍的更多資訊，或要取得承保範圍完整條款的副本，請瀏覽 www.healthnet.com/2019/eoc/ec/ppo/gold80iex 或撥打 1-888-926-4988。對於常用術語的一般定義，如允許額、餘額計費、共同保險、共付額、自付額、醫療服務提供者或其他劃底線的術語，請參閱詞彙表。您可以在 https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/ 或 www.myhealthnetca.com 瀏覽詞彙表，或撥打1-888-926-4988 索取副本。根據「平價醫療法案」規定，如果是由印第安健康服務 (IHS)、印第安部落、部落組織或城市印第安組織的醫療服務提供者提供的商品或服務，或根據聯邦法律界定的合約健康服務下的轉介信提供的商品或服務，美國印第安人和阿拉斯加土著 (由交易所授予資格而且無論收入如何) 對本計畫中的基本醫療福利商品或服務沒有分攤費用的義務。分攤費用是指共付額，其中包括共同保險和自付額。

重要問題	答案	為什麼這個很重要：
總自付額是多少？	透過首選醫療網，$0。網絡外醫療服務提供者每人 $5,000/每個家庭 $10,000。	一般而言，您必須支付應付給醫療服務提供者的所有費用，直到達到自付額之後，計畫才能開始支付。如果您有其他家庭成員參與此計畫，他們必須各自達到其自付額，直到由所有家庭成員所支付的自付額費用總額達到家庭總自付額為止。
在達到您的自付額之前，這些服務是否已獲得承保？	透過首選醫療網，無自付額。	透過首選醫療網，無自付額。然而，您須達到網絡外自付額，本 計畫方可給付網絡外服務（緊急服務除外）。
是否有其他針對特定服務的自付額？	否。	您不需要達到特定服務的自付額，但請參閱從第 2 頁開始的表格，以瞭解本計畫承保服務的其他費用。
本計畫的自費額限額是多少？	針對首選醫療服務提供者，每人 $7,200/ 每個家庭 $14,400。針對參加計畫的提供者，每曆年每位會員 $25,000/ 每個家庭 $50,000。	自費額限額是一年之內您為承保服務支付的最高金額。如果您有家庭成員參與此計畫，他們必須各自滿足其自費額限額直到達到家庭總自費額限額為止。
哪些費用不包括在自費額限額內？	保費、餘額帳單費用 無認證罰款和本計畫 不承保的醫療保健。	即使您支付了這些費用，它們也不會計算在自費額限額內。
如果您使用網絡內醫療服務提供者的服務，您支付的費用是否會較少？	是。請瀏覽 www.myhealthnetca.com/findadoctor 或撥打 1-888-926-4988 索取一份**首選醫療服務提供者**清單。	本計畫使用一個醫療服務提供者網絡。如果您使用本計畫網絡內的醫療服務提供者，您支付的費用將較少。如果您使用網絡外醫療服務提供者，您支付的費用將最多，同時您可能收到來自醫療服務提供者的針對醫療服務提供者的收費和計畫支付費用之間的差額 (餘額計費) 的帳單。請注意，您的網絡內醫療服務提供者可能會使用網絡外醫療服務提供者來提供某些服務 (如化驗室檢驗)。在接受服務之前，請先向您的醫療服務提供者查證。
您是否需要轉介信看專科醫師？	否。	您可以去看所選擇的專科醫師，不需要轉介信。

本圖表列之所有共付額和共同保險費用計算基礎為您已達到自付額條件 (如果自付額適用的話)。

常見的醫療事件	您可能需要的服務	您將支付的費用 首選醫療服務提供者 (您支付的費用將最少)	您將支付的費用 網絡外醫療服務提供者 (您支付的費用將最多)	限制、例外以及其他重要資訊
如果您到醫療保健服務提供者的辦公室或診所就診	治療受傷或疾病的一般照護看診	$30/每次就診	共同保險達到自付額後，50%	‐ ‐ ‐ ‐ ‐ ‐ ‐ ‐ ‐ ‐ ‐ ‐ 無 ‐ ‐ ‐ ‐ ‐ ‐ ‐ ‐ ‐ ‐ ‐ ‐
	專科醫師門診	$55/每次就診	共同保險達到自付額後，50%	‐ ‐ ‐ ‐ ‐ ‐ ‐ ‐ ‐ ‐ ‐ ‐ 無 ‐ ‐ ‐ ‐ ‐ ‐ ‐ ‐ ‐ ‐ ‐ ‐
	預防保健/篩檢/接種疫苗	不收費	不屬於承保範圍	您可能需要支付非預防性的服務。詢問您的醫療服務提供者所需的服務是否為預防性服務。之後查證您的計畫將會支付的金額。
如果您要進行檢驗	診斷檢驗 (X 光、驗血)	化驗室檢驗 - $35/每次就診 X 光 - $55/每次就診	共同保險達到自付額後，50%	‐ ‐ ‐ ‐ ‐ ‐ ‐ ‐ ‐ ‐ ‐ ‐ 無 ‐ ‐ ‐ ‐ ‐ ‐ ‐ ‐ ‐ ‐ ‐ ‐
	成像 (CT/PET 掃描、核磁共振成像)	20% 共同保險	共同保險達到自付額後，50%	如果未取得證明，則會透過首選醫療網適用 $250 罰款，網絡外則適用 $500 罰款。
如果您需要藥物來治療疾病或狀況 如需有關處方藥承保範圍的更多資訊，請瀏覽 www.healthnet.com/druglist	首選普通牌藥品 (層級 1)	$15/零售訂購 $30/郵購	不屬於承保範圍	藥量/訂購：最多 30 天 (零售)；31-90 天 (郵購)，藥量限制適用時例外。如果未取得事先授權，則適用平均批發價格 50% 的罰款，除了急診或緊急照護以外。
	非首選普通牌及首選品牌藥品 (層級 2)	$55/零售訂購 $110/郵購	不屬於承保範圍	
	非首選品牌藥品 (層級 3)	$75/零售訂購 $150/郵購	不屬於承保範圍	
	特殊藥品 (層級 4)	每張處方 20% 共同保險最高可達 $250	不屬於承保範圍	藥量/訂購：專科藥局取藥限 30 天藥量，藥量限制適用時例外。如果未取得事先授權，則適用平均批發價格 50% 的罰款，除了急診或緊急照護以外。
如果您有門診手術	設施費用 (例如，門診手術中心)	20% 共同保險	共同保險達到自付額後，50%	一些門診手術程序需要證明，則會透過首選醫療網適用 $250 罰款，網絡外則適用 $500 罰款。
	醫師/外科醫生費用	20% 共同保險	共同保險達到自付額後，50%	一些門診手術程序需要證明。
如果您需要立即就醫	急診室照護	設施 - $325/就診 專業服務 - 不收費	設施 - $325/就診 自付額不適用 專業服務 - 不收費	住院可抵扣的分攤費用。
	緊急醫療運送	$250/運送	$250/運送 自付額不適用	‐ ‐ ‐ ‐ ‐ ‐ ‐ ‐ ‐ ‐ ‐ ‐ 無 ‐ ‐ ‐ ‐ ‐ ‐ ‐ ‐ ‐ ‐ ‐ ‐
	緊急照護	$30/每次就診	共同保險達到自付額後，50%	‐ ‐ ‐ ‐ ‐ ‐ ‐ ‐ ‐ ‐ ‐ ‐ 無 ‐ ‐ ‐ ‐ ‐ ‐ ‐ ‐ ‐ ‐ ‐ ‐

* 有關限制和例外事項的更多資訊，請前往 www.myhealthnetca.com 查閱計畫或保單文件

常見的醫療事件	您可能需要的服務	您將支付的費用		限制、例外以及其他重要資訊
		首選醫療服務提供者 (您支付的費用將最少)	網絡外醫療服務提供者 (您支付的費用將最多)	
如果您需要住院	設施費用 (例如，醫院病房)	20% 共同保險	共同保險達到自付額後，50%	如果未取得非緊急情況的證明，則會透過首選醫療網適用 $250 罰款，網絡外則適用 $500 罰款。
	醫師/外科醫生費用	20% 共同保險	共同保險達到自付額後，50%	需要證明才能住院，而且入院時，可接受一些服務。
如果您需要心理健康、行為健康或物質濫用服務	門診服務	門診 – 不收費；門診以外的服務：共同保險 20%，最多 $30	共同保險達到自付額後，50%	一些門診心理健康、行為健康及藥物濫用服務 (不包含定期門診) 需要證明，否則透過首選醫療網適用 $250 罰款，網絡外則適用 $500 罰款。
	住院服務	20% 共同保險	共同保險達到自付額後，50%	如果未取得非緊急情況的證明，則會透過首選醫療網適用 $250 罰款，網絡外則適用 $500 罰款。
如果您是孕婦	門診	不收費	共同保險達到自付額後，50%	您可能需要支付非預防性的服務。詢問您的醫療服務提供者所需的服務是否為預防性服務。之後查證您的計畫將會支付的金額。
	分娩/生產專業服務	20% 共同保險	共同保險達到自付額後，50%	承保範圍包括流產服務。
	分娩/生產設施服務	20% 共同保險	共同保險達到自付額後，50%	承保範圍包括流產服務。
如果您需要幫助進行康復或有其他特殊健康需求	居家醫療保健	20% 共同保險	不屬於承保範圍	僅限每個日曆年 100 次訪視（復健和康復服務居家醫療保健限制為每個日曆年每項各 100 次訪視）。一些服務需要證明，否則 $250 的罰款將適用。
	復健服務	$30/每次就診	不屬於承保範圍	如果未取得證明，$250 的罰款將適用。
	康復服務	$30/每次就診	不屬於承保範圍	如果未取得證明，$250 的罰款將適用。
	特護療養	20% 共同保險	共同保險達到自付額後，50%	如果未取得證明，則會透過首選醫療網適用 $250 罰款，網絡外則適用 $500 罰款。
	耐用醫療器材	20% 共同保險	僅限糖尿病設備（包含鞋類）及義肢 – 共同保險達到自付額後，50%	骨科、矯正鞋具及所有其他耐用醫療器材不屬於網絡外的承保範圍。如果未取得證明，則會透過首選醫療網適用 $250 罰款，網絡外則適用 $500 罰款。
	安寧照護服務	不收費	共同保險達到自付額後，50%	如果未取得證明，則會透過首選醫療網適用 $250 罰款，網絡外則適用 $500 罰款。
如果您的小孩需要牙科或眼科照護	兒童眼科檢查	不收費	不屬於承保範圍	每年限 1 次就診。
	兒童眼鏡	不收費	不屬於承保範圍	醫療服務提供者選定的鏡框；每曆年 1 付。
	兒童牙科檢查	不收費	不屬於承保範圍	限制為每隔 6 個月檢查 1 次。

排除的服務及其他承保的服務：

您的計畫一般不承保的服務 (如需更多資訊和其他任何排除服務的清單，請查閱您的保單或計畫文件。)		
• 脊椎推拿治療 • 整容外科手術 • 牙科照護 (成人) • 助聽器	• 不孕症治療服務 • 長期照護 • 在美國境外旅行時的非急診照護	• 私人護理 • 例行足部照護 • 減重方案

其他承保的服務 (這些服務可能有所限制。這不是一個完整的清單。請查閱您的計畫文件。)		
• 針灸 (具有醫療必要性時屬於承保範圍)	• 減重外科手術 (如果具有醫療必要性且透過首選醫療網取得，則屬於承保範圍)	• 例行眼科照護 (成人) (篩檢/視力矯正所需的眼部屈光檢查)

您續保的權利：

只要您支付**保費**，聯邦和州法律就會為您提供保護以便您能夠保有健康承保。但也有例外情況，例如：

- 您犯下欺詐罪行
- 保險公司停止在美國提供服務
- 您搬遷至承保範圍以外的地區

有關您續保權利的詳細資訊，並撥打計畫專線 1-888-926-4988。您也可以聯絡州保險部、美國勞工部僱員福利安全管理局 (1-866-444-3272 或 www.dol.gov/ebsa) 或美國衛生及公眾服務部 (1-877-267-2323 x61565 或 www.cciio.cms.gov)。

您的申訴和上訴權利：

如果您因理賠遭到拒絕而對您的計畫提出投訴，有些機構可以幫助您。該投訴稱之為申訴或上訴。有關您的權利之更多資訊，請查看您將收到該醫療理賠的福利說明。您的計畫文件還提供完整的資訊，以針對任何原因向您的計畫提出理賠、上訴或申訴。有關您的權利、本通知，或援助的更多資訊，請聯絡：Health Net 客戶聯絡中心的電話號碼 1-888-926-4988、透過 www.myhealthnetca.com 提交申訴表，或遞交書面投訴至 Health Net Appeals and Grievance Department, P.O. Box 10348, Van Nuys, CA 91410-0348。若要瞭解有關受 ERISA 規管之團體醫療保健承保的資訊，請聯絡美國勞工部員工福利安全管理局，電話號碼 1-866-444 (EBSA (3272) 或瀏覽 www.dol.gov/ebsa/healthreform。如果您想對 Health Net 提出申訴，您也可聯絡 California Department of Insurance, Consumer Communications Bureau Health Unit, 300 South Spring Street, South Tower, Los Angeles, CA 90013、致電 1-800-927-HELP (4357)、1-800 482-4833 聽障專線或造訪 www.insurance.ca.gov。此外，消費者協助方案可協助您提起上訴。請聯絡上述提供的聯絡資訊中的 California Department of Insurance。

本計畫是否提供最低基本承保範圍？是

如果您長達一個月沒有加入最低基本承保範圍，您在申報納稅時將必須繳納付款，除非您有當月豁免健康保險要求的資格。

本計畫是否滿足最低價值標準？是

如果您的計畫不符合最低價值標準，您可能有資格得到一項保費稅收抵免，以幫助您透過交易市場購買計畫。

語言協助服務：

西班牙文 (Español)：Para obtener asistencia en Español, llame al 1-888-926-4988.
菲律賓語 (Tagalog)：Kung kailangan ninyo ang tulong sa Tagalog tumawag sa 1-888-926-4988.
中文 (Chinese)：如果需要中文的幫助，請撥打這個電話號碼 1-888-926-4988。
印地安部落文 (Dine)：Dinek'ehgo shika at'ohwol ninisingo, kwiijigo holne' 1-888-926-4988.

若要查看本計畫可能如何承保範例醫療狀況的費用，請參閱下一節。

有關這些承保範圍的範例：

這不是費用估算工具。所顯示的治療僅為本計畫可能承保醫療保健的範例。實際的費用會有所不同，這取決於您實際接受的照護、醫療服務提供者收取的費用，以及許多其他因素。著重於分攤費用的金額 (自付額、共付額和共同保險) 以及計畫下排除的服務。使用本資訊來比較在不同的健保計畫中，您可能要支付的費用部分。請注意，這些承保範圍的範例僅限於自身投保。

佩琪要生小孩了
(9 個月的網絡內產前照護和住院生產)

■本計畫總自付額	$0
■ 專科醫師共付額	$55
■ 醫院 (設施) 共同保險	20%
■ 其他 共同保險	20%

本事件範例所包括的服務如：

專科醫師門診 *(產前照護)*
分娩/生產專業服務
分娩/生產設施服務
診斷檢驗 *(超音波和驗血)*
專科醫師看診 *(麻醉)*

範例總費用	**$12,800**

在本範例中，佩琪應支付：

分攤費用	
自付額	$0
共付額	$1,200
共同保險	$1,800
未獲承保的服務	
限制或排除服務	$60
佩琪應支付的總金額為	**$3,060**

管理喬的第二類型糖尿病
(對控制良好的狀況下的一年例行網絡內照護)

■本計畫總自付額	$0
■ 專科醫師共付額	$55
■ 醫院 (設施) 共同保險	20%
■ 其他 共同保險	20%

本事件範例所包括的服務如：

主治醫師門診 *(包括疾病教學)*
診斷檢驗 *(驗血)*
處方藥
耐用醫療器材 *(血糖測驗器)*

範例總費用	**$7,400**

在本範例中，喬應支付：

分攤費用	
自付額	$0
共付額	$2,100
共同保險	$300
未獲承保的服務	
限制或排除服務	$60
喬應支付的總金額為	**$2,460**

米雅輕微骨折
(網絡內急診室門診和後續照護)

■本計畫總自付額	$0
■ 專科醫師共付額	$55
■ 醫院 (設施) 共同保險	20%
■ 其他 共同保險	20%

本事件範例所包括的服務如：

急診室照護 *(包括醫療用品)*
診斷檢驗 *(X 光)*
耐用醫療器材 *(拐杖)*
復健服務 *(物理治療)*

範例總費用	**$2,500**

在本範例中，米雅應支付：

分攤費用	
自付額	$0
共付額	$1,300
共同保險	$20
未獲承保的服務	
限制或排除服務	$0
米雅應支付的總金額為	**$1,320**

本計畫將負責這些範例所承保服務的其他費用。

Nondiscrimination Notice

In addition to the State of California nondiscrimination requirements (as described in benefit coverage documents), Your Health Plan complies with applicable federal civil rights laws and does not discriminate, exclude people or treat them differently on the basis of race, color, national origin, ancestry, religion, marital status, gender, gender identity, sexual orientation, age, disability, or sex.

Health Net:

- Provides free aids and services to people with disabilities to communicate effectively with the Health Plan, such as qualified sign language interpreters and written information in other formats (large print, accessible electronic formats, other formats).
- Provides free language services to people whose primary language is not English, such as qualified interpreters and information written in other languages.

If you need these services, contact Health Net's Customer Contact Center at:
Individual & Family Plan (IFP) Members On Exchange/Covered California 1-888-926-4988 (TTY: 711)
Individual & Family Plan (IFP) Members Off Exchange 1-800-839-2172 (TTY: 711)
Individual & Family Plan (IFP) Applicants 1-877-609-8711 (TTY: 711)
Group Plans through Health Net 1-800-522-0088 (TTY: 711)

If you believe that Your Health Plan has failed to provide these services or discriminated in another way based on one of the characteristics listed above, you can file a grievance by calling Your Health Plan and telling them you need help filing a grievance. You can also file a grievance by mail, fax or email at:

Health Net of California, Inc./Health Net Life Insurance Company Appeals & Grievances
PO Box 10348, Van Nuys, CA 91410-0348

Fax: 1-877-831-6019
Email: Member.Discrimination.Complaints@healthnet.com (Members) or
Non-Member.Discrimination.Complaints@healthnet.com (Applicants)

For HMO, HSP, EOA, and POS plans offered through Health Net of California, Inc.: If your health problem is urgent, if you already filed a complaint with Health Net of California, Inc. and are not satisfied with the decision or it has been more than 30 days since you filed a complaint with Health Net of California, Inc., you may submit an Independent Medical Review/Complaint Form with the Department of Managed Health Care (DMHC). You may submit a complaint form by calling the DMHC Help Desk at 1-888-466-2219 (TDD: 1-877-688-9891) or online at www.dmhc.ca.gov/FileaComplaint.

For PPO and EPO plans underwritten by Health Net Life Insurance Company: You may submit a complaint by calling the California Department of Insurance at 1-800-927-4357 or online at https://www.insurance.ca.gov/01-consumers/101-help/index.cfm.

If you believe you have been discriminated against because of race, color, national origin, age, disability, or sex, you can also file a civil rights complaint with the U.S. Department of Health and Human Services, Office for Civil Rights (OCR), electronically through the OCR Complaint Portal, at https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf, or by mail or phone at: 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).

Complaint forms are available at http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html.

Health Net of California, Inc. and Health Net Life Insurance Company are subsidiaries of Health Net, Inc. Health Net is a registered service mark of Health Net, Inc. All rights reserved.

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 दस्तावेज़ों 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 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'įįł. Naaltsoos da t'áá shí shizaad k'ehjí shich'į' yídooltah ninízingo t'áá ná ákódoolnííł. Ákót'éego shiká a'doowoł ninízingo Customer Contact Center hoolyéhijį' hodiilnih ninaaltsoos nanitingo bee nééhozinígíí hodoonihjį' bikáá' éí doodago kojį' hólne' Individual & Family Plan (IFP) Off Exchange: 1-800-839-2172 (TTY: 711). California marketplace báhígíí kojį' hólne' IFP On Exchange 1-888- 926-4988 (TTY: 711) éí doodago Small Business báhígíí kojį' hólne' -888-926-5133 (TTY: 711). Group Plans through Health Net báhígíí éí kojį' 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 ਪਲੇਨਾਂ 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).

CA Commercial DMHC On and Off-Exchange Member Notice of Language Assistance

FLY017549EH00 (12/17)