



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.MyHealthNetCA.com 或撥打

1-800-839-2172。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 1-800-839-2172 索取副本。

重要問題	答案	為什麼這個很重要：
總 <u>自付額</u> 是多少？	每曆年每位會員 \$2,500/每個家庭 \$5,000。	一般而言，您必須支付應付給 <u>醫療服務提供者</u> 的所有費用，直到達到 <u>自付額</u> 之後， <u>計畫</u> 才能開始支付。如果您有其他家庭成員參與此 <u>計畫</u> ，他們必須各自達到其 <u>自付額</u> ，直到由所有家庭成員所支付的 <u>自付額</u> 費用總額達到家庭總 <u>自付額</u> 為止。
在達到您的 <u>自付額</u> 之前，這些服務是否已獲得承保？	是，在達到您的 <u>自付額</u> 之前，預防保健、主要照護、專科醫師門診、診斷檢驗、成像、門診手術、急診室、緊急照護、門診心理健康/物質濫用服務、產前/產後門診、居家醫療保健、復健和康復服務、耐用醫療器材、安寧照護服務、兒童視力和齒科服務均可獲得承保。	即使您尚未達到 <u>自付額</u> 金額，本 <u>計畫</u> 仍承保部分項目和服務。但是， <u>共付額</u> 或 <u>共同保險</u> 可能適用。例如，在您達到 <u>自付額</u> 前，本 <u>計畫</u> 承保特定的 <u>預防性服務</u> ，不需要 <u>分攤費用</u> 。請參閱承保的 <u>預防性服務</u> 清單，詳見於 https://www.healthcare.gov/coverage/preventive-care-benefits/ 。
是否有其他針對特定服務的 <u>自付額</u> ？	是。處方藥每曆年每位會員 \$200/每個家庭 \$400。沒有其他特定的 <u>自付額</u> 。	您必須支付這些服務的所有費用，直到達到特定的 <u>自付額</u> 金額之後，本 <u>計畫</u> 才會開始支付這些服務。
本 <u>計畫</u> 的 <u>自費額限額</u> 是多少？	每曆年每位會員 \$7,550/每個家庭 \$15,100。	<u>自費額限額</u> 是一年之內您為承保服務支付的最高金額。如果您有其他家庭成員參與此 <u>計畫</u> ，他們必須各自滿足其 <u>自費額限額</u> ，直到達到家庭總 <u>自費額限額</u> 為止。
哪些費用不包括在 <u>自費額限額</u> 內？	<u>保費</u> 及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 <u>自費額限額</u> 內。
如果您使用 <u>網絡內醫療服務提供者</u> 的服務，您支付的費用是否會較少？	是。請瀏覽 www.MyHealthNetCA.com 或撥打 1-800-839-2172 索取一份首選醫療服務提供者清單。	本 <u>計畫</u> 使用一個 <u>醫療服務提供者網絡</u> 。如果您使用本計畫 <u>網絡內</u> 的 <u>醫療服務提供者</u> ，您支付的費用將較少。如果您使用 <u>網絡外醫療服務提供者</u> ，您支付的費用將最多，同時您可能收到來自 <u>醫療服務提供者</u> 的針對醫療服務提供者的收費和 <u>計畫</u> 支付費用之間的差額 (<u>餘額計費</u>) 的帳單。請注意，您的 <u>網絡內合約醫療服務提供者</u> 可能會使用 <u>網絡外醫療服務提供者</u> 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 <u>醫療服務提供者</u> 查證。
您是否需要 <u>轉介信</u> 看 <u>專科醫師</u> ？	是。需要書面預先授權。	本 <u>計畫</u> 將支付部份或全部看 <u>專科醫師</u> 承保服務的費用，但是只限您去看 <u>專科醫師</u> 之前取得 <u>轉介信</u> 的情況。



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		限制、例外以及其他重要資訊
		網絡內合約醫療服務提供者 (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)	
如果您到醫療保健服務提供者 ¹ 的辦公室或診所就診	治療受傷或疾病的一般照護看診	\$40/每次就診 自付額不適用	不屬於承保範圍	—————無—————
	<u>專科醫師</u> 看診	\$80/每次就診 自付額不適用	不屬於承保範圍	需要預先授權。
	<u>預防性照護/篩檢/</u> 接種疫苗	不收費	不屬於承保範圍	—————無—————
如果您要進行檢驗	<u>診斷檢驗</u> (X光、驗血)	化驗 - \$35/每次就診 自付額不適用 X光 - \$75/每次就診 自付額不適用	不屬於承保範圍	需要轉介信。
	成像 (CT/PET 掃描、核磁共振成像)	\$300/醫療程序 自付額不適用	不屬於承保範圍	需要預先授權。
如果您需要藥物來治療疾病或狀況 如需有關 <u>處方藥承保範圍</u> 的更多資訊，請瀏覽 www.MyHealthNetCA.com	層級 I 藥品 (大多數的普通牌藥品和低成本首選品牌藥品)	\$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)；35-90 天 (郵購)，藥量限制適用時例外。特選藥品需要預先授權。處方藥所需的自付額：每位會員 \$200/每個家庭 \$400。
	層級 II 藥品 (非首選普通牌藥品及首選品牌藥品)	\$55/零售訂購 \$110/郵購	不屬於承保範圍	
	層級 III 藥品 (非首選品牌藥品)	\$80/零售訂購 \$160/郵購	不屬於承保範圍	
	層級 IV 藥品 (<u>特殊藥品</u>)	20% 共同保險 處方藥滿足自付額後每個處方最多 \$250	不屬於承保範圍	特選藥品需要預先授權。藥量限制可能適用於特選藥品。藥量/訂購：專科藥房取藥最多限 30 天藥量。處方藥所需的自付額：每位會員 \$200/每個家庭 \$400。

* 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
		網絡內合約醫療服務提供者 (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)	
如果您有門診手術	設施費用 (例如, 門診手術中心)	20% 共同保險 自付額不適用	不屬於承保範圍	需要預先授權。
	醫師/外科醫生費用	20% 共同保險 自付額不適用	不屬於承保範圍	—————無—————
如果您需要立即就醫	急診室照護	設施 - \$350/每次就診 自付額不適用 醫師 - 不收費 自付額不適用	設施 - \$350/每次就診 自付額不適用 醫師 - 不收費 自付額不適用	如果以住院病人身分入院, 則無需繳納共付額。
	緊急醫療運送	\$255/運送	\$255/運送	—————無—————
	緊急照護	\$40/每次就診 自付額不適用	\$40/每次就診 自付額不適用	—————無—————
如果您需要住院	設施費用 (例如, 醫院病房)	20% 共同保險	不屬於承保範圍	需要預先授權。
	醫師/外科醫生費用	20% 共同保險 自付額不適用	不屬於承保範圍	—————無—————
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: \$40/每次就診 自付額不適用 門診以外的服務: 不收費	不屬於承保範圍	需要預先授權, 但門診除外。 每次團體治療會診僅需私人門診共付額的一半。
	住院服務	設施: 20% 共同保險 醫師 - 20% 共同保險 自付額不適用	不屬於承保範圍	需要預先授權。
如果您是孕婦	門診	產前 - 不收費 自付額不適用 產後 - \$40/每次就診 自付額不適用	不屬於承保範圍	—————無—————
	分娩/生產專業服務	20% 共同保險 自付額不適用	不屬於承保範圍	承保範圍包括流產服務。
	分娩/生產設施服務	20% 共同保險	不屬於承保範圍	承保範圍包括流產服務。

* 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
		網絡內合約醫療服務提供者 (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)	
如果您需要幫助進行康復或有其他特殊健康需求	居家醫療保健	\$45/每次就診 自付額不適用	不屬於承保範圍	每曆年限 100 次就診。需要預先授權。
	復健服務	\$40/每次就診 自付額不適用	不屬於承保範圍	需要預先授權。
	康復服務	\$40/每次就診 自付額不適用	不屬於承保範圍	需要預先授權。
	特護療養	20% 共同保險	不屬於承保範圍	需要預先授權。
	耐用醫療器材	20% 共同保險 自付額不適用	不屬於承保範圍	需要預先授權。
	安寧照護服務	不收費	不屬於承保範圍	需要預先授權。
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	—————無—————

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
- 減肥手術
- 例行眼科照護 (成人)

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 1-800-839-2172。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，或援助的更多訊息，請聯絡：Health Net 客戶聯絡中心 (Customer Contact Center) 的電話號碼 1-800-839-2172、透過 www.MyHealthNetCA.com 提交投訴表，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，請聯絡美國勞工部僱員福利安全管理局，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，您也可聯絡加州管理式健康照護部，電話號碼 1-800-HMO-2219 或造訪 www.hmohelp.ca.gov。若要瞭解有關受 ERISA 規管之團體醫療保健承保的資訊，請聯絡美國勞工部僱員福利安全管理局，電話號碼 1-866-444 (EBSA (3272) 或瀏覽 www.dol.gov/ebsa/healthreform。

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**，您可能沒有資格得到一項**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 1-800-839-2172.

菲律賓語 (Tagalog)：Kung kailangan ninyo ang tulong sa Tagalog tumawag sa 1-800-839-2172.

中文 (Chinese)：如果需要中文的幫助，請撥打這個電話號碼 1-800-839-2172。

印地安部落文 (Dine)：Dinek'ehgo shika at'ohwol ninisingo, kwijigo holne' 1-800-839-2172.

—————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)

■ 本計畫的總自付額	\$2,500
■ 專科醫師共付額	\$80
■ 醫院 (設施) 共同保險	20%
■ 其他共付額	\$40

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	\$2,500
共付額	\$800
共同保險	\$2,300
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	\$5,660

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)

■ 本計畫的總自付額	\$2,500
■ 專科醫師共付額	\$80
■ 醫院 (設施) 共同保險	20%
■ 其他共付額	\$40

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	\$200
共付額	\$2,200
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	\$2,760

米雅輕微骨折

(網絡內急診室門診和後續照護)

■ 本計畫的總自付額	\$2,500
■ 專科醫師共付額	\$80
■ 醫院 (設施) 共同保險	20%
■ 其他共付額	\$40

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	\$300
共付額	\$1,200
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	\$1,520

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>.

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: (TTY: 711) 1-800-839-2172. للتواصل في كاليفورنيا، يرجى الاتصال بالرقم الفرعي لخطة الأفراد والعائلة عبر الرقم: (TTY: 711) 1-888-926-4988 أو المشروعات الصغيرة (TTY: 711) 1-888-926-5133. لخطط المجموعة عبر Health Net، يرجى الاتصال بالرقم (TTY: 711) 1-800-522-0088.

Armenian

Անվճար լեզվական ծառայություններ: Դուք կարող եք բանավոր թարգմանիչ ստանալ: Փաստաթղթերը կարող են կարդալ ձեր լեզվով: Օգնության համար զանգահարեք Համախորհրդների սպասարկման կենտրոն ձեր ID քարտի վրա նշված հեռախոսահամարով կամ զանգահարեք Individual & Family Plan (IFP) Off Exchange՝ 1-800-839-2172 հեռախոսահամարով (TTY՝ 711): Կալիֆոռնիայի համար զանգահարեք IFP On Exchange՝ 1-888-926-4988 հեռախոսահամարով (TTY՝ 711) կամ Փոքր բիզնեսի համար՝ 1-888-926-5133 հեռախոսահամարով (TTY՝ 711): Health Net-ի Խմբային ծրագրերի համար զանգահարեք 1-800-522-0088 հեռախոսահամարով (TTY՝ 711):

Chinese

免費語言服務。您可使用口譯員服務。您可請人將文件唸給您聽並請我們將某些文件翻譯成您的語言寄給您。如需協助，請撥打您會員卡上的電話號碼與客戶聯絡中心聯絡或者撥打健康保險交易市場外的 Individual & Family Plan (IFP) 專線：1-800-839-2172（聽障專線：711）。如為加州保險交易市場，請撥打健康保險交易市場的 IFP 專線 1-888-926-4988（聽障專線：711），小型企業則請撥打 1-888-926-5133（聽障專線：711）。如為透過 Health Net 取得的團保計畫，請撥打 1-800-522-0088（聽障專線：711）。

Hindi

बिना शुल्क भाषा सेवाएं। आप एक दुभाषिया प्राप्त कर सकते हैं। आप दस्तावेजों को अपनी भाषा में पढ़वा सकते हैं। मदद के लिए, अपने आईडी कार्ड में दिए गए नंबर पर ग्राहक सेवा केंद्र को कॉल करें या व्यक्तिगत और फैमिली प्लान (आईएफपी) ऑफ एक्सचेंज: 1-800-839-2172 (TTY: 711) पर कॉल करें। कैलिफोर्निया बाजारों के लिए, आईएफपी ऑन एक्सचेंज 1-888-926-4988 (TTY: 711) या स्मॉल बिजनेस 1-888-926-5133 (TTY: 711) पर कॉल करें। हेल्थ नेट के माध्यम से ग्रुप प्लान के लिए 1-800-522-0088 (TTY: 711) पर कॉल करें।

Hmong

Tsis Muaj Tus Nqi Pab Txhais Lus. Koj tuaj yeem tau txais ib tus kws pab txhais lus. Koj tuaj yeem muaj ib tus neeg nyeem cov ntaub ntawv rau koj ua koj hom lus hais. Txhawm rau pab, hu kovtooj 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។ លោកអ្នកអាចស្តាប់គេរងឯកសារឱ្យលោកអ្នកជាភាសាសំស្ក្រឹត។ សម្រាប់ជំនួយ សូមហៅទូរស័ព្ទទៅកាន់មជ្ឈមណ្ឌលទំនាក់ទំនងអតិថិជនតាមលេខដែលមាននៅលើប័ណ្ណសម្គាល់ខ្លួនរបស់លោកអ្នក ឬហៅទូរស័ព្ទទៅកាន់កម្មវិធី Off Exchange របស់គម្រោងជាលក្ខណៈបុគ្គល និងក្រុមគ្រួសារ (IFP) តាមរយៈលេខ៖ 1-800-839-2172 (TTY: 711)។ សម្រាប់ទីផ្សាររដ្ឋ California សូមហៅទូរស័ព្ទទៅកាន់កម្មវិធី On Exchange របស់គម្រោង IFP តាមរយៈលេខ 1-888-926-4988 (TTY: 711) ឬក្រុមហ៊ុនអាជីវកម្មខ្នាតតូចតាមរយៈលេខ 1-888-926-5133 (TTY: 711)។ សម្រាប់គម្រោងជាក្រុមតាមរយៈ Health Net សូមហៅទូរស័ព្ទទៅកាន់លេខ 1-800-522-0088 (TTY: 711)។

Korean

무료 언어 서비스입니다. 통역 서비스를 받으실 수 있습니다. 문서 낭독 서비스를 받으실 수 있으며 일부 서비스는 귀하가 구사하는 언어로 제공됩니다. 도움이 필요하시면 ID 카드에 수록된 번호로 고객센터 센터에 연락하시거나 개인 및 가족 플랜(IFP)의 경우 Off Exchange: 1-800-839-2172(TTY: 711)번으로 전화해 주십시오. 캘리포니아 주 마켓플레이스의 경우 IFP On Exchange 1-888-926-4988(TTY: 711), 소규모 비즈니스의 경우 1-888-926-5133(TTY: 711)번으로 전화해 주십시오. Health Net을 통한 그룹 플랜의 경우 1-800-522-0088(TTY: 711)번으로 전화해 주십시오.

Navajo

Doo bąąh ilinígóó saad bee háká ada'ílyeed. Ata' halné'ígíí da la' ná hádííóót'íí. Naaltsos da t'áá shí shízaad k'éhjí shichí' yídooltah nínízingo t'áá ná ákódoolnii. Ákót'éego shiká a'doowot nínízingo Customer Contact Center hooyéhi' hodiilnih ninaaltsos nantingo bee néého'dolzinigii hodoonihj' bikáá' éi doodago koj' hólne' Individual & Family Plan (IFP) Off Exchange: 1-800-839-2172 (TTY: 711). California marketplace báhiigii koj' hólne' IFP On Exchange 1-888- 926-4988 (TTY: 711) éi doodago Small Business báhiigii koj' hólne' -888-926-5133 (TTY: 711). Group Plans through Health Net báhiigii éi koj' hólne' 1-800-522-0088 (TTY: 711).

Persian (Farsi)

خدمات زبان بلون هزینه. می توانید یک مترجم شفاهی بگیرید. می توانید درخواست کنید استاد 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) ਐਂਡ ਐਕਸਚੇਂਜ 'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ: 1-800-839-2172 (TTY: 711)। ਕੈਲੀਫੋਰਨੀਆ ਮਾਰਕਿਟਪਲੇਸ ਲਈ, IFP ਐਂਡ ਐਕਸਚੇਂਜ ਨੂੰ 1-888-926-4988 (TTY: 711) ਜਾਂ ਸਮੈਲ ਬਿਜਨੇਸ ਨੂੰ 1-888-926-5133 (TTY: 711) 'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ। ਹੇਲਥ 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 представленным 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 представленным 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 (โทรมา TTY: 711) สำหรับเซตแคลิฟอร์เนีย โทรหาฝ่ายแผนบุคคลและครอบครัวของรัฐ (IFP On Exchange) ได้ที่ 1-888-926-4988 (โทรมา TTY: 711) หรือ ฝ่ายธุรกิจขนาดเล็ก (Small Business) ที่ 1-888-926-5133 (โทรมา TTY: 711) สำหรับแผนแบบกลุ่มผ่านทาง Health Net โทร 1-800-522-0088 (โทรมา 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)