

Health Net of California Inc. (Health Net)



Formulario de Divulgación

PPO

Planes para grandes empresas

Consulte el Resumen de Beneficios y Cobertura para determinar su parte de los costos por los servicios y suministros cubiertos por este plan.



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

1/2026 Large PPO DF

Opciones de prestación

Cuando se trata de su atención de salud, es bueno tener opciones. Por eso, Health Net of California, Inc. (Health Net) ofrece un plan de la organización de proveedores preferidos (por sus siglas en inglés, PPO) llamado “Health Net PPO”, que le ofrece flexibilidad y opciones. Este *Formulario de Divulgación* responde preguntas básicas sobre el plan Health Net PPO.

Si tiene otras preguntas, comuníquese con nosotros:



Por teléfono: 1-800-522-0088



Por correo:

Health Net of California
P.O. Box 9103
Van Nuys, CA 91409-9103



En línea: www.healthnet.com

Este *Formulario de Divulgación* (incluida cualquier cláusula adicional que corresponda) y el *Resumen de Beneficios y Cobertura* (por sus siglas en inglés, *SBC*) son un resumen de su plan de salud. La *Evidencia de Cobertura* (por sus siglas en inglés, *EOC*) del plan, que recibirá después de inscribirse, contiene los términos y condiciones exactos de su cobertura de Health Net. También debe consultar el *Contrato Grupal de Servicios Profesionales y Hospitalarios* (emitido para su empleador) para determinar las disposiciones contractuales que rigen. Es importante que lea cuidadosamente este *Formulario de Divulgación*, el *SBC* y, cuando la reciba, la *EOC* del plan, en particular, las secciones que se aplican a las personas con necesidades especiales de atención de salud. Este *Formulario de Divulgación* incluye una matriz de beneficios en la sección “Matriz de beneficios”. El *SBC*, publicado junto con este *Formulario de Divulgación*, describe lo que cubre el plan y lo que usted paga por los Beneficios Cubiertos.

Índice

Opciones de prestación	1
Cómo funciona el plan.....	5
Matriz de beneficios.....	7
Requisitos de autorización previa.....	8
Exclusiones y limitaciones	12
Beneficios y cobertura.....	17
Administración de la utilización	22
Pago de honorarios y cargos	23
Centros	28
Renovación, continuidad o finalización de la cobertura	30
Si usted no está de acuerdo con algún punto de nuestro plan.....	32
Información adicional sobre los beneficios del plan	34
Servicios de salud del comportamiento.....	34
Programa de Medicamentos Que Requieren Receta Médica.....	36
Derechos y responsabilidades de los Afiliados	40
Definiciones	43
Aviso de No Discriminación.....	49
Aviso de Servicios de Idiomas.....	51
Comuníquese con nosotros	56

Cómo funciona el plan

Lea la siguiente información para saber quién puede brindarle atención de salud.

SELECCIÓN DE PROVEEDORES

Cuando se inscribe en el plan Health Net PPO, usted elige sus propios médicos y hospitales para todas sus necesidades de atención de salud. Health Net PPO ofrece dos maneras diferentes para tener acceso a la atención:

- **Dentro de la red:** Usted elige a un médico u hospital contratado dentro de nuestra red PPO. Puede aprovechar ahorros importantes en los costos cuando recibe atención de un proveedor contratado por Health Net PPO.
- **Fuera de la red:** Usted elige a un médico (u hospital) fuera de nuestra red PPO. Estos proveedores no tienen contrato con Health Net PPO. Los gastos de desembolso serán más altos que cuando visita a un proveedor dentro de nuestra red PPO.



Excepto en los casos de Atención y Servicios de Emergencia, cuando se atiende con un proveedor fuera de la red, deberá pagar el costo compartido para el nivel de beneficios fuera de la red, que suele ser mayor que para el nivel de beneficios dentro de la red.

Además, usted es responsable de la diferencia entre el monto facturado por el proveedor fuera de la red y el monto máximo permitido (por sus siglas en inglés, MAA). Consulte la sección “Pago de honorarios y cargos” más adelante en este Formulario de Divulgación para obtener más detalles.

Su elección de médicos y hospitales puede determinar qué servicios estarán cubiertos, así como el monto que usted pagará. Los proveedores que tienen contrato con Health Net PPO se denominan “proveedores preferidos” y se enumeran en nuestro sitio web, www.healthnet.com. También puede llamar al Centro de Comunicación con el Cliente al número de teléfono que aparece en la contraportada, para obtener una copia sin cargo del *Directorio de Proveedores Preferidos* de Health Net PPO.



*En algunos casos, se requiere una **autorización previa**, también denominada “preautorización” o “revisión del tratamiento”, para que se paguen los beneficios completos. Consulte la sección “Requisitos de autorización previa” de este Formulario de Divulgación para saber cuáles son los servicios y suministros que requieren autorización previa.*

ATENCIÓN DE ESPECIALISTAS

Si necesita atención de especialidad, puede atenderse con cualquier especialista sin una remisión. Solo tiene que llamar y programar una cita. Para reducir su parte de los costos, reciba atención en el nivel de beneficios dentro de la red visitando especialistas dentro de nuestra red PPO. Consulte el *Directorio de Proveedores Preferidos* de Health Net PPO para encontrar especialistas dentro de nuestra red PPO.

No necesita la aprobación de Health Net ni de ninguna otra persona para obtener acceso a la atención de salud sexual o reproductiva, ginecológica y obstétrica de un profesional de la salud dentro de la red que se especialice en dicha atención. Sin embargo, el profesional de la salud probablemente deba cumplir con determinados procedimientos, como obtener una autorización previa para ciertos servicios o seguir un plan de tratamiento aprobado previamente. Para obtener una lista de los profesionales de la salud participantes que se especializan en salud sexual y reproductiva, obstetricia o ginecología, consulte el *Directorio de Proveedores Preferidos* de Health Net PPO en el sitio web de Health Net, www.healthnet.com. Puede solicitar una copia del *Directorio de Proveedores Preferidos* de Health Net PPO en línea o llamando al Centro de Comunicación con el Cliente de Health Net, al **1-800-522-0088**.

TRASTORNOS DE SALUD MENTAL O POR ABUSO DE SUSTANCIAS

Si quiere obtener más información sobre cómo recibir atención y los requisitos de autorización previa de Health Net, consulte las secciones “Requisitos de autorización previa” y “Servicios de salud del comportamiento” de este *Formulario de Divulgación*.

CÓMO INSCRIBIRSE

Complete el formulario de inscripción que se encuentra en el paquete de inscripción y entrégueselo a su empleador. Si el formulario no está incluido, su empleador puede pedirle que utilice un formulario electrónico de inscripción o un sistema interactivo de respuesta de voz para inscribirse. Comuníquese con su empleador para obtener más información.

Algunos hospitales y otros proveedores no prestan uno o más de los siguientes servicios que pueden estar cubiertos conforme a la *Evidencia de Cobertura* del plan y que usted o algún familiar podrían necesitar:

- **Planificación familiar.**
- **Servicios anticonceptivos, incluida la anticoncepción de emergencia.**
- **Esterilización, incluida la ligadura de trompas en el momento del parto.**
- **Tratamientos para la infertilidad.**
- **Aborto.**

Antes de inscribirse, debe obtener información adicional. Llame a su futuro médico, grupo médico, asociación de práctica independiente o clínica, o llame al Centro de Comunicación con el Cliente de Health Net al número de teléfono que aparece en la contraportada para asegurarse de poder obtener los servicios de atención de salud que necesita.

Matriz de beneficios

La matriz a continuación enumera ejemplos de los servicios que se proporcionan conforme a este plan. Consulte el *SBC*, publicado junto con este *Formulario de Divulgación*, para saber los montos que pagará por los Beneficios Cubiertos.

EL OBJETIVO DE ESTA MATRIZ ES QUE SE LA UTILICE COMO AYUDA PARA COMPARAR LOS BENEFICIOS DE COBERTURA, PERO ES SOLO UN RESUMEN. PARA OBTENER UNA DESCRIPCIÓN DETALLADA DE LOS BENEFICIOS Y LAS LIMITACIONES DE LA COBERTURA, SE DEBE CONSULTAR LA *EVIDENCIA DE COBERTURA*.

Beneficios principales	Lo que usted paga
Deducible	En el <i>SBC</i> , se indica si el plan tiene un deducible que debe alcanzarse antes de que empecemos a pagar los beneficios.
Máximos de por vida.....	Este plan no cuenta con un máximo de por vida.
Servicios profesionales.....	Consulte “Si acude al consultorio o clínica del proveedor” en el <i>SBC</i> .
Servicios para pacientes ambulatorios.....	Consulte “Si le hacen una cirugía ambulatoria” en el <i>SBC</i> .
Servicios de hospitalización	Consulte “Si necesita hospitalización” en el <i>SBC</i> .
Cobertura de salud de emergencia	Consulte “Si necesita atención médica inmediata” en el <i>SBC</i> .
Servicios de ambulancia.....	Consulte “Si necesita atención médica inmediata” en el <i>SBC</i> .
Cobertura de medicamentos que requieren receta médica.....	Consulte “Si necesita un medicamento para tratar su enfermedad o condición médica” en el <i>SBC</i> .
Equipo médico duradero	Consulte “Si necesita servicios de recuperación o tiene otras necesidades especiales de salud” en el <i>SBC</i> .
Servicios de salud mental.....	Consulte “Si necesita servicios de salud mental, salud del comportamiento o de abuso de sustancias” en el <i>SBC</i> .
Servicios para el trastorno por abuso de sustancias.....	Consulte “Si necesita servicios de salud mental, salud del comportamiento o de abuso de sustancias” en el <i>SBC</i> .
Servicios de cuidado de la salud en el hogar	Consulte “Si necesita servicios de recuperación o tiene otras necesidades especiales de salud” en el <i>SBC</i> .
Otros servicios	Consulte “Si se realiza un examen” y “Si necesita servicios de recuperación o tiene otras necesidades especiales de salud” en el <i>SBC</i> .

Requisitos de autorización previa

Debe obtener una autorización previa antes de recibir determinados servicios cubiertos o tendrá que pagar una multa por falta de autorización, tal como se indica en el *SBC* y la *EOC*. Health Net o una persona designada autorizada llevan a cabo las autorizaciones previas.

Ocasionalmente, se puede revisar la lista de autorizaciones previas. Cualquier cambio de este tipo, incluidas las incorporaciones y supresiones de la lista, se comunicará a los proveedores preferidos y se publicará en el sitio web www.healthnet.com.

La autorización previa NO constituye una determinación de beneficios. Es posible que algunos de estos servicios o suministros no estén cubiertos por su plan. Aun cuando un servicio o suministro esté autorizado previamente, se aplicarán las reglas de elegibilidad y las limitaciones de beneficios. Sin embargo, Health Net no rescindiré ni modificaré la autorización previa después de que un proveedor haya prestado servicios de atención de salud de buena fe y en virtud de la autorización previa, y pagará los beneficios para los servicios autorizados previamente conforme a la *Evidencia de Cobertura*.



Los servicios prestados en casos de emergencia están cubiertos en el nivel de beneficios dentro de la red y no requieren autorización previa.

Servicios que requieren autorización previa

Admisiones de pacientes internados

Cualquier tipo de centro de salud, incluidos, entre otros, los siguientes:

- Centro de rehabilitación para afecciones agudas.
- Centro de salud del comportamiento.
- Centro de cuidado de enfermos terminales.
- Hospital.
- Centro de enfermería especializada.
- Centro de tratamiento para el abuso de sustancias.

Procedimientos, servicios o equipos ambulatorios

- Técnicas ablativas para tratar el esófago de Barrett y los tumores malignos hepáticos primarios y metastásicos.
- Acupuntura (después de la consulta inicial).
- Ambulancia: servicios de ambulancia aérea o terrestre que no son de emergencia.
- Procedimientos bariátricos.
- Termoplastia bronquial.
- Endoscopia capsular.

- Procedimientos cardiovasculares.
- Atención quiropráctica (después de la consulta inicial).
- Estudios clínicos.
- Procedimientos de diagnóstico. Se incluyen los siguientes:
 1. Servicios avanzados de diagnóstico por imágenes.
 - o Tomografía computarizada.
 - o Angiografía por tomografía computarizada.
 - o Angiografía por resonancia magnética.
 - o Resonancia magnética.
 - o Tomografía por emisión de positrones.
 2. Diagnóstico por imágenes cardíacas.
 - o Angiografía coronaria por tomografía computarizada.
 - o Ventriculografía nuclear.
 - o Diagnóstico por imágenes de perfusión miocárdica.
 3. Estudios del sueño (pruebas del sueño realizadas en centros).
- Equipo médico duradero.
- Procedimientos de otorrinolaringología.
- Contrapulsación externa sincronizada.
- Servicios Experimentales o de Investigación y nuevas tecnologías.
- Servicios de confirmación de sexo.
- Pruebas genéticas (no se requiere autorización previa para las pruebas de biomarcadores de Afiliados con cáncer avanzado o metastásico en estadio 3 o 4).
- Control intervencionista del dolor.
 - o Denervación, inyección o bloqueo de la carilla articular.
 - o Inyecciones epidurales en la columna vertebral.
 - o Inyección en la articulación sacroilíaca.
 - o Estimulador de la columna vertebral.
 - o Bloqueo del nervio simpático.
- Servicios para Trastornos de Salud Mental o por Abuso de Sustancias que no sean las visitas al consultorio, que incluyen:
 1. Análisis del comportamiento aplicado y otros tipos de tratamiento de la salud del comportamiento para el autismo o los trastornos generalizados del desarrollo.
 2. Terapia electroconvulsiva.
 3. Internación parcial, de medio día.
 4. Programa intensivo para pacientes ambulatorios.
 5. Evaluaciones neuropsicológicas.
 6. Programa de internación parcial u hospital de día.

- 7. Evaluaciones psicológicas.
- 8. Estimulación magnética transcraneal.
- Procedimientos musculoesqueléticos.
 - o Cirugía de articulaciones.
 - o Cirugía de la columna vertebral.
- Neuroestimulador.
- Evaluaciones neuropsicológicas.
- Procedimientos ortognáticos (incluido el tratamiento de la articulación temporomandibular).
- Aparatos ortóticos (hechos a medida).
- Productos farmacéuticos.
 1. Medicamentos que Requieren Receta Médica para Pacientes Ambulatorios.
 - La mayoría de los medicamentos especializados, incluidos los medicamentos autoinyectables y los factores para la hemofilia, deben tener autorización previa a través del beneficio para Medicamentos que Requieren Receta Médica para Pacientes Ambulatorios. Puede solicitarse que se despachen a través del proveedor de especialidades farmacéuticas. Consulte el *Formulario* para conocer cuáles son los medicamentos que requieren autorización previa. Los medicamentos de urgencia o de emergencia, cuya administración debe comenzar de inmediato por razones médicas, se pueden obtener en una farmacia de venta minorista.
 - Es posible que se deba obtener autorización previa para otros Medicamentos que Requieren Receta Médica. Consulte el *Formulario* para conocer cuáles son los medicamentos que requieren autorización previa.
 2. Determinados medicamentos administrados por el médico, incluidos los medicamentos recientemente aprobados, ya sea que se administren en el consultorio del médico, en un centro de infusión independiente, mediante infusión en el hogar, en un centro quirúrgico ambulatorio, en un centro de diálisis para pacientes ambulatorios o en un hospital para pacientes ambulatorios. Consulte el sitio web de Health Net, www.healthnet.com, para obtener una lista de los medicamentos administrados por el médico que requieren autorización previa. Los medicamentos biosimilares se requieren en lugar de los medicamentos de marca, a menos que sean Medicamento Necesarios.
- Análisis de laboratorio patentados.
- Prótesis.
- Prueba toxicológica.
- Radioterapia.
- Servicios y suministros relacionados con cirugías cosméticas y reconstructivas, como los siguientes:
 1. Alteraciones o reestructuraciones de los huesos, como la osteoplastia.
 2. Reducción y aumento de senos, excepto cuando se realizan después de una mastectomía (incluye la ginecomastia y macromastia).

3. Los servicios dentales o de ortodoncia que sean una parte integral de la cirugía reconstructiva relacionada con procedimientos de paladar hendido. El paladar hendido incluye, además de la afección del mismo nombre, el labio leporino u otras anomalías craneofaciales asociadas con el paladar hendido.
 4. Dermatología, como exfoliación química, electrólisis, dermoabrasiones, descamaciones químicas, tratamiento láser, inyecciones para la piel o implantes.
 5. Extirpación, exceso de piel y tejido subcutáneo (incluye lipectomía y paniculectomía) de abdomen, muslos, caderas, piernas, glúteos, antebrazos, brazos, manos, panículo adiposo submentoniano y otras áreas.
 6. Procedimientos oculares o de cejas, como blefaroplastia, ptosis de cejas o cantoplastia.
 7. Procedimientos ginecológicos o de urología, como clitoroplastia, labioplastia, rejuvenecimiento vaginal, escrotoplastia, prótesis testicular y vulvectomía.
 8. Electrólisis, trasplante de cabello o depilación con láser.
 9. Estiramiento corporal, facial, de los brazos, del cuello o de los muslos, entre otros.
 10. Liposucción.
 11. Cirugía de nariz, como rinoplastia o septoplastia.
 12. Otoplastia.
 13. Implante peniano.
 14. Tratamiento de várices.
 15. Bermellectomía con mejora de la mucosa.
- Terapia con testosterona.
 - Terapia (incluye atención domiciliaria).
 - o Terapia ocupacional.
 - o Fisioterapia.
 - o Terapia del habla.
 - Trasplantes y servicios relacionados; los trasplantes deben realizarse a través de la red designada especializada en trasplantes de Health Net.
 - Uvulopalatofaringoplastia y uvulopalatofaringoplastia con láser.
 - Vestibuloplastia.
 - Cuidado de heridas.

Excepciones: *No se requiere autorización previa para el período de hospitalización en el caso de la cirugía reconstructiva como resultado de una mastectomía (incluida la mastectomía parcial). No se necesita autorización previa para las primeras 48 horas de servicios hospitalarios para pacientes internadas después de un parto vaginal ni para las primeras 96 horas después de una cesárea. Sin embargo, notifíquese a Health Net dentro de las 24 horas luego del nacimiento o tan pronto como sea razonablemente posible. La autorización previa debe obtenerse si el médico determina que es Médicamente Necesario que la paciente permanezca internada por un período más largo, tanto antes como después del nacimiento.*

Exclusiones y limitaciones

El plan no cubre los servicios o suministros enumerados a continuación que están excluidos de la cobertura o que exceden las limitaciones según se describe en la *Evidencia de Cobertura*.

Estas exclusiones y limitaciones no se aplican a los servicios básicos de atención de salud Médicamente Necesarios que la ley federal o la ley de California exige que estén cubiertos. Estos incluyen, entre otros, el tratamiento Médicamente Necesario de Trastornos de Salud Mental o por Abuso de Sustancias, así como los servicios preventivos que la ley federal o la ley de California exige que estén cubiertos.

Estas exclusiones y limitaciones no se aplican cuando la cobertura es ofrecida por el plan exigido por la ley

- **Servicios de acupuntura:** Este plan no cubre servicios de acupuntura, excepto según se describe en la sección “Servicios y Suministros Cubiertos” de la *EOC* del plan o según lo exija la ley.
- **Servicios quiroprácticos:** Este plan no cubre servicios quiroprácticos, excepto según se describe en las secciones “Servicios y Suministros Cubiertos” y “Programa de Beneficios y Copagos” de la *EOC* del plan o según lo exija la ley.
- **Estudios clínicos:** Este plan no cubre estudios clínicos, excepto los Estudios Clínicos Aprobados según se describe en la sección “Servicios y Suministros Cubiertos” de la *EOC* del plan o según lo exija la ley.

La cobertura de Estudios Clínicos Aprobados no incluye lo siguiente:

- El propio medicamento, artículo, dispositivo o servicio bajo investigación.
- Medicamentos, artículos, dispositivos y servicios provistos para satisfacer las necesidades de recopilación y análisis de datos que no se usan para la administración clínica directa del Afiliado.
- Medicamentos, artículos, dispositivos y servicios específicamente excluidos de la cobertura en la *EOC* del plan, excepto aquellos que la ley estatal o federal exija que estén cubiertos.
- Medicamentos, artículos, dispositivos y servicios provistos habitualmente de forma gratuita por los patrocinadores de la investigación a los participantes del estudio clínico.

Esta exclusión no limita, prohíbe ni modifica los derechos del Afiliado al proceso de revisión independiente de los Servicios Experimentales o de Investigación descritos en la sección “Disposiciones Generales” de la *EOC* del plan ni a la Revisión Médica Independiente (por sus siglas en inglés, IMR) del Departamento de Atención Médica Administrada también descrita en dicha sección.

- **Cirugías o servicios y suministros cosméticos:** Este plan no cubre cirugías o servicios y suministros cosméticos que desaceleran o revierten los efectos del envejecimiento, o alteran o reforman estructuras normales del cuerpo para mejorar la apariencia en vez de la funcionalidad, excepto según se describe en la sección “Servicios y Suministros Cubiertos” de la *EOC* del plan o según lo exija la ley. El plan no cubre ningún servicio, suministro ni cirugía para la promoción, prevención ni otros tratamientos para la pérdida o el crecimiento del cabello, excepto según se describe en la sección “Servicios y Suministros Cubiertos” de la *EOC* del plan o según lo exija la ley.

Esta exclusión no se aplica a lo siguiente:

- Tratamiento Médicamente Necesario de complicaciones causadas por una cirugía cosmética, como infecciones o hemorragias.

- Cirugía reconstructiva según se describe en la sección “Servicios y Suministros Cubiertos” de la *EOC* del plan.
- Para la disforia de género, cirugía reconstructiva de las características sexuales primarias y secundarias para mejorar la funcionalidad, o para crear una apariencia normal, en la medida de lo posible, para el género con el que se identifica el Afiliado, de conformidad con el estándar de atención que siguen los médicos especialistas en cirugía reconstructiva que tienen la competencia para evaluar los problemas clínicos específicos que surgen de la atención solicitada según se describe en la sección “Servicios y Suministros Cubiertos” de la *EOC* del plan.
- **Asistencia para el cuidado diario o atención domiciliaria:** Este plan no cubre el cuidado asistencial, que incluye asistencia con actividades de la vida diaria, como caminar, acostarse o levantarse de la cama, bañarse, vestirse, preparar alimentos o alimentarse con dietas especiales y supervisar los medicamentos que por lo general son autoadministrados según se describe en la sección “Servicios y Suministros Cubiertos” de la *EOC* del plan o según lo exija la ley.

Esta exclusión no se aplica a lo siguiente:

- Asistencia con actividades de la vida diaria que requieren los servicios regulares de profesionales médicos o de la salud capacitados o son provistos por estos de manera regular.
- Asistencia con actividades de la vida diaria que se brinda como parte de la atención cubierta en un centro de cuidado de pacientes terminales, un centro de enfermería especializada o un hospital.
- Asistencia para el cuidado diario brindada en un centro de salud.
- **Servicios dentales:** Este plan no cubre servicios o suministros dentales, excepto según se describe en la sección “Servicios y Suministros Cubiertos” del *EOC* del plan o según lo exija la ley.
- **Suplementos dietéticos o nutricionales:** Este plan no cubre suplementos dietéticos o nutricionales, excepto según se describe en la sección “Servicios y Suministros Cubiertos” de las *EOC* del plan o según lo exija la ley.
- **Suministros desechables para uso en el hogar:** Este plan no cubre suministros desechables para uso en el hogar, como vendajes, gasas, cintas, antisépticos, apósitos o pañales ni suministros para la incontinencia, excepto según se describe en “Suministros para Ostomía y Urología” de la sección “Servicios y Suministros Cubiertos” de la *EOC* del plan o según lo exija la ley.
- **Servicios Experimentales o de Investigación:** Este plan no cubre Servicios Experimentales o de Investigación, excepto según se describe en la sección “Servicios y Suministros Cubiertos” de la *EOC* del plan o según lo exija la ley.

Servicios Experimentales se refiere a medicamentos, equipo, procedimientos o servicios que se encuentran en etapa de prueba en laboratorio o en animales, antes de pasar a probarse en humanos. Los Servicios Experimentales no se someten a una investigación clínica.

Servicios de Investigación se refiere a los medicamentos, equipo, procedimientos o servicios para los que se completaron estudios en laboratorio o en animales, y para los que se están realizando estudios en humanos, pero:

1. Las pruebas no han finalizado.
2. La eficacia y seguridad de dichos servicios en humanos aún no ha sido establecida.
3. El servicio no está siendo ampliamente utilizado.

La determinación de que un servicio es experimental o de investigación se basa en:

1. Referencia a las regulaciones federales pertinentes, como las incluidas en el capítulo IV (Administración Financiera de la Atención de Salud), título 42 del Código de Regulaciones Federales y el capítulo I (Administración de Alimentos y Medicamentos), título 21 del Código de Reglamentos Federales.
2. Consulta con organizaciones de proveedores, especialistas académicos y profesionales pertinentes para el servicio específico.
3. Referencia a la bibliografía médica actual.

Sin embargo, si el plan rechaza o demora la cobertura del servicio solicitado sobre la base de que es un Servicio Experimental o de Investigación y la persona cumple todos los requisitos de calificación especificados a continuación, el plan debe proporcionar una revisión externa independiente.

Requisitos de calificación

1. El Afiliado debe tener una afección Que Pone en Riesgo la Vida o es Gravemente Debilitante.
2. El Proveedor de Atención de Salud del Afiliado debe certificar al plan que este tiene una afección Que Pone en Riesgo la Vida o es Gravemente Debilitante y que las terapias estándares no la han mejorado o por otro motivo son médicamente inadecuadas, o que no existen otras terapias beneficiosas cubiertas por el plan.
3. O bien, (a) el Proveedor de Atención de Salud del Afiliado, que tiene contrato con el plan o es su empleado, recomendó un medicamento, dispositivo, procedimiento u otra terapia que dicho proveedor certifica por escrito que probablemente sea más beneficiosa que las terapias estándares disponibles; o (b) el Afiliado o su Proveedor de Atención de Salud, que tiene licencia, está certificado por la Junta, o es un médico que cumple los requisitos de la Junta y está calificado para actuar en el área de práctica adecuada para tratar su afección, ha solicitado una terapia que, con base en los dos documentos presentados a partir de pruebas médicas y científicas, es probable que sea más beneficiosa que las terapias estándares disponibles.
4. El plan le negó al Afiliado la cobertura del servicio recomendado o solicitado.
5. De no ser por la determinación del plan de que el servicio recomendado o solicitado es Experimental o de Investigación, estaría cubierto.

Proceso de revisión externa independiente: Si el plan rechaza la cobertura de la terapia recomendada o solicitada y el Afiliado cumple los requisitos de calificación, el plan le notificará en un plazo de cinco días hábiles su decisión y la oportunidad de solicitar una revisión externa de la decisión del plan. Si el Proveedor de Atención de Salud del Afiliado determina que el servicio propuesto sería significativamente menos eficaz si no se inicia con prontitud, el Afiliado puede solicitar una revisión acelerada, y los expertos del panel de revisión externa tomarán una decisión en un plazo de siete días a partir de la solicitud. Si el panel de revisión externa recomienda que el plan cubra el servicio recomendado o solicitado, la cobertura de los servicios estará sujeta a los términos y condiciones generalmente aplicables a otros beneficios a los cuales el Afiliado tiene derecho.

Revisión Médica Independiente (por sus siglas en inglés, IMR) del Departamento de

Atención Médica Administrada: Esta exclusión no limita, prohíbe ni modifica los derechos del Afiliado a una IMR del Departamento de Atención Médica Administrada (por sus siglas en inglés, DMHC) descritos en la sección “Disposiciones Generales” de la EOC del plan. En determinadas circunstancias, no es necesario que el Afiliado participe en el proceso de apelación o queja formal del plan antes de solicitar una IMR por denegaciones de Servicios Experimental o de Investigación. En tales casos, el Afiliado deberá comunicarse de inmediato con el DMHC para solicitar una IMR de esta denegación. Consulte la sección “Disposiciones Generales”.

- **Atención de la vista:** Este plan no cubre servicios de atención de la vista, excepto según se describe en la sección “Servicios y Suministros Cubiertos” del EOC del plan o según lo exija la ley.
- **Audífonos:** Este plan no cubre audífonos, excepto según se describe en la sección “Servicios y Suministros Cubiertos” del EOC del plan o según lo exija la ley.
- **Vacunas:** Este plan no cubre vacunas que no sean Médicamente Necesarias o preventivas solo para viajes al extranjero o por motivos laborales, excepto según se describe en la sección “Servicios y Suministros Cubiertos” de la EOC del plan o según lo exija la ley.
- **Proveedores sin licencia o no certificados:** El plan no cubre los tratamientos o servicios brindados por Proveedores de Atención de Salud sin licencia o no certificados, excepto según se describe en la sección “Servicios y Suministros Cubiertos” de la EOC del plan o según lo exija la ley.

Esta exclusión no se aplica al tratamiento Médicamente Necesarios de un Trastorno de Salud Mental o por Abuso de Sustancias suministrado o prestado por un Proveedor de Atención de Salud, o bajo su dirección, que actúa dentro del alcance del ejercicio profesional de su licencia o certificación conforme a la ley estatal aplicable.

- **Medicamentos que Requieren Receta Médica o Medicamentos que Requieren Receta Médica para Pacientes Ambulatorios:** Este plan no cubre los siguientes Medicamentos que Requieren Receta Médica, excepto según se describe en la sección “Servicios y Suministros Cubiertos” de la EOC del plan o según lo exija la ley:
 - Cuando se recetan para servicios cosméticos. A efectos de esta exclusión, se entiende por cosméticos a los medicamentos que se recetan solo con el propósito de alterar o afectar la estructura normal del cuerpo para mejorar la apariencia en vez de la funcionalidad.
 - Cuando se recetan solo para el tratamiento de la pérdida de cabello, la disfunción sexual, el desempeño atlético, por motivos cosméticos, para evitar el envejecimiento y para el desempeño mental. Esta exclusión no se aplica a los medicamentos para el desempeño mental cuando son Médicamente Necesarios para tratar enfermedades mentales o afecciones médicas diagnosticadas que alteran la memoria, incluido, entre otros, el tratamiento de afecciones o síntomas de demencia o mal de Alzheimer.
 - Cuando se recetan solo para perder peso, excepto cuando sean Médicamente Necesarios para tratar la obesidad grave. Puede exigirse la inscripción en un programa integral para bajar de peso, si está cubierto por el plan, durante un período de tiempo razonable previo o simultáneo a la recepción del Medicamento que Requiere Receta Médica.
 - Cuando se recetan solo para acortar la duración de un resfrío común.

- Los Medicamentos que Requieren Receta Médica disponibles en venta libre o los que tienen equivalentes de venta libre (el mismo ingrediente activo, la misma concentración y forma de dosificación que el Medicamento que Requiere Receta Médica). Esta exclusión no se aplica a lo siguiente:
 - Insulina.
 - Medicamentos de venta libre cuando se cubren como servicios preventivos, por ejemplo, los anticonceptivos de venta libre aprobados por la Administración de Alimentos y Medicamentos (por sus siglas en inglés, FDA).
 - Medicamentos de venta libre para revertir una sobredosis de opioides.
 - Toda una clase de Medicamentos que Requieren Receta Médica a medida que un medicamento de esa clase pasa a estar disponible para venta libre.
- Reemplazo de medicamentos perdidos o robados.
- Medicamentos recetados por proveedores no contratados para procedimientos no cubiertos y que no están autorizados por un plan o un proveedor del plan, excepto cuando la cobertura se exige de otro modo en el contexto de Atención y Servicios de Emergencia.
- **Atención de enfermería privada:** Este plan no cubre atención de enfermería privada en el hogar, hospital o centro de atención a largo plazo, excepto según se describe en la sección “Servicios y Suministros Cubiertos” de la EOC del plan o según lo exija la ley.
- **Artículos personales o para comodidad personal:** Este plan no cubre artículos personales o para comodidad personal, como internet, teléfonos, artículos de higiene personal, servicios de entrega de alimentos o servicios para ayudar con el cuidado personal, excepto según lo exija la ley.
- **Reversión de procedimientos voluntarios de esterilización:** Este plan no cubre la reversión de procedimientos voluntarios de esterilización, excepto para el tratamiento Medicamente Necesario de complicaciones médicas o según lo exija la ley.
- **Embarazo de madres sustitutas:** El plan no cubre las pruebas, servicios o suministros para una persona que no tiene cobertura del plan para un embarazo de madre sustituta, excepto según se describe en la sección “Disposiciones Generales” de la EOC del plan o según lo exija la ley.
- **Terapias:** Este plan no cubre las siguientes fisioterapias y terapias ocupacionales, excepto según se describe en la sección “Servicios y Suministros Cubiertos” de la EOC del plan o según lo exija la ley:
 - Terapia de masajes, a menos que sea una parte de un plan de tratamiento.
 - Entrenamiento o terapia para el tratamiento de dificultades en el aprendizaje o problemas del comportamiento.
 - Terapia o entrenamiento de las habilidades sociales.
 - Terapia vocacional, educativa, recreativa, artística, musical, de danza o de lectura.
- **Exámenes físicos de rutina:** El plan no cubre exámenes físicos solo por motivos de viaje, seguro, licencia, trabajo, escuela, campamento, exámenes por orden judicial, exámenes previos a la participación en programas atléticos, o por otros motivos no preventivos, excepto según se describe en la sección “Servicios y Suministros Cubiertos” de la EOC del plan o según lo exija la ley.

- **Viaje y alojamiento:** Este plan no cubre costos de transporte, millaje, alojamiento, comidas ni otros costos de viajes asociados al Afiliado, excepto el transporte en ambulancia con licencia o transporte psiquiátrico según se describe en la sección “Servicios y Suministros Cubiertos” de la *EOC* del plan o según lo exija la ley.
- **Programas para el control de peso y programas de ejercicio:** Este plan no cubre programas para el control de peso y programas de ejercicio, excepto según se describe en la sección “Servicios y Suministros Cubiertos” de la *EOC* del plan o según lo exija la ley.

Beneficios y cobertura

ATENCIÓN MÉDICAMENTE NECESARIA

Todos los servicios que sean Médicamente Necesarios estarán cubiertos por su plan de Health Net (a menos que estén específicamente excluidos conforme al plan). Todos los servicios o suministros cubiertos se detallan en la *EOC* del plan; cualquier otro servicio o suministro no está cubierto.

EMERGENCIAS

Health Net cubre la atención de emergencia y la atención requerida de urgencia en todo el mundo. Si necesita atención de emergencia o atención requerida de urgencia, busque atención donde esté disponible de inmediato. Según las circunstancias, puede llamar a su médico (por problemas médicos), a su profesional de salud mental participante (por Trastornos de Salud Mental o por Abuso de Sustancias) o a un centro de atención de urgencia. En caso de emergencia, vaya al centro de emergencias más cercano, o bien, llame al **911**.

Se le recomienda que utilice de manera adecuada el sistema de respuesta de emergencia **911** en las áreas en las que dicho sistema está establecido y en funcionamiento cuando tenga una Afección Médica de Emergencia (incluidos los Trastornos de Salud Mental o por Abuso de Sustancias) que requiera una respuesta de emergencia. Se cubrirán todos los servicios de ambulancia aérea y terrestre, y los servicios de transporte en ambulancia proporcionados como resultado de una llamada al **911** si la solicitud se realiza debido a una Afección Médica de Emergencia (incluidos los Trastornos de Salud Mental o por Abuso de Sustancias). También puede llamar al 988, el sistema nacional de línea directa para casos de suicidio y crisis de salud mental.

La atención de emergencia está cubierta en el nivel de beneficios dentro de la red y no requiere autorización previa. La atención de seguimiento (incluida aquella para Trastornos de Salud Mental o por Abuso de Sustancias) después de que la urgencia haya pasado y su problema se haya estabilizado estará cubierta en cualquiera de los niveles de beneficios (dentro o fuera de la red) para la que califique, sujeta a los requisitos de autorización previa correspondientes, y a las exclusiones y limitaciones del plan.



Atención y Servicios de Emergencia incluye pruebas de detección, evaluaciones y exámenes realizados por un médico (u otro personal hasta el punto permitido por la ley aplicable y dentro del alcance de su licencia y privilegios) para determinar si existe una **Afección Médica de Emergencia** o un parto activo y, si así fuera, cuál es la atención, el tratamiento y la cirugía, siempre y cuando se encuentre dentro del alcance de la licencia del profesional, necesarios para aliviar o eliminar esa afección, dentro de las capacidades del centro.

“Parto activo” es el trabajo de parto en un momento en el que podrían ocurrir cualquiera de las dos situaciones siguientes: (1) no hay tiempo suficiente para realizar un traslado seguro a otro hospital antes del parto o (2) un traslado representa una amenaza para la salud y la seguridad de la Afiliada o de su niño por nacer. La Atención y Servicios de Emergencia también incluirá pruebas de detección, evaluaciones y exámenes adicionales por parte de un médico (u otro personal hasta el punto permitido por la ley aplicable y dentro del alcance de su licencia y privilegios) para determinar si existe una **Afección Médica Psiquiátrica de Emergencia**, así como la atención y el tratamiento necesarios para aliviar o eliminar esa afección, ya sea dentro de las capacidades del centro o mediante el traslado del Afiliado a una unidad psiquiátrica dentro de un hospital general de atención aguda o a un hospital psiquiátrico de atención aguda según sea **Medicamente Necesario**.

Se cubrirán todos los servicios de ambulancia aérea y terrestre, y los servicios de transporte en ambulancia proporcionados como resultado de una llamada al **911** si la solicitud se realiza debido a una **Afección Médica de Emergencia** (incluidos los Trastornos de Salud Mental o por Abuso de Sustancias).

Afección Médica de Emergencia se refiere a una enfermedad que se manifiesta mediante síntomas agudos (incluido el dolor intenso) de tal gravedad que, ante la falta de atención médica inmediata, podría esperarse razonablemente que ocurriera cualquiera de las siguientes situaciones: (1) se pondría en grave peligro la salud del paciente, (2) se dañarían gravemente las funciones del cuerpo, o (3) se produciría una disfunción grave de los órganos o las partes del cuerpo.

Una Afección Médica Psiquiátrica de Emergencia es un Trastorno de Salud Mental o por Abuso de Sustancias que se manifiesta mediante síntomas agudos de gravedad suficiente como para que el paciente (1) se convierta en un peligro inmediato para sí mismo o para los demás, o (2) tenga una incapacidad inmediata para procurarse o utilizar alimentos, alojamiento o ropa, debido al Trastorno de Salud Mental o por Abuso de Sustancias.

La atención requerida de urgencia incluye cualquier servicio médico de otra manera cubierto, que una persona consideraría necesario para el tratamiento de una lesión, una enfermedad inesperada o una complicación de una afección existente, incluido el embarazo, para prevenir el deterioro grave de su salud, pero que no cumple con la definición de Atención y Servicios de Emergencia mencionada en esta sección. Esto podría incluir servicios para casos en que una persona debería haber sabido que no existía una emergencia.

AVISO DE COBERTURA EXIGIDA

Los beneficios de este plan le brindan la cobertura exigida por la Ley Federal de Protección de la Salud de la Madre y el Recién Nacido de 1996 y por la Ley de Salud de la Mujer y Derechos sobre el Cáncer de 1998.

Conforme a la Ley de Protección de la Salud de la Madre y el Recién Nacido de 1996, se establece un período mínimo de internación después del parto. En concreto, los planes de salud grupales y las entidades emisoras de seguros de salud por lo general no pueden, en virtud de la ley federal, restringir los beneficios del período de internación en relación con el nacimiento, tanto para la madre como para el niño recién nacido, a menos de 48 horas después de un parto vaginal o a menos de 96 horas después de una cesárea. Sin embargo, en la ley federal por lo general no se prohíbe que el proveedor a cargo de la atención de la madre o del recién nacido, después de consultar a la madre, pueda darles de alta a ella o al recién nacido antes de las 48 horas (o 96 horas, según corresponda). En cualquier caso, según la ley federal, los planes y sus emisores no podrán exigir que un proveedor obtenga autorización del plan o de la entidad emisora de seguros para indicar una internación que no supere las 48 horas (o 96 horas).

La Ley de Salud de la Mujer y Derechos sobre el Cáncer de 1998 se aplica a las mastectomías Médicamente Necesarias y en ella se exige cobertura de las prótesis y la cirugía reconstructiva en cualquiera de los senos a fin de restaurar y lograr la simetría.

ACCESO OPORTUNO A LA ATENCIÓN DE PROVEEDORES PREFERIDOS

El Departamento de Atención Médica Administrada de California (por sus siglas en inglés, DMHC) ha establecido reglamentaciones (Código de Regulaciones de California, título 28, sección 1300.67.2.2) que determinan requisitos para el acceso oportuno a los servicios de atención de salud que no son de emergencia. Los proveedores de la red de Health Net PPO se comprometen a proporcionar atención oportuna.

Comuníquese con Health Net al número que aparece en la contraportada los 7 días de la semana, las 24 horas del día, para acceder a los servicios de selección o clasificación según las prioridades de atención. Health Net brinda acceso a servicios de atención de salud cubiertos de manera oportuna. Si quiere obtener más información, consulte la *EOC* del plan o llame al Centro de Comunicación con el Cliente de Health Net, al número de teléfono que aparece en la contraportada.

Consulte la sección “Aviso de Servicios de Idiomas” para obtener información acerca de la disponibilidad de servicios de interpretación sin costo.

ESTUDIOS CLÍNICOS APROBADOS

Los costos de la atención de rutina para los pacientes con diagnóstico de cáncer o alguna otra enfermedad o afección Que Pone en Riesgo la Vida, quienes han sido aceptados en estudios clínicos de fase I, II, III o IV, están cubiertos cuando estos estudios son Médicamente Necesarios, recomendados por el médico tratante del Afiliado y autorizados por Health Net. El médico debe determinar que la participación en el estudio tenga un beneficio potencialmente significativo para el Afiliado y que el estudio tenga una intención terapéutica. Si quiere obtener más información, consulte la *EOC* del plan.

COBERTURA PARA RECIÉN NACIDOS

Los bebés nacidos después de la fecha de su inscripción están automáticamente cubiertos durante 31 días (a partir de la fecha de nacimiento). Para continuar con la cobertura, se debe inscribir al bebé a través de su empleador antes del día 31 posterior a su nacimiento. Si no se inscribe al bebé dentro de los 31 días (a partir de la fecha de nacimiento):

- La cobertura finalizará después de los 31 días (a partir de la fecha de nacimiento).
- Tendrá que pagar toda la atención médica brindada después del día 31 (a partir de la fecha de nacimiento).

DERECHOS DE INSCRIPCIÓN ESPECIAL CONFORME A LA LEY DE REAUTORIZACIÓN DEL PROGRAMA DE SEGURO DE SALUD PARA NIÑOS DE 2009

Conforme a la Ley de Reautorización del Programa de Seguro de Salud para Niños de 2009 (por sus siglas en inglés, CHIPRA), se crea un período de inscripción especial en el que las personas y sus dependientes son elegibles para solicitar la inscripción en este plan dentro de los 60 días posteriores al momento en que dejan de ser elegibles y pierden la cobertura de un plan Medi-Cal.

PROVEEDORES FUERA DEL ESTADO

Health Net PPO permite que usted acceda a proveedores participantes fuera de California. Si se encuentra fuera de California y necesita atención o tratamiento médicos, y se atiende con un proveedor de la red suplementaria, estos servicios estarán cubiertos en el nivel de beneficios dentro de la red. Si su residencia principal está fuera de California, todos los servicios dentro de la red se brindarán a través de la red suplementaria.

Usted estará sujeto a los mismos deducibles, copagos, coseguros, máximos y limitaciones que los que corresponderían si recibiera los servicios de un proveedor preferido en California. Existe la siguiente excepción: los gastos cubiertos se calcularán sobre la base del monto que sea menor entre (i) los cargos facturados reales o (ii) el cargo que la red de proveedores fuera del estado tiene permitido cobrar, según el contrato entre Health Net y la red. En un número reducido de estados, los estatutos locales pueden establecer una base distinta para el cálculo de sus gastos cubiertos.

La red suplementaria, según se indica en su tarjeta de identificación de Health Net, está compuesta de proveedores que participan en una red que acuerdan brindar servicios de atención de salud a los Afiliados a Health Net.

EXTENSIÓN DE BENEFICIOS

Si usted o un familiar cubierto presentan una discapacidad total cuando su empleador finaliza el contrato grupal de servicios con Health Net, es posible que se cubra el tratamiento de la discapacidad hasta que ocurra una de las siguientes situaciones:

- Transcurra un máximo de 12 meses consecutivos desde la fecha de terminación.
- Se hayan agotado los beneficios disponibles.

- Termine la discapacidad.
- El Afiliado se inscriba en otro plan que cubra la discapacidad.

Debe solicitar a Health Net una extensión de beneficios por discapacidad dentro de los 90 días posteriores a la finalización del contrato de su empleador con nosotros. A intervalos especificados, solicitaremos un comprobante médico que certifique la discapacidad total.

CONFIDENCIALIDAD Y DIVULGACIÓN DE LA INFORMACIÓN DE LOS AFILIADOS

Health Net sabe que la información personal de los expedientes médicos es privada. Por lo tanto, protegemos su información médica personal en todos los entornos (esto incluye información oral, escrita y electrónica). El único caso en que divulgaríamos su información confidencial sin su autorización es para pago, tratamiento y operaciones de atención de salud (incluidos, entre otros, los programas de administración de la utilización, mejoramiento de la calidad, control de enfermedades o administración de casos), o cuando lo permita o requiera la ley, como por una orden o citación de un tribunal. No divulgaremos los detalles confidenciales de sus reclamos a su empleador o su agente. A menudo, a Health Net se le exige cumplir con medidas y requisitos de información de datos adicionales. En esos casos, no divulgamos ninguna información que identifique a nuestros Afiliados, para proteger su privacidad.

PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

Cuando se convierte en Afiliado, Health Net utiliza y divulga la información médica protegida y la información financiera personal no pública* del Afiliado para propósitos de tratamiento, pago, operaciones de atención de salud y cuando lo permita o requiera la ley. Health Net proporciona a los Afiliados un *Aviso de Prácticas de Privacidad* en el que se describe cómo utiliza y divulga información médica protegida; los derechos de la persona de acceder y solicitar modificaciones, restricciones y un informe de la divulgación de información médica protegida; y los procedimientos para presentar quejas. Health Net le dará la oportunidad de aprobar o rechazar la divulgación de su información para propósitos que no sean de divulgación de rutina, como por ejemplo, publicidad. Health Net brinda acceso a los Afiliados para que revisen u obtengan una copia de la información médica protegida del Afiliado que, en Health Net, conservamos en un conjunto de registros determinados. Health Net protege la información oral, escrita y electrónica en toda la organización, mediante el uso de garantías de seguridad razonables y apropiadas. Dichas garantías incluyen limitar el acceso a la información médica protegida de una persona solo a aquellas personas que necesiten conocer dicha información para realizar un pago, un tratamiento u operaciones de atención de salud, o bien, cuando lo permita o requiera la ley. Health Net divulga información médica protegida a los patrocinadores del plan para la administración de planes autofinanciados, pero no divulga dicha información a patrocinadores del plan o a empleadores para productos asegurados, a menos que el patrocinador del plan vaya a pagar o a cumplir con una operación de atención de salud para el plan. Puede encontrar el *Aviso de Prácticas de Privacidad* completo de Health Net en la EOC del plan, en www.healthnet.com, en "Privacy" (Privacidad), o puede llamar al Centro de Comunicación con el Cliente al número de teléfono que se encuentra en la contraportada de este cuadernillo para obtener una copia.

- * *La información financiera personal no pública incluye la información financiera que pueda identificarlo y que usted nos haya proporcionado para obtener la cobertura del plan de salud o que hayamos obtenido al brindarle los beneficios. Algunos ejemplos incluyen números de Seguro Social, saldos de cuentas e historial de pagos. No divulgamos ninguna información personal no pública sobre usted a ninguna persona, excepto según lo permita la ley.*

Administración de la utilización

La administración de la utilización es una parte importante de la administración de la atención de salud. A través de los procesos de autorización previa, revisión simultánea y retrospectiva, y administración de la atención, evaluamos los servicios proporcionados a nuestros Afiliados para asegurarnos de que sean Médicamente Necesarios y apropiados para el lugar y el momento. Estos procesos ayudan a mantener los estándares de administración médica de alta calidad de Health Net.

AUTORIZACIÓN PREVIA

Algunos servicios propuestos pueden requerir una evaluación antes de su aprobación. Para evaluar que el procedimiento sea Médicamente Necesario y se haya planeado para el entorno apropiado (es decir, para pacientes internados, cirugía ambulatoria, etc.), se usan criterios basados en la evidencia.

REVISIÓN SIMULTÁNEA

Este proceso continúa con la revisión para autorizar el tratamiento de afecciones de pacientes internados y ciertas afecciones de pacientes ambulatorios en forma simultánea al seguimiento de la evolución de un Afiliado, como, por ejemplo, durante la hospitalización de un paciente internado o mientras se reciben servicios de cuidado de la salud en el hogar como paciente ambulatorio.

PLANIFICACIÓN DEL ALTA

Este elemento del proceso de revisión simultánea garantiza que se planifique el alta de manera segura para el Afiliado en concordancia con las órdenes de alta del médico y que se autoricen los servicios posteriores a la hospitalización, cuando sean necesarios.

REVISIÓN RETROSPECTIVA

Este proceso de administración médica evalúa la conveniencia de los servicios médicos caso por caso, luego de que se hayan prestado los servicios. Se realiza, por lo general, en casos en los que se requería autorización previa, pero no se obtuvo.

ADMINISTRACIÓN DE LA ATENCIÓN O DE CASOS

Los administradores de atención de enfermería brindan asistencia, educación y orientación a los Afiliados (y a sus familias) para problemas importantes de salud crónicos (a largo plazo) o agudos. Los administradores de atención trabajan en estrecha colaboración con los Afiliados, sus médicos y los recursos comunitarios.

Si quiere obtener más información sobre el proceso de administración de la utilización de Health Net, llame al Centro de Comunicación con el Cliente de Health Net, al número de teléfono que aparece en la contraportada.

Pago de honorarios y cargos

PAGO PREVIO DE LOS HONORARIOS

El empleador pagará a Health Net sus cargos de suscripción mensuales y los de todos los familiares inscritos. Consulte con su empleador qué parte debe pagar usted. Si alguna vez su parte aumenta, el empleador se lo informará con anticipación.

GASTOS CUBIERTOS

Los gastos cubiertos son aquellos que usted realiza por Beneficios Cubiertos mientras está inscrito en este plan. Usted es responsable de pagar su parte del costo de los servicios (es decir, deducibles, copagos o coseguro). Su parte de los costos se basa en los gastos cubiertos.

Un gasto cubierto no siempre es el monto que un médico o un proveedor facturan por un servicio. El monto de los gastos cubiertos varía según si obtiene los servicios de un proveedor preferido o de un proveedor fuera de la red. En el caso de un proveedor preferido, el gasto cubierto es la tarifa contratada. En el caso de un proveedor fuera de la red, el gasto cubierto es el monto máximo permitido. Consulte “Monto máximo permitido para proveedores fuera de la red” más adelante en esta sección para obtener información adicional.

OTROS CARGOS

En el *SBC*, se explica su cobertura y el pago de los servicios. Tómese un momento para leerla en detalle.

Con Health Net PPO, usted debe pagar una parte de los costos de su atención. Los montos que usted paga se denominan “**deducible**”, “**copago**” y “**coseguro**”, y se describen en el *SBC*. El monto que usted paga puede variar desde un monto fijo hasta un porcentaje significativo de los costos. Todo depende del médico (y el hospital) que seleccione. En general:

- Si sus beneficios están sujetos a un deducible, usted debe pagar el deducible antes de que comencemos a pagar esos beneficios.
- Paga menos cuando recibe atención de médicos o en hospitales contratados por nuestra PPO, debido a que han acordado por anticipado brindar servicios por un honorario específico (una tarifa contratada). Usted solo pagará el deducible, copago o coseguro dentro de la red que corresponda. Los proveedores preferidos acordaron aceptar la tarifa contratada como pago total y es posible que no le facturen cargos que superen dicha tarifa.
- Si recibe atención de médicos o en hospitales fuera de la red, usted será responsable de pagar cualquier deducible, copago o coseguro fuera de la red que corresponda, **además** de cualquier cargo que exceda el MAA.

Excepciones: En las siguientes situaciones, se aplica el nivel de beneficios dentro de la red y usted no debe pagar ningún monto que supere el MAA:

- o Si autorizamos que un proveedor fuera de la red brinde servicios Médicamente Necesarios porque no se encuentra disponible un proveedor preferido para brindar dichos servicios.
- o Cuando un proveedor fuera de la red le brinda servicios que no son de emergencia en un centro de salud dentro de la red, y a usted no le informan antes de recibir los servicios que dicho proveedor no pertenece a la red.
- o Cuando un proveedor fuera de la red le brinda servicios de emergencia.

Para obtener más información y conocer los requisitos, consulte la *EOC*.

- Para algunos servicios, es necesaria una autorización previa para obtener los beneficios completos. Para obtener detalles, consulte la sección “Requisitos de autorización previa” de este *Formulario de Divulgación*.
- Para protegerlo de gastos médicos inusualmente altos, existe un monto máximo (o **desembolso máximo**) que usted será responsable de pagar en un mismo año. Cuando el pago total que usted realizó por los deducibles, copagos y coseguros iguale al desembolso máximo indicado en el *SBC* del plan, pagaremos el 100% de los gastos cubiertos. (Existen excepciones. Para obtener detalles, consulte el *SBC* y la *EOC*).



Los pagos por los servicios que no están cubiertos por este plan no cuentan para el desembolso máximo por año calendario. Además, ciertos deducibles y copagos no cuentan para el desembolso máximo, tal como se muestra en el SBC. Si quiere obtener más información, consulte la EOC del plan.

MONTO MÁXIMO PERMITIDO PARA PROVEEDORES FUERA DE LA RED

Cuando recibe atención de un proveedor fuera de la red, su parte de los costos se basa en el MAA. Usted debe pagar los deducibles, los copagos o el coseguro correspondientes y cualquier monto facturado que supere el MAA. Debe pagar toda la atención que no está cubierta por este plan.

El MAA puede ser menor que el monto que factura el proveedor por servicios y suministros. Health Net calcula el MAA como el monto facturado por el proveedor fuera de la red o el monto determinado según lo descrito a continuación, lo que sea menor. El MAA no es el monto que Health Net paga por un Beneficio Cubierto. El pago real se reducirá de acuerdo con los deducibles, los copagos, el coseguro y otros montos aplicables, según lo descrito en la *EOC*.

- **El MAA para Beneficios Cubiertos (sin incluir la Atención y Servicios de Emergencia y los productos farmacéuticos para pacientes ambulatorios)** recibidos de un proveedor fuera de la red es un porcentaje de lo que pagaría Medicare, conocido como monto permitido de Medicare. **Con fines exclusivamente ilustrativos, para un proveedor fuera de la red, Health Net paga el 70% y el Afiliado paga un coseguro del 30%:**

Cargo facturado del proveedor fuera de la red por visita extendida
al consultorio \$128.00

MAA para visitas extendidas al consultorio (solo a modo de ejemplo, no significa que el MAA sea siempre este mismo monto).....	\$102.40
Su coseguro es del 30% del MAA: 30% x \$102.40 (supone que el deducible ya se ha alcanzado).....	\$30.72
Usted también es responsable de la diferencia entre el cargo facturado (\$128.00) y el MAA (\$102.40)	\$25.60
MONTO TOTAL DEL CARGO DE \$128.00 QUE USTED DEBE PAGAR	\$56.32

El MAA para servicios en centros, incluidos, entre otros, hospitales, centros de enfermería especializada y cirugía ambulatoria, se determina aplicando el 150% del monto permitido de Medicare.

El monto máximo permitido para servicios médicos y todos los otros tipos de servicios y suministros es el cargo facturado o el 100% del monto permitido de Medicare, lo que sea menor.

En el caso de que no haya un monto permitido de Medicare para un servicio facturado o un código de suministro:

- a. El MAA para servicios profesionales y auxiliares será del 100% de la metodología de integración de Medicare de FAIR Health. Para los servicios o suministros no valuados por la metodología de integración, el monto será el menor de los siguientes: (1) el monto promedio negociado con los proveedores preferidos dentro de la región geográfica para los mismos Beneficios Cubiertos o suministros brindados; (2) el percentil 50 de la base de datos de FAIR Health de servicios profesionales y auxiliares no incluidos en la metodología de integración de Medicare de FAIR Health; (3) el 100% del monto permitido de Medicare para los mismos Beneficios Cubiertos o suministros según los códigos de facturación alternativa publicados por Medicare; o (4) el 50% de los cargos facturados de los proveedores fuera de la red para Beneficios Cubiertos. Solo se sustituirá una base de datos o servicio de valoración similar si una determinada base de datos o servicio de valoración no se encuentra disponible debido a la suspensión por el proveedor o la terminación de un contrato.
- b. El MAA para servicios en centros será el menor de los siguientes: (1) el monto promedio negociado con los proveedores preferidos dentro de la región geográfica para los mismos Beneficios Cubiertos brindados; (2) el 100% del monto derivado con el uso de un método desarrollado por Data iSight para servicios en centros (un servicio de datos que aplica el factor de margen de ganancias a los costos estimados de los servicios prestados), o un servicio de base de datos o servicio de valoración similar, el cual solo será sustituido si una determinada base de datos o servicio de valoración no se encuentra disponible debido a la suspensión por parte del proveedor o la terminación de un contrato; (3) el 150% del monto permitido de Medicare para los mismos Beneficios Cubiertos o suministros según los códigos de facturación alternativa publicados por Medicare; o (4) el 50% de los cargos facturados de los proveedores fuera de la red para Beneficios Cubiertos.

- **El MAA para la atención de emergencia fuera de la red** será el mayor de los siguientes: (1) el promedio de los montos negociados con proveedores preferidos para los servicios de emergencia brindados, salvo cualquier copago o coseguro dentro de la red; (2) el monto calculado con el mismo método que Health Net usa en general para determinar los pagos de los proveedores fuera de la red, salvo cualquier deducible, copago o coseguro dentro de la red; o (3) el monto pagado conforme a Medicare Parte A o B, salvo cualquier copago o coseguro dentro de la red. La Atención y Servicios de Emergencia prestados por un proveedor fuera de la red están sujetos al deducible, al copago o al coseguro correspondientes en el nivel de beneficios de proveedor preferido. Usted no debe pagar los montos que excedan el MAA para la Atención y Servicios de Emergencia.
- **El MAA para servicios que no son de emergencia en un centro de salud dentro de la red**, en el que, o a causa del cual, usted recibe Beneficios Cubiertos que no son de emergencia por parte de un proveedor fuera de la red; los servicios que no son de emergencia brindados por un proveedor fuera de la red se pagarán según la tarifa contratada promedio o el 125% de los montos de reembolso de Medicare según un sistema de pago por servicio para el mismo servicio u otros similares en la región geográfica general en la que se brindaron, lo que sea mayor, a menos que el profesional de salud no contratado y Health Net hayan acordado algo distinto.
- **El MAA para productos farmacéuticos destinados a pacientes ambulatorios cubiertos** (por ejemplo, los medicamentos inyectables) despachados y administrados al paciente en entornos ambulatorios, incluidos, entre otros, el consultorio del médico, centros de hospitalización ambulatoria y servicios en el domicilio del paciente, será el costo facturado o el precio mayorista promedio del medicamento, lo que sea menor.

El MAA también puede estar sujeto a otras limitaciones sobre los gastos cubiertos. Consulte la *EOC* del plan para conocer las limitaciones de beneficios, los máximos, las políticas de pago y los requisitos de autorización previa específicos que limitan el monto que Health Net paga por determinados Beneficios Cubiertos. En Health Net se siguen las pautas disponibles de Medicare y sus contratistas, otros organismos reguladores gubernamentales, y sociedades y organizaciones médicas reconocidas en todo el país como ayuda para determinar qué servicios y procedimientos son reembolsables.

Además, en algunas ocasiones, Health Net también celebra contratos con proveedores que tienen acuerdos de aranceles contratados con proveedores (“redes de terceros”). En caso de que Health Net celebre un contrato con una red de terceros que tiene un contrato con el proveedor fuera de la red, Health Net puede utilizar como MAA las tarifas acordadas por la red de terceros. También podemos remitir un reclamo por servicios fuera de la red a un servicio de negociación de honorarios, a fin de negociar el MAA para el servicio o suministro brindados directamente con el proveedor fuera de la red. En cualquiera de estas circunstancias, usted no será responsable de la diferencia entre los cargos facturados y el monto máximo permitido. Deberá pagar todo deducible, copago o coseguro correspondiente en el nivel de beneficios fuera de la red.

NOTA: Cuando los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (por sus siglas en inglés, CMS) modifiquen el monto permitido de Medicare, Health Net modificará el MAA de acuerdo con el programa vigente de los CMS sin previo aviso. El pago de los reclamos se determinará según el programa vigente en el momento en que se realizaron los cargos.

El pago de los reclamos tampoco superará el monto que cobra el proveedor fuera de la red por servicios o suministros. Si quiere verificar los gastos cubiertos para cualquier tratamiento o procedimiento que esté considerando, llame al Centro de Comunicación con el Cliente.

RESPONSABILIDAD DEL SUScriptor O DEL AFILIADO CON RESPECTO AL PAGO

Si recibe Beneficios Cubiertos, usted debe pagar su parte de los costos como se describe en este documento. Si recibe servicios que no están cubiertos por este plan, usted debe pagar el costo total de dichos servicios.



*Excepto en casos de emergencia, si obtiene Beneficios Cubiertos de un proveedor fuera de la red, usted deberá pagar su parte del costo al nivel de beneficios fuera de la red **más** el monto facturado por el proveedor que exceda el MAA.*

CLÁUSULAS DE REEMBOLSO

En ningún caso usted será responsable de los pagos que Health Net adeude por gastos cubiertos.

Si tiene gastos de desembolso por Beneficios Cubiertos, llame al Centro de Comunicación con el Cliente de Health Net para solicitar instrucciones y un formulario de reclamo. Se le reembolsarán dichos gastos menos cualquier deducible, copago o coseguro requerido, o monto que exceda los gastos cubiertos.

Llame al Centro de Comunicación con el Cliente de Health Net, al número de teléfono que aparece en la contraportada, para obtener formularios de reclamo y para averiguar si debe enviar el formulario completo a Health Net. Health Net debe recibir los reclamos médicos y de salud mental dentro del plazo de un año a partir de la fecha del servicio para que sea posible el reembolso.

Cómo presentar un reclamo

Si necesita servicios médicos o para Trastornos de Salud Mental o por Abuso de Sustancias, complete y envíe el formulario de reclamo dentro del plazo de un año a partir de la fecha del servicio, a la siguiente dirección:

Health Net Commercial Claims
P.O. Box 9040
Farmington, MO 63640-9040

Llame al Centro de Comunicación con el Cliente de Health Net, al número de teléfono que aparece en la contraportada de este cuadernillo, o visite nuestro sitio web, www.healthnet.com, para obtener el formulario de reclamo.

Por Medicamentos que Requieren Receta Médica para Pacientes Ambulatorios, complete y envíe un formulario de reclamo para Medicamentos que Requieren Receta Médica a la siguiente dirección:

Health Net
C/O Caremark
P.O. Box 52136
Phoenix, AZ 85072

Llame al Centro de Comunicación con el Cliente de Health Net, al número de teléfono que aparece en la contraportada de este cuadernillo, o visite nuestro sitio web, www.healthnet.com, para obtener un formulario de reclamo para Medicamentos que Requieren Receta Médica.



Los reclamos por gastos cubiertos presentados después de transcurrido un año a partir de la fecha del servicio no serán pagados, a menos que pueda demostrar que no fue posible, de manera razonable, presentar su reclamo dentro de ese límite de tiempo y que presentó el reclamo tan pronto como le fue posible.

DECLARACIÓN SOBRE REEMBOLSOS

Health Net les paga a los proveedores preferidos según un sistema de pago por servicio, conforme a una tarifa contratada. Usted puede solicitar más información sobre nuestros métodos de pago llamando al Centro de Comunicación con el Cliente, al número de teléfono que aparece en la contraportada.

Centros

Cuando necesite servicios de atención de salud, los recibirá en los centros en los que trabaje el médico que usted haya elegido. Los proveedores de Health Net PPO y los centros contratados aparecen en el *Directorio de Proveedores Preferidos* de Health Net PPO.

CONTINUIDAD DE LA ATENCIÓN

Transición de la atención para los nuevos Afiliados

Puede solicitar atención continua de un proveedor que no tiene contrato con Health Net si, en el momento de su inscripción en Health Net, estaba recibiendo atención para las situaciones que se detallan a continuación, en “Continuidad de la atención después de la terminación del contrato del proveedor”.

Health Net puede proporcionar cobertura en el nivel de beneficios dentro de la red para completar los servicios de un proveedor fuera de la red, sujeta a los copagos, deducibles y coseguros aplicables y a cualquier exclusión y limitación de su plan. Usted debe solicitar la cobertura dentro de un plazo de 60 días a partir de la fecha de entrada en vigor de su grupo, a menos que pueda demostrar que no fue razonablemente posible realizar la solicitud dentro de dicho plazo de entrada en vigor del grupo y que realice la solicitud tan pronto como sea posible. El proveedor fuera de la red debe estar dispuesto a aceptar los mismos términos contractuales aplicables a los proveedores actualmente contratados por Health Net, que no tienen honorarios fijos por paciente y ejercen en la misma región geográfica o en una similar. Si el proveedor no acepta dichos términos, Health Net no está obligado a proporcionar cobertura a través de ese proveedor en el nivel de beneficios dentro de la red.

Continuidad de la atención después de la terminación del contrato del proveedor

Si el contrato de Health Net con un proveedor preferido finaliza, Health Net hará todo lo posible para garantizar que la atención continúe. Puede solicitar atención continua de un proveedor fuera de la red en el nivel de beneficios dentro de la red si, en el momento de la terminación del contrato, usted recibía atención de dicho proveedor para las situaciones que se detallan a continuación. Para todos los demás proveedores y hospitales que terminen sus contratos con Health Net, se enviará una notificación por escrito a los Afiliados con autorizaciones pendientes en un plazo de cinco días después de la fecha de entrada en vigor de la terminación del contrato.

Health Net puede brindar cobertura para completar los servicios de un proveedor cuyo contrato haya terminado en el nivel de beneficios dentro de la red, sujeta a los copagos, deducibles o coseguros aplicables y a cualquier otra exclusión y limitación de su plan, y si dicho proveedor está dispuesto a aceptar los mismos términos contractuales que se aplicaban a ese proveedor antes de la terminación de su contrato. Usted debe solicitar la atención continua dentro de un plazo de 30 días a partir de la fecha de terminación del contrato del proveedor, a menos que pueda demostrar que no fue razonablemente posible realizar la solicitud dentro de dicho plazo y que realice la solicitud tan pronto como le sea posible.

Las siguientes son situaciones elegibles para recibir continuidad de la atención:

- Una enfermedad aguda.
- Una enfermedad crónica grave, sin exceder los doce meses.
- Un embarazo (incluida la atención durante el embarazo y la atención posparto inmediata).
- La salud mental materna, sin exceder los 12 meses a partir del diagnóstico o a partir del final del embarazo, lo que ocurra último.
- Un recién nacido (hasta los 36 meses de edad, sin exceder los doce meses).
- Una enfermedad terminal (todo el tiempo que dure).
- Una cirugía u otro procedimiento autorizado por Health Net (o por el plan de salud anterior del Afiliado si se trata de un nuevo Afiliado) como parte de un tratamiento documentado.

Para solicitar la atención continua, debe completar un *Formulario de Solicitud para Continuar con la Atención*. Si quiere obtener más información sobre cómo solicitar atención continua o si necesita una copia del *Formulario de Solicitud para Continuar con la Atención* o una copia de la política sobre continuidad de la atención de Health Net, llame al Centro de Comunicación con el Cliente de Health Net al número de teléfono que aparece en la contraportada.

Renovación, continuidad o finalización de la cobertura

CLÁUSULAS DE RENOVACIÓN

El contrato entre Health Net y su empleador suele renovarse anualmente. Si se modifica o finaliza su contrato, su empleador se lo notificará por escrito.

CONTINUIDAD INDIVIDUAL DE LOS BENEFICIOS



Analice sus opciones cuidadosamente antes de rechazar la cobertura.

Si termina el empleo con su empleador actual, usted y sus familiares cubiertos pueden calificar para continuar con la cobertura grupal conforme a lo siguiente:

- **COBRA (Ley Ómnibus de Reconciliación Presupuestaria Consolidada de 1985):** Para la mayoría de los grupos con 20 empleados o más, COBRA se aplica a los empleados y a los dependientes elegibles, aunque vivan fuera de California. Consulte con su grupo para determinar si usted y sus dependientes cubiertos son elegibles.
- **Continuidad de cobertura de Cal-COBRA:** Si ha agotado su cobertura de COBRA y reside en California, es posible que sea elegible para la continuidad de cobertura adicional conforme a la ley estatal Cal-COBRA. Esta cobertura puede estar disponible si usted ha agotado la cobertura de COBRA federal, tuvo menos de 36 meses de cobertura de COBRA y no tiene derecho a Medicare. Si es elegible, tiene la oportunidad de continuar con la cobertura grupal conforme a este plan a través de Cal-COBRA por un período de hasta 36 meses a partir de la fecha en que comenzó la cobertura de COBRA federal.
- **Cobertura USERRA:** Según la ley federal conocida como Ley de Derechos de Empleo y Reempleo de Servicios Uniformados (por sus siglas en inglés, USERRA), se requiere que los empleadores brinden a los empleados que se ausentan del empleo para servir en los servicios uniformados y a sus dependientes, que de otra manera perderían su cobertura de salud grupal, la oportunidad de elegir la continuidad de cobertura por un período de hasta 24 meses. Para determinar si es elegible, consúltelo con su grupo.

Además, si su empleador finaliza el contrato con Health Net, usted puede ser elegible para continuar con la cobertura por una enfermedad que produzca discapacidad (hasta por 12 meses). Consulte la sección “Extensión de beneficios” de este *Formulario de Divulgación* para obtener más información.

TERMINACIÓN DE LOS BENEFICIOS

La siguiente información describe situaciones en las que su cobertura con este plan podría darse por terminada. Si quiere una descripción más completa sobre la terminación de los beneficios, consulte la *EOC* del plan.

Terminación por falta de pago de los cargos de suscripción

Su cobertura según este plan finaliza cuando el contrato entre el empleador y Health Net se termina por falta de pago de los cargos de suscripción del empleador. Health Net brindará a su empleador un período de gracia de 30 días para presentar los cargos de suscripción adeudados. Si su empleador no paga los cargos de suscripción al finalizar el período de gracia de 30 días, el contrato entre Health Net y su empleador se rescindirá, y Health Net cancelará la cobertura al finalizar dicho período de gracia.

Terminación por pérdida de elegibilidad

Su cobertura según este plan termina en la fecha en que deja de ser elegible. Algunos motivos por los que podría dejar de ser elegible para el plan incluyen, entre otros, los siguientes:

- Termina el contrato entre el empleador cubierto por este plan y Health Net.
- Deja de vivir o trabajar dentro del Área de Servicio.
- Ya no trabaja para el empleador cubierto conforme a este plan.

Terminación con causa

La cobertura según este plan de Health Net puede terminar por una causa justificada, con un aviso por escrito con 30 días de anticipación, si realiza cualquier acto o práctica que constituya fraude, o una declaración falsa intencional sobre un hecho sustancial, en relación con los términos de este contrato, como por ejemplo:

- Da información falsa sobre la elegibilidad relacionada con usted o un dependiente.
- Presenta una receta médica o una indicación del médico inválidas.
- Usa de forma indebida la tarjeta de identificación de Health Net (o permite que otra persona la use).
- No nos notifica cambios de la situación familiar que puedan afectar su elegibilidad o sus beneficios.

Podemos denunciar fraude u otro acto ilegal a las autoridades correspondientes para que se presenten cargos.

Cómo apelar su terminación

Tiene derecho a presentar una queja si cree que su cobertura finalizó o no se renovó en forma indebida. Una queja también se denomina queja formal o apelación. Consulte la sección “Si usted no está de acuerdo con algún punto de nuestro plan” para obtener información sobre cómo apelar la decisión de Health Net de terminar su cobertura.

Si se da por terminada su cobertura por algún motivo que no sea la falta de pago de los cargos de suscripción, y su cobertura aún continúa en vigor cuando presenta su queja, Health Net continuará su cobertura hasta que se complete el proceso de revisión, sujeto a que Health Net reciba los cargos de suscripción aplicables. Usted debe continuar pagando todos los deducibles y los copagos correspondientes por todos los servicios y suministros recibidos durante la continuación de la cobertura en el proceso de revisión.

Si su cobertura ya ha finalizado cuando presenta su pedido de revisión, Health Net no tiene la obligación de continuar la cobertura. Sin embargo, usted puede solicitar una revisión de la decisión de Health Net de terminar su cobertura mediante el proceso de presentación de quejas descrito en la sección “Si usted no está de acuerdo con algún punto de nuestro plan”.



Si la persona involucrada en cualquiera de las actividades antes mencionadas es el empleado inscrito, la cobertura brindada por este plan también terminará para todos los dependientes cubiertos.

Si usted no está de acuerdo con algún punto de nuestro plan

Las disposiciones a las que se hace referencia en esta sección, según se describe a continuación, corresponden a los servicios y suministros cubiertos conforme a este *Formulario de Divulgación*.

El Departamento de Atención Médica Administrada de California es la entidad responsable de regular los planes de servicios de atención de salud. Si tiene alguna queja formal contra su plan de salud, debe llamar primero al plan de salud al **(1-800-522-0088)** y seguir el proceso de presentación de quejas formales del plan antes de comunicarse con el departamento. Recurrir a este proceso no impide el ejercicio de ningún posible derecho ni recurso legal que pueda estar a su disposición. Si necesita ayuda con una queja formal relacionada con una emergencia, una queja formal que su plan de salud no haya resuelto satisfactoriamente o una queja formal que siga sin resolverse después de 30 días, puede llamar al departamento para obtener ayuda. También puede ser elegible para una Revisión Médica Independiente (por sus siglas en inglés, IMR). Si es elegible para una IMR, el proceso de IMR proporcionará una revisión imparcial de las decisiones médicas tomadas por un plan de salud en relación con la necesidad médica de un servicio o tratamiento propuestos, las decisiones de cobertura para los tratamientos que son de naturaleza experimental o de investigación y las disputas por pagos de servicios médicos de emergencia o de urgencia. El departamento también tiene un número de teléfono gratuito **(1-888-466-2219)** y una **línea TDD (1-877-688-9891)** para las personas con dificultades de audición y del habla. El sitio web del departamento, www.dmhc.ca.gov, tiene formularios de quejas, formularios de solicitud de revisión médica independiente e instrucciones en línea.

PROCESO DE PRESENTACIÓN DE QUEJAS FORMALES Y APELACIONES DEL AFILIADO

Si usted no está satisfecho con la calidad de la atención que ha recibido o siente que se le ha negado un servicio o un reclamo que le corresponde, puede presentar una queja formal o apelación.

Cómo presentar una queja formal o una apelación

Puede llamar al Centro de Comunicación con el Cliente, al número de teléfono que aparece en la contraportada, o enviar un *Formulario de Quejas Formales del Afiliado* a través del sitio web de Health Net, www.healthnet.com.

También puede escribir a la siguiente dirección:

Health Net of California
P.O. Box 10348
Van Nuys, CA 91410-0348

Incluya toda la información de su tarjeta de identificación de Health Net, así como también los detalles de su inquietud o problema.

Health Net acusará recibo de su queja formal o apelación dentro de un plazo de cinco días calendario, revisará la información y le indicará su decisión por escrito, dentro de los 30 días a partir de la recepción de la queja formal. Para las afecciones en las que existe una amenaza inmediata y grave para su salud, incluido el dolor intenso o la posibilidad de perder la vida, una extremidad o una función corporal importante, Health Net deberá notificarle sobre el estado de su queja formal dentro de un plazo de tres días como máximo, después de la recepción de toda la información requerida. En el caso de las quejas formales urgentes, en Health Net le notificaremos de inmediato su derecho a comunicarse con el Departamento de Atención Médica Administrada. No se le exige que haya participado en el proceso de presentación de quejas formales de Health Net antes de presentar una solicitud al Departamento de Atención Médica Administrada para la revisión de una queja formal urgente.



Además, usted puede solicitar al Departamento de Atención Médica Administrada una Revisión Médica Independiente de los servicios de atención de salud en disputa si cree que los servicios elegibles para la cobertura y el pago de acuerdo con el plan han sido indebidamente rechazados, modificados o retrasados por Health Net o por uno de sus proveedores contratados.

Asimismo, si Health Net rechaza su apelación de una denegación por no haber necesidad médica, o rechaza o retrasa la cobertura de un tratamiento solicitado que involucra medicamentos, dispositivos, procedimientos o terapias experimentales o de investigación, usted puede solicitar una Revisión Médica Independiente de la decisión de Health Net al Departamento de Atención Médica Administrada, si cumple con los criterios de elegibilidad establecidos en la EOC del plan para hacerlo.

ARBITRAJE

Si no está satisfecho con los resultados del proceso de presentación de quejas formales y apelaciones, puede someter el problema a arbitraje vinculante. Health Net usa el arbitraje vinculante para resolver disputas, incluida la mala praxis médica. Cuando se inscribe en Health Net, usted acepta someter cualquier disputa a arbitraje, en vez de llevarla a juicio ante juez o jurado.

Información adicional sobre los beneficios del plan

Los siguientes son beneficios que se encuentran disponibles a través de su plan. Si quiere una descripción más completa de los copagos, y de las exclusiones y limitaciones de los servicios, consulte la *EOC* del plan.

Servicios de salud del comportamiento

Usted puede obtener servicios para Trastornos de Salud Mental o por Abuso de Sustancias de cualquier proveedor de salud del comportamiento. Para obtener atención en el nivel de beneficios dentro de la red, comuníquese con el Centro de Comunicación con el Cliente de Health Net al número de teléfono que aparece en la contraportada. Health Net lo ayudará a encontrar un profesional de salud mental participante cercano para que programe una cita.

Algunos servicios y suministros para Trastornos de Salud Mental o por Abuso de Sustancias requieran autorización previa de Health Net para estar cubiertos. Consulte la sección “Requisitos de autorización previa” de este *Formulario de Divulgación* para obtener más detalles.

Consulte la *EOC* del plan para obtener una descripción más completa de los servicios y suministros para Trastornos de Salud Mental o por Abuso de Sustancias que tienen cobertura.

Usted tiene derecho a recibir servicios de Trastornos de Salud Mental o por Abuso de Sustancias (por sus siglas en inglés, MH/SUD) oportunos y geográficamente accesibles cuando los necesite. Si Health Net no logra coordinar esos servicios para usted con un proveedor adecuado que pertenezca a la red del plan de salud, el plan de salud deberá cubrir y coordinar los servicios que usted necesita con un proveedor fuera de la red. En ese caso, usted no tendrá que pagar nada más que su costo compartido habitual dentro de la red.

Si no necesita los servicios con urgencia, su plan de salud debe ofrecerle una cita dentro de los 10 días hábiles posteriores a la fecha en que solicitó los servicios al plan de salud. Si necesita los servicios con urgencia, su plan de salud debe ofrecerle una cita dentro de las 48 horas posteriores a su solicitud (si el plan de salud no exige autorización previa para la cita) o dentro de las 96 horas (si el plan de salud sí exige autorización previa).

Si su plan de salud no se encarga de que usted reciba los servicios dentro de estos plazos y dentro de los estándares de acceso geográfico, usted puede encargarse de recibir los servicios de cualquier proveedor con licencia, aunque el proveedor no pertenezca a la red de su plan de salud. Para que su plan de salud los cubra, la primera cita con el proveedor debe ser dentro de los 90 días calendario posteriores a la fecha en que solicitó por primera vez al plan los servicios de MH/SUD.

Si tiene preguntas sobre cómo obtener servicios de MH/SUD o tiene dificultades para obtenerlos, puede: (1) llamar a su plan de salud al número de teléfono que figura en el dorso de su tarjeta de identificación del plan de salud; (2) llamar al Centro de Ayuda del Departamento de Atención Médica Administrada de California al 1-888-466-2219; o (3) comunicarse con el Departamento de Atención Médica Administrada de California a través de su sitio web, www.healthhelp.ca.gov, para solicitar ayuda para obtener servicios de MH/SUD.

TRANSICIÓN DE LA ATENCIÓN PARA LOS NUEVOS AFILIADOS

Si, en el momento de inscribirse en Health Net, usted está recibiendo atención continua por un Trastorno de Salud Mental o por Abuso de Sustancias agudo, grave o crónico de un proveedor no afiliado a Health Net, podemos cubrir temporalmente los servicios brindados por dicho proveedor en el nivel de beneficios dentro de la red, sujetos a los deducibles, copagos o coseguros aplicables, y a cualquier otra exclusión y limitación de este plan.

Su profesional de salud mental fuera de la red debe estar dispuesto a aceptar los términos y condiciones contractuales estándares de Health Net para los proveedores de salud mental y estar ubicado dentro del Área de Servicio del plan.

Para solicitar la atención continua, debe completar un *Formulario de Solicitud para Continuar con la Atención*. Si quiere obtener más información sobre cómo solicitar atención continua o si necesita una copia del *Formulario de Solicitud para Continuar con la Atención* o una copia de nuestra política sobre continuidad de la atención, llame al Centro de Comunicación con el Cliente de Health Net, al número de teléfono que aparece en la contraportada.

TRASTORNOS DE SALUD MENTAL O POR ABUSO DE SUSTANCIAS

Trastornos de Salud Mental o por Abuso de Sustancias se refiere a un Trastorno de Salud Mental o por Abuso de Sustancias que esté incluido en cualquiera de las categorías de diagnóstico enumeradas en el capítulo sobre trastornos mentales y del comportamiento de la edición más actual de la *Clasificación Internacional de Enfermedades* o que estén enumerados en la versión más actual del *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales*. Los cambios en la terminología, la organización o la clasificación de los Trastornos de Salud Mental o por Abuso de Sustancias que se realicen en futuras versiones del *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales* de la Asociación Estadounidense de Psiquiatría y la *Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud* de la Organización Mundial de la Salud no afectarán la cobertura de las enfermedades conforme a esta definición, siempre y cuando los Proveedores de Atención de Salud que ejercen en especialidades clínicas pertinentes consideren que la enfermedad se trata de un Trastorno de Salud Mental o por Abuso de Sustancias.

CONTINUIDAD DE TRATAMIENTO

Si usted se encuentra en tratamiento por un Trastorno de Salud Mental o por Abuso de Sustancias, llame al número de teléfono que aparece en su tarjeta de identificación de Health Net para obtener ayuda con la transferencia de su atención a un proveedor de la red a fin de que los Beneficios Cubiertos se paguen al nivel de beneficios dentro de la red.

LO QUE ESTÁ CUBIERTO

Consulte el *SBC* para obtener la explicación de los Beneficios Cubiertos y los copagos.

LO QUE NO ESTÁ CUBIERTO (EXCLUSIONES Y LIMITACIONES)

Los servicios o suministros para el tratamiento de los Trastornos de Salud Mental o por Abuso de Sustancias están sujetos a las exclusiones y limitaciones generales del plan. Consulte la sección “Exclusiones y limitaciones” de este *Formulario de Divulgación* para obtener una lista de lo que no está cubierto conforme a este plan.

Programa de Medicamentos Que Requieren Receta Médica

Health Net tiene contrato con varias cadenas de farmacias importantes, farmacias que funcionan en supermercados y farmacias de vecindario privadas de California. Para obtener una lista completa y actualizada de las farmacias participantes, visite nuestro sitio web, www.healthnet.com, o llame al Centro de Comunicación con el Cliente de Health Net, al número de teléfono que aparece en la contraportada.

EL *FORMULARIO* DE HEALTH NET

En este plan, se utiliza el *Formulario*. El *Formulario* de Health Net es la lista aprobada de medicamentos cubiertos para tratar enfermedades y afecciones. Fue desarrollada para identificar los medicamentos más seguros y eficaces para los Afiliados a Health Net y, al mismo tiempo, tratar de mantener beneficios de farmacia asequibles.

Les sugerimos específicamente a todos los proveedores preferidos de Health Net que consulten este *Formulario* cuando elijan medicamentos para pacientes Afiliados a Health Net. Cuando su médico le receta medicamentos que pertenecen al *Formulario*, usted tiene la garantía de que recibe un medicamento que requiere receta médica de gran calidad y también de alto valor.

El *Formulario* se actualiza con regularidad sobre la base de los datos del Comité de Farmacia y Terapéutica. Los miembros de este comité son médicos que trabajan activamente en distintas especialidades médicas y farmacéuticos clínicos. Los miembros que votan son convocados de los grupos médicos contratados de California en función de su experiencia, conocimiento y pericia. Además, el Comité de Farmacia y Terapéutica con frecuencia solicita aportes a otros expertos médicos. A medida que se dispone de nueva información clínica y de nuevos medicamentos, se van actualizando el *Formulario* y las pautas de uso para medicamentos. Para poder mantener actualizado el *Formulario*, el Comité de Farmacia y Terapéutica evalúa la eficacia clínica, la seguridad y el valor general del medicamento mediante lo siguiente:

- Médicos de atención primaria y especialistas contratados.
- Publicaciones médicas y científicas.

- Experiencia pertinente en su utilización.
- Recomendaciones de médicos.

Para obtener una copia actualizada del *Formulario* de Health Net, visite nuestro sitio web, www.healthnet.com, o llame al Centro de Comunicación con el Cliente de Health Net al número de teléfono que aparece en la contraportada. Puede buscar en el *Formulario* para determinar si un medicamento específico está cubierto o no.

¿QUÉ ES UNA AUTORIZACIÓN PREVIA?

Algunos medicamentos requieren autorización previa. Esto significa que su médico debe comunicarse previamente con Health Net para proporcionarle la razón médica por la cual receta dicho medicamento. Para obtener una lista de los medicamentos que requieren autorización previa, visite nuestro sitio web, www.healthnet.com, o llame al Centro de Comunicación con el Cliente de Health Net, al número de teléfono que aparece en la contraportada. Las excepciones a la terapia escalonada también están sujetas al proceso de autorización previa.

Cómo solicitar autorización previa o excepciones de terapia escalonada

Las solicitudes de autorización previa, incluidas las excepciones de terapia escalonada, pueden presentarse electrónicamente, por teléfono o por fax. Al recibir la solicitud de su médico para una autorización previa, Health Net evaluará la información presentada y tomará una determinación basada en los criterios clínicos establecidos para el medicamento en particular. Los criterios usados para la autorización previa se desarrollan y se basan en los aportes del Comité de Farmacia y Terapéutica, así como en los de médicos especialistas expertos. Su médico puede comunicarse con Health Net para obtener las pautas de uso para medicamentos específicos.

El procesamiento de las solicitudes de autorización urgentes que emiten los médicos, así como la notificación de la determinación de Health Net a los proveedores que emiten las recetas, se realizarán tan pronto como sea posible, sin exceder las 24 horas después de la recepción por parte de Health Net de la solicitud y de cualquier información adicional solicitada por Health Net que sea razonablemente necesaria para tomar la determinación. Una solicitud de autorización previa es urgente cuando un Afiliado padece una enfermedad que puede poner en riesgo grave su vida, la salud o capacidad del Afiliado de recuperar su funcionamiento máximo. Las solicitudes de rutina de los médicos se procesan de manera oportuna, sin exceder las 72 horas. De la misma manera, se notifica la determinación de Health Net a los proveedores que las indican. Tanto para las solicitudes urgentes como de rutina, Health Net también debe notificar al Afiliado o a su representante sobre las decisiones tomadas. Si Health Net no responde dentro del límite de tiempo requerido, la solicitud de autorización previa se puede considerar aprobada.

Si Health Net rechaza la autorización, usted recibirá una comunicación por escrito que incluirá los motivos específicos del rechazo. Si usted no está de acuerdo con la decisión, puede apelarla.

Puede presentar la apelación por escrito, por teléfono o a través del correo electrónico. Nosotros debemos recibir la apelación dentro de un plazo de 365 días a partir de la fecha del aviso de rechazo. Si quiere conocer los detalles con respecto a su derecho a apelar, consulte la *EOC* del plan.

Para presentar una apelación:

- Llame al Centro de Comunicación con el Cliente de Health Net, al número de teléfono que aparece en la contraportada.
- Visite www.healthnet.com para obtener información sobre cómo enviar un mensaje de correo electrónico al Centro de Comunicación con el Cliente.
- Escriba a esta dirección:

Health Net Customer Contact Center
P.O. Box 10348
Van Nuys, CA 91410-0348

COMPRA POR CORREO PARA MEDICAMENTOS QUE REQUIEREN RECETA MÉDICA

Si su receta médica es para un medicamento de mantenimiento (un medicamento que tomará por un período prolongado), usted puede surtir su receta a través de nuestro conveniente programa de compra por correo. Este programa le permite recibir un suministro de medicamentos de mantenimiento para un período de hasta 90 días calendario consecutivos a través de las farmacias de compra por correo de la red. Para obtener información detallada, llame al Centro de Comunicación con el Cliente de Health Net, al número de teléfono que aparece en la contraportada.



Los narcóticos del Programa II (que son medicamentos clasificados por la Agencia Federal Antinarcóticos como medicamentos que presentan un alto riesgo de abuso) no están cubiertos a través de la compra por correo.

LO QUE ESTÁ CUBIERTO

Consulte el SBC para obtener la explicación de los Beneficios Cubiertos y los copagos.

Este plan cubre lo siguiente:

- Medicamentos del nivel 1: Los medicamentos indicados en el nivel 1 del *Formulario* que no están excluidos de la cobertura (incluida la mayoría de los medicamentos genéricos y medicamentos de marca preferidos de bajo costo).
- Medicamentos del nivel 2: Los medicamentos indicados en el nivel 2 del *Formulario* que no están excluidos de la cobertura (incluidos los medicamentos genéricos no preferidos, medicamentos de marca preferidos y cualquier otro medicamento recomendado por el Comité de Farmacia y Terapéutica del plan de servicios de atención de salud, basándose en la seguridad, eficacia y costo).
- Medicamentos del nivel 3: Los medicamentos que figuran en el *Formulario* como nivel 3 (incluidos los medicamentos de marca no preferidos o los medicamentos recomendados por el Comité de Farmacia y Terapéutica en función de la seguridad, eficacia y costo, o que generalmente tienen una alternativa terapéutica preferida y a menudo menos costosa en un nivel inferior).

- Medicamentos especializados: Los medicamentos indicados como medicamentos especializados en el *Formulario* (incluidos los medicamentos especializados que la Administración de Alimentos y Medicamentos del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos o el fabricante exigen que se distribuyan a través de una farmacia especializada; medicamentos que requieren que el Afiliado tenga una capacitación especial o un control clínico para la autoadministración o medicamentos que le cuestan al plan de salud más de seiscientos dólares (\$600) libre de reembolso por un suministro de un mes).
- Medicamentos preventivos y anticonceptivos.

MÁS INFORMACIÓN SOBRE LOS MEDICAMENTOS QUE CUBRIMOS

- Los gastos cubiertos de Medicamentos que Requieren Receta Médica corresponden a la tarifa de farmacia contratada por Health Net o al costo de la farmacia por los Medicamentos que Requieren Receta Médica cubiertos, lo que sea menor.
- Si se aplica un deducible por Medicamentos que Requieren Receta Médica (por Afiliado, por año calendario), usted debe pagar este monto por los gastos cubiertos de los Medicamentos que Requieren Receta Médica antes de que Health Net comience a pagar. Los suministros para personas con diabetes, los medicamentos preventivos y los anticonceptivos no están sujetos al deducible. Después de alcanzar el deducible, se aplican los copagos.
- Las repeticiones de Medicamentos que Requieren Receta Médica, hasta un suministro para un período de 30 días calendario consecutivos por receta médica en una farmacia contratada por Health Net, están cubiertas mediante un copago. Se requiere un copago por cada receta médica. En algunos casos, un suministro de 30 días calendario consecutivos de medicamentos puede no ser un plan de tratamiento de medicamentos apropiado de acuerdo con la Administración de Alimentos y Medicamentos (por sus siglas en inglés, FDA) o a las pautas de uso de Health Net. En ese caso, la cantidad del medicamento que se despacha puede ser inferior al suministro necesario para un período de 30 días calendario consecutivos.
- Los copagos en porcentajes se basarán en la tarifa de farmacia contratada por Health Net.
- Los medicamentos de compra por correo están cubiertos hasta un suministro para un período de 90 días calendario consecutivos. Cuando el copago de una farmacia de venta minorista es un porcentaje, el copago de compra por correo es el mismo porcentaje del costo para Health Net que el copago de la farmacia de venta minorista.
- Los Medicamentos que Requieren Receta Médica para el tratamiento del asma están cubiertos. Los espaciadores de inhaladores y los medidores de flujo espiratorio máximo están cubiertos a través del beneficio de farmacia cuando son Medicamento Necesarios. Los nebulizadores (que incluyen las mascarillas y los tubos) están cubiertos bajo “Equipo médico duradero”, y los programas educativos para el control del asma están cubiertos bajo “Educación del paciente”, a través del beneficio médico.

- Los medicamentos preventivos, incluidos los medicamentos para dejar de fumar, son los medicamentos de venta libre recetados o los Medicamentos que Requieren Receta Médica, utilizados con fines de salud preventiva según las recomendaciones de grados A y B del Grupo Especial de Servicios Preventivos de los EE. UU. No se impondrán límites anuales a la cantidad de días de tratamiento para todos los medicamentos para dejar de fumar y de consumir tabaco aprobados por la Administración de Alimentos y Medicamentos (por sus siglas en inglés, FDA). Los anticonceptivos cubiertos son aquellos aprobados por la FDA, ya sean de venta libre o disponibles solo con receta médica. Los anticonceptivos vaginales, orales, transdérmicos y de emergencia, y los condones están cubiertos conforme a este beneficio en farmacia. Los anticonceptivos implantables e inyectables, así como los dispositivos intrauterinos (DIU), están cubiertos por el beneficio médico (cuando son administrados por un médico). Para obtener más información, consulte la *EOC* del plan.
- Los suministros para personas con diabetes (tiras reactivas para el control del nivel de glucosa en sangre, lancetas, agujas y jeringas) se presentan en paquetes de 50, 100 o 200 unidades. Los paquetes no se pueden “dividir” (es decir, abrir para despachar el producto en cantidades distintas a las envasadas). Cuando se despache una receta médica, usted recibirá el tamaño del paquete o la cantidad de paquetes necesarios para que se realice la cantidad de pruebas que su médico le haya indicado para un período de hasta 30 días.
- Los medicamentos especializados requieren autorización previa y, una vez aprobados, el proveedor de especialidades farmacéuticas dispondrá el despacho de los medicamentos. Consulte la *EOC* del plan para obtener información adicional.

LO QUE NO ESTÁ CUBIERTO (EXCLUSIONES Y LIMITACIONES)

Consulte la sección “Exclusiones y limitaciones” de este Formulario de Divulgación para obtener una lista de lo que no está cubierto conforme a este plan.

Derechos y responsabilidades de los Afiliados

COMO AFILIADO, USTED TIENE DERECHO A LO SIGUIENTE:

- Obtener información sobre sus derechos y responsabilidades.
- Recibir información sobre el plan, los servicios que el plan le ofrece al Afiliado y los Proveedores de Atención de Salud disponibles para brindarle atención.
- Hacer recomendaciones acerca de la política del plan sobre derechos y responsabilidades de los Afiliados.
- Recibir información sobre todos los servicios de atención de salud disponibles para el Afiliado, incluida una explicación clara de cómo obtenerlos y de si el plan puede imponer ciertas limitaciones a dichos servicios.

- Conocer los costos de la atención y si el Afiliado ha alcanzado el deducible o desembolso máximo.
- Elegir un Proveedor de Atención de Salud de la red del plan y cambiar a otro médico dentro de dicha red si no está satisfecho.
- Recibir atención de salud oportuna y geográficamente accesible.
- Tener una cita con un Proveedor de Atención de Salud fuera de la red del plan cuando el plan no pueda brindar acceso oportuno a la atención con un Proveedor de Atención de Salud dentro de la red.
- Tener una cita con un Proveedor de Atención de Salud fuera de la red del plan cuando el plan no pueda brindar acceso oportuno a la atención con un Proveedor de Atención de Salud dentro de la red.
- Determinadas adaptaciones para su discapacidad, entre ellas:
 - Acceso igualitario a los servicios médicos, que incluye salas de evaluación y equipos médicos accesibles en el consultorio o centro del Proveedor de Atención de Salud.
 - Acceso completo e igualitario, como el de otros miembros del público, a los centros médicos.
 - Tiempo adicional para las visitas si se requiere.
 - Ingresar junto con su animal de servicio a las salas de evaluación.
- Adquirir seguro de salud o determinar la elegibilidad para Medi-Cal a través del Mercado de Seguros de Salud de California, Covered California.
- Recibir atención considerada y cortés y ser tratado de manera respetuosa y digna.
- Recibir atención culturalmente competente, por ejemplo:
 - Atención de Salud Inclusiva para Personas Transgénero, que incluye todos los servicios Médicamente Necesarios para tratar la disforia de género o las afecciones intersexuales.
 - Que se dirijan a usted usando el nombre y pronombre que prefiera.
- Recibir de su Proveedor de Atención de Salud, cuando lo solicite, toda la información adecuada relacionada con su problema de salud o afección médica, el plan de tratamiento y cualquier alternativa de tratamiento apropiada propuesta o Médicamente Necesaria. Esta incluye la información disponible sobre los resultados esperados, independientemente del costo o de la cobertura de beneficios, para que pueda tomar decisiones informadas antes de recibir tratamiento.
- Participar con su Proveedor de Atención de Salud en la toma de decisiones sobre su atención de salud, incluido dar el consentimiento informado cuando recibe tratamiento. En la medida en que lo permita la ley, también tiene derecho a rechazar los tratamientos. En la medida en que lo permita la ley, también tiene derecho a rechazar los tratamientos.
- Hablar con franqueza sobre las opciones de tratamiento adecuadas o Médicamente Necesarias para sus afecciones, independientemente del costo o de la cobertura de los beneficios.
- Recibir la cobertura de atención de salud incluso si tiene una enfermedad preexistente.
- Recibir tratamiento Médicamente Necesario para Trastornos de Salud Mental o por Abuso de Sustancias.
- Recibir ciertos servicios de salud preventivos, incluidos muchos sin un copago, coseguro o deducible.

- No tener límites anuales de dinero o límites en dólares de por vida para servicios de atención de salud básicos.
- Mantener a los dependientes elegibles en su plan.
- Ser notificado acerca de un aumento o cambio en las tarifas irrazonable, según corresponda.
- Estar protegido de la facturación de saldos ilegal por parte de un Proveedor de Atención de Salud.
- Solicitar a su plan una segunda opinión de un Proveedor de Atención de Salud Debidamente Calificado.
- Esperar que su plan mantenga la privacidad de su información médica personal mediante el seguimiento de sus políticas de privacidad y las leyes estatales y federales.
- Solicitar a la mayoría de los Proveedores de Atención de Salud información sobre quién ha recibido su información médica personal.
- Solicitar al plan o a su médico que se comunique con usted solo de ciertas maneras o en ciertas ubicaciones.
- Contar con protección para su información médica relacionada con servicios confidenciales.
- Obtener una copia de su historia clínica y agregar notas propias. Puede solicitar a su médico o al plan de salud que cambie la información sobre usted que figura en la historia clínica si esta no es correcta o está incompleta. Su médico o plan de salud puede rechazar su solicitud. Es ese caso, puede agregar una declaración a su expediente para explicar la información.
- Tener un intérprete que hable su idioma en todos los puntos de contacto cuando reciba servicios de atención de salud.
- Tener un intérprete que se le brinde sin costo.
- Recibir los materiales escritos en su idioma de preferencia cuando lo requiera la ley.
- Obtener la información médica en un formato utilizable si es ciego, sordo o tiene vista deficiente.
- Solicitar continuar con la atención si su Proveedor de Atención de Salud o grupo médico abandona su plan o si es un Afiliado nuevo del plan.
- Tener una Instrucción Anticipada de Atención de Salud.
- Estar completamente informado sobre el procedimiento de queja formal del plan y entender cómo se usa sin temor a que se interrumpa su atención de salud.
- Presentar una queja, una queja formal o una apelación en su idioma de preferencia sobre:
 - Su plan o Proveedor de Atención de Salud.
 - Cualquier atención que reciba o el acceso a la atención que busca.
 - Cualquier decisión sobre servicios o beneficios cubiertos que tome el plan.
 - Cualquier cargo o factura indebida por su atención.
 - Cualquier acusación de discriminación sobre la base de identidad de género o expresión de género, o por rechazos, demoras o modificaciones inapropiadas de Atención de Salud Inclusiva para Personas Transgénero, incluidos servicios Médicamente Necesarios para tratar la disforia de género o las afecciones intersexuales.
 - El no cumplimiento de sus necesidades de idioma.

- Saber por qué el plan rechaza un servicio o tratamiento.
- Comunicarse con el Departamento de Atención Médica Administrada si tiene dificultad para acceder a los servicios de atención de salud o si tiene preguntas sobre su plan.
- Solicitar una Revisión Médica Independiente si su plan rechazó, modificó o demoró un servicio de atención de salud.

COMO AFILIADO DEL PLAN, USTED TIENE LAS SIGUIENTES RESPONSABILIDADES:

- Tratar a todos los Proveedores de Atención de Salud, al personal de los Proveedores de Atención de Salud y al personal de plan con respeto y dignidad.
- Compartir la información necesaria con su plan y los Proveedores de Atención de Salud, en la medida de lo posible, para ayudar a que obtenga la atención adecuada.
- Participar junto con sus Proveedores de Atención de Salud en el establecimiento de objetivos de tratamiento mutuamente acordados y seguir los planes de tratamiento y las indicaciones en la medida de lo posible.
- En la medida de lo posible, cumplir con todas las citas programadas y llamar a su Proveedor de Atención de Salud si existe la posibilidad de que llegue tarde o necesite cancelar.
- Abstenerse de presentar reclamos o información falsa, fraudulenta o engañosa al plan o sus Proveedores de Atención de Salud.
- Notificar a su plan si se presentan cambios en su nombre, dirección o los familiares cubiertos conforme al plan.
- Pagar oportunamente cualquier prima, copago o cargo por beneficios no cubiertos.
- Notificar al plan tan pronto como sea razonablemente posible si le facturan indebidamente.

Definiciones

Instrucción Anticipada de Atención de Salud se refiere a un documento legal que informa a su médico, familia y amigos sobre la atención de salud que desea recibir si ya no puede tomar decisiones por su cuenta. En este se explican los tipos de tratamientos especiales que desea o no desea recibir. Comuníquese con el plan o la oficina del fiscal general de California para obtener más información.

Proveedor de Atención de Salud Debidamente Calificado se refiere a un Proveedor de Atención de Salud que actúa dentro del alcance de su ejercicio profesional y posee un conocimiento clínico, que incluye capacitación y experiencia, relacionado con la dolencia, lesión o afección particular o afecciones asociadas con la solicitud de la segunda opinión.

Estudio Clínico Aprobado significa un estudio clínico de fase I, II, III o IV que es realizado para la prevención, la detección o el tratamiento del cáncer o de alguna otra enfermedad o afección Que Pone en Riesgo la Vida y cumple con al menos una de las siguientes condiciones:

- El estudio o la investigación están aprobados o financiados, lo que puede incluir financiación mediante donaciones en especie por una o más de las siguientes entidades:
 - Institutos Nacionales de Salud.
 - Los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades federales.
 - La Agencia para la Investigación y la Calidad del Cuidado de la Salud.
 - Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid federales.
 - Un grupo o centro cooperativo de los Institutos Nacionales de Salud, los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades federales, la Agencia para la Investigación y la Calidad del Cuidado de la Salud, los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid federales, el Departamento de Defensa de los Estados Unidos o el Departamento de Asuntos de Veteranos de Guerra de los EE. UU.
 - Una entidad de investigación no gubernamental calificada e identificada en las pautas emitidas por los Institutos Nacionales de Salud para subvenciones de apoyo a centros.
 - Uno de los siguientes departamentos, si la investigación o el estudio se revisó y aprobó a través de un sistema de revisión por pares que la Secretaría del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU. determine que se compara al sistema de revisión por pares utilizado por los Institutos Nacionales de Salud y que garantiza una evaluación imparcial con los más altos estándares científicos por parte de personas calificadas que no tengan interés en el resultado de la revisión:
 - El Departamento de Asuntos de Veteranos de Guerra de los EE. UU.
 - El Departamento de Defensa de los EE. UU.
 - El Departamento de Energía de los EE. UU.
- El estudio o la investigación se lleva a cabo en virtud de una nueva aplicación del medicamento en investigación revisada por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos.
- El estudio o la investigación es un ensayo de un medicamento exento de una nueva aplicación del medicamento en investigación revisada por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos.

Beneficios Cubiertos se refiere a aquellos servicios y suministros Médicamente Necesarios que el Afiliado tiene derecho a recibir conforme a un acuerdo de grupo y que se describen en la *Evidencia de Cobertura* o en las leyes de plan de salud de California.

Afección Médica de Emergencia significa una enfermedad que se manifiesta mediante síntomas agudos (incluido el dolor intenso) de tal gravedad que, ante la falta de atención médica inmediata, podría esperarse razonablemente que ocurriera cualquiera de las siguientes situaciones:

- Se pondría en grave peligro la salud del paciente.
- Se dañarían gravemente las funciones del cuerpo.
- Se produciría una disfunción grave de los órganos o las partes del cuerpo.

Atención y Servicios de Emergencia hace referencia a (1) pruebas de detección, evaluaciones y exámenes realizados por un médico o un cirujano o, hasta el punto permitido por la ley aplicable, por otro personal idóneo bajo la supervisión del médico o cirujano, para determinar si existe una Afección Médica de Emergencia o un parto activo y, si así fuera, cuál es la atención, el tratamiento y la cirugía, siempre y cuando se encuentre dentro del alcance de la licencia del profesional, necesarios para aliviar o eliminar la Afección Médica de Emergencia, dentro de las capacidades del centro; o a (2) pruebas de detección, evaluaciones y exámenes adicionales por parte de un médico u otro personal hasta el punto permitido por la ley aplicable y dentro del alcance de su licencia y privilegios, para determinar si existe una Afección Médica Psiquiátrica de Emergencia, así como la atención y el tratamiento necesarios para aliviar o eliminar esa afección, dentro de las capacidades del centro.

Evidencia de Cobertura (por sus siglas en inglés, *EOC*) se refiere a todo certificado, acuerdo, contrato, folleto o carta de derechos que se emite para un Afiliado, en el que se describe la cobertura a la que el Afiliado tiene derecho.

Servicios Experimentales se refiere a medicamentos, equipo, procedimientos o servicios que se encuentran en etapa de prueba en laboratorio o en animales, antes de pasar a probarse en humanos. Los Servicios Experimentales no se someten a una investigación clínica.

Proveedor de Atención de Salud hace referencia a un profesional, grupo médico, asociación de práctica independiente, organización, centro de salud u otro profesional o institución con licencia o autorizado por el estado para prestar o suministrar servicios de atención de salud.

Revisión Médica Independiente (por sus siglas en inglés, IMR) se refiere a una revisión del rechazo, modificación o demora de una solicitud de servicios de atención de salud o tratamiento por parte del plan del Afiliado. La revisión es provista por el Departamento de Atención Médica Administrada y llevada a cabo por expertos médicos independientes. Si es elegible para una IMR, el proceso de IMR proporcionará una revisión imparcial de las decisiones médicas tomadas por un plan de salud en relación con la necesidad médica de un servicio o tratamiento propuestos, las decisiones de cobertura para los tratamientos que son de naturaleza experimental o de investigación y las disputas por pagos de servicios médicos de emergencia o de urgencia. Su plan debe pagar los servicios si en la IMR se decide que usted los necesita.

Servicios de Investigación se refiere a los medicamentos, equipo, procedimientos o servicios para los que se completaron estudios en laboratorio o en animales, y para los que se están realizando estudios en humanos, pero:

1. Las pruebas no han finalizado.
2. La eficacia y seguridad de dichos servicios en humanos aún no ha sido establecida.
3. El servicio no está siendo ampliamente utilizado.

Que Pone en Riesgo la Vida se refiere a una o ambas de las siguientes situaciones:

- Enfermedades o afecciones cuya probabilidad de muerte es alta, a menos que se interrumpa su avance.
- Enfermedades o afecciones con resultados potencialmente fatales, si el objetivo de la intervención clínica es la supervivencia.

Medicamento Necesario hace referencia a un servicio o producto que aborda las necesidades específicas de ese paciente con el fin de prevenir, diagnosticar o tratar una dolencia, lesión o afección, o sus síntomas, lo que incluye minimizar la progresión de esa dolencia, lesión o afección, o sus síntomas, de forma que se cumpla todo lo siguiente:

- Se ajusta a los estándares generalmente aceptados de atención, incluidos los estándares generalmente aceptados de atención de Trastornos de Salud Mental o por Abuso de Sustancias.
- Es clínicamente adecuado en términos de tipo, frecuencia, extensión, lugar y duración.
- No se presta principalmente para el beneficio económico del plan de servicios de atención de salud ni de los Afiliados, ni para la conveniencia del paciente, del médico tratante o de otro Proveedor de Atención de Salud.

Afiliado se refiere a un suscriptor, persona inscrita, empleado inscrito o dependiente de un suscriptor o un empleado inscrito, que se inscribió en el plan y para quien la cobertura está activa o en funcionamiento.

Trastornos de Salud Mental o por Abuso de Sustancias se refiere a una enfermedad mental o a un trastorno por abuso de sustancias que estén incluidos en cualquiera de las categorías de diagnóstico enumeradas en el capítulo sobre trastornos mentales y del comportamiento de la edición más actual de la *Clasificación Internacional de Enfermedades* o que estén enumerados en la versión más actual del *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales*.

Medicamento que Requiere Receta Médica para Pacientes Ambulatorios se refiere a un medicamento autoadministrado que está aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos para su venta al público a través de farmacias de venta minorista o de compra por correo, que requiere una receta médica y no se ha provisto para su uso en un entorno para pacientes internados.

Medicamento que Requiere Receta Médica o “medicamento” se refiere a un medicamento que está aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos para su venta al consumidor, que requiere una receta médica y no se ha provisto para su uso en un entorno para pacientes internados. El término “medicamento” o “medicamento que requiere receta médica” incluye: (A) dispositivos desechables que vienen en jeringas precargadas; (B) jeringas para medicamentos autoinyectables que requieren receta médica que no vienen en jeringas precargadas; (C) medicamentos, dispositivos y productos aprobados por la FDA cubiertos por el beneficio de medicamentos que requieren receta médica del producto de conformidad con las secciones 1367.002, 1367.25 y 1367.51 del Código de Salud y Seguridad, incluidos todos los medicamentos, dispositivos y productos aprobados por la FDA de venta libre; y (D) a elección del plan de salud, las vacunas u otros beneficios de atención de salud cubiertos por el beneficio de medicamentos que requieren receta médica del plan.

Atención Médica Psiquiátrica de Emergencia se refiere a un trastorno mental que se manifiesta mediante síntomas agudos de gravedad suficiente como para que el paciente se convierta en un peligro inmediato para sí mismo o para los demás, o tenga una incapacidad inmediata para procurarse o utilizar alimentos, alojamiento o ropa, debido al trastorno mental.

Gravemente Debilitante se refiere a enfermedades o afecciones que causan una morbilidad irreversible grave.

Área de Servicio hace referencia al área geográfica designada por el plan dentro de la cual el plan prestará servicios de atención de salud.

Servicios Estándar de Preservación de la Fertilidad se refiere a procedimientos coherentes con las prácticas médicas establecidas y las pautas profesionales publicadas por la Sociedad Americana de Oncología Clínica o la Sociedad Americana de Medicina Reproductiva.

Atención de Salud Inclusiva para Personas Transgénero hace referencia a atención de salud integral coherente con los estándares de atención para personas que se identifican como transgénero, de género diverso o intersexuales; respeta la autonomía corporal individual de la persona; no hace conjeturas sobre el género de la persona; acepta la fluidez de género y la presentación de géneros no tradicionales y trata a todas las personas con compasión, comprensión y respeto.

Aviso de No Discriminación

Health Net cumple la legislación estatal y federal aplicable en materia de derechos civiles y no discrimina, excluye a las personas ni las trata de forma diferente por motivos de origen racial, color, nacionalidad, edad, discapacidad mental, discapacidad física, sexo (incluidos el embarazo, la orientación sexual y la identidad de género), religión, ascendencia, identificación con un grupo étnico, afección médica, información genética, estado civil o género.

Health Net brinda lo siguiente:

- Herramientas y servicios gratuitos a personas con discapacidad para ayudarles a comunicarse eficazmente con nosotros, por ejemplo:
 - Intérpretes calificados de lengua de señas.
 - Información escrita en otros formatos (letra grande, audio, formatos electrónicos accesibles y otros formatos).
- Servicios lingüísticos gratuitos a personas cuya lengua materna no es el inglés, por ejemplo:
 - Intérpretes calificados.
 - Información escrita en otros idiomas.

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

Afiliados de planes individuales y familiares dentro del Mercado de Seguros de Salud o Covered California: 1-888-926-4988 (TTY: 711).

Afiliados de planes individuales y familiares fuera del Mercado de Seguros de Salud: 1-800-839-2172 (TTY: 711).

Solicitantes de planes individuales y familiares: 1-877-609-8711 (TTY: 711).

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

Si se lo solicita, este documento puede ponerse a su disposición en braille, letra grande, audiocasete o formato electrónico. Para obtener una copia en uno de estos formatos alternativos, llame a alguno de los números de teléfono que aparecen más arriba o escriba a:

Health Net
Post Office Box 9103, Van Nuys, California 91409-9103

Si cree que Health Net no le ha proporcionado estos servicios o le ha discriminado de alguna manera por motivos de origen racial, color, nacionalidad, edad o sexo (incluidos el embarazo, la orientación sexual y la identidad de género), discapacidad mental, discapacidad física, religión, ascendencia, identificación con un grupo étnico, afección médica, información genética, estado civil o género, puede presentar una queja formal a nuestro coordinador conforme a la sección 1557.

También puede presentar una queja formal en persona, por correo postal, fax o correo electrónico. Si necesita ayuda para presentar una queja formal, nuestro **coordinador conforme a la sección 1557** está a su disposición para ayudarle.

- Por teléfono: Llame al 1-855-577-8234 (TTY: 711).
- Por fax: 1-866-388-1769.
- Por escrito: Envíe una carta a Health Net 1557 Coordinator, PO Box 31384, Tampa, FL 33631.

Por internet: Envíe un correo electrónico a SM_Section1557Coord@centene.com. Este aviso está disponible en el sitio web de Health Net, https://www.healthnet.com/en_us/disclaimers/legal/non-discrimination-notice.html.

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

También puede presentar una queja sobre derechos civiles a la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU. Puede hacerlo de manera electrónica, a través del portal que esa oficina tiene para este tipo de quejas, <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, por correo o por teléfono:

U.S. Department of Health and Human Services
200 Independence Avenue, SW
Room 509F, HHH Building
Washington, D.C. 20201

1-800-368-1019, 1-800-537-7697 (TDD)

Los formularios de quejas están disponibles en <https://www.hhs.gov/ocr/complaints/index.html>.

FLY065732SP00 (05/25)

Aviso de Servicios de Idiomas

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): Կալիֆոռնիայի համար զանգահարեք IFP On Exchange՝ 1-888-926-4988 հեռախոսահամարով (TTY՝ 711) կամ Փոքր բիզնեսի համար՝ 1-888-926-5133 հեռախոսահամարով (TTY՝ 711): Health Net-ի Խմբային ծրագրերի համար զանգահարեք 1-800-522-0088 հեռախոսահամարով (TTY՝ 711):

Chinese

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

Hindi

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

Hmong

Tsis Muaj Tus Nqi Pab Txhais Lus. Koj tuaj yeem tau txais ib tus kws pab txhais lus. Koj tuaj yeem muaj ib tus neeg nyeem cov ntaub ntawv rau koj ua koj hom lus hais. Txhawm rau pab, hu xovtooj rau Neeg Qhua Lub Chaw Tiv Toj ntawm tus npawb nyob ntawm koj daim npav ID lossis hu rau Tus Neeg thiab Tsev Neeg Qhov Kev Npaj (IFP) Ntawm Kev Sib Hloov Pauv: 1-800-839-2172 (TTY: 711). Rau California qhov chaw kiab khw, hu rau IFP Ntawm Qhov Sib Hloov Pauv 1-888-926-4988 (TTY: 711) lossis Lag Luam Me 1-888-926-5133 (TTY: 711). Rau Cov Pab Pawg Chaw Npaj Kho Mob hla Health Net, hu rau 1-800-522-0088 (TTY: 711).

Japanese

無料の言語サービスを提供しております。通訳者もご利用いただけます。日本語で文書をお読みすることも可能です。ヘルプが必要な場合は、IDカードに記載されている番号で顧客連絡センターまでお問い合わせいただくか、Individual & Family Plan (IFP) (個人・家族向けプラン) Off Exchange: 1-800-839-2172 (TTY: 711) までお電話ください。カリフォルニア州のマーケットプレイスについては、IFP On Exchange 1-888-926-4988 (TTY: 711) または Small Business 1-888-926-5133 (TTY: 711) までお電話ください。Health Netによるグループプランについては、1-800-522-0088 (TTY: 711) までお電話ください。

Khmer

សេវាភាសាដោយឥតគិតថ្លៃ។ លោកអ្នកអាចទទួលបានអ្នកបកប្រែផ្ទាល់មាត់។ លោកអ្នកអាចស្តាប់គេអានឯកសារឱ្យលោកអ្នកជាភាសារបស់លោកអ្នក។ សម្រាប់ជំនួយ សូមហៅទូរស័ព្ទទៅកាន់មជ្ឈមណ្ឌលទំនាក់ទំនងអតិថិជនតាមលេខដែលមាននៅលើប័ណ្ណសម្គាល់ខ្លួនរបស់លោកអ្នក ឬហៅទូរស័ព្ទទៅកាន់កម្មវិធី Off Exchange របស់គម្រោងជាលក្ខណៈបុគ្គល និងក្រុមគ្រួសារ (IFP) តាមរយៈលេខ៖ 1-800-839-2172 (TTY: 711)។ សម្រាប់ទីផ្សាររដ្ឋ California សូមហៅទូរស័ព្ទទៅកាន់កម្មវិធី On Exchange របស់គម្រោង IFP តាមរយៈលេខ 1-888-926-4988 (TTY: 711) ឬក្រុមហ៊ុនអាជីវកម្មខ្នាតតូចតាមរយៈលេខ 1-888-926-5133 (TTY: 711)។ សម្រាប់គម្រោងជាក្រុមតាមរយៈ Health Net សូមហៅទូរស័ព្ទទៅកាន់លេខ 1-800-522-0088 (TTY: 711)។

Korean

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

Navajo

Doo bą́ą́h ílínígóó saad bee háká ada'iiyeed. Ata' halne'ígíí da ła' ná hádídot'íjį́. Naaltsoos da t'áá shí shizaad k'ehjí shichí' yídooltah nínízingo t'áá ná ákódoonííł. Ákót'éego shíká a'doowoł nínízingo Customer Contact Center hoolyéhíjį' hodíílnih ninaaltsoos nanítingo bee néého'dolzinígíí hodoonihjí' 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' 1-888-926-5133 (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) 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 ਦੁਬਾਸੀਏ ਦੀ ਸੇਵਾ ਹਾਸਲ ਕਰ ਸਕਦੇ ਹੋ। ਤੁਹਾਨੂੰ ਦਸਤਾਵੇਜ਼ ਤੁਹਾਡੀ ਭਾਸ਼ਾ ਵਿੱਚ ਪੜ੍ਹ ਕੇ ਸੁਣਾਏ ਜਾ ਸਕਦੇ ਹਨ। ਮਦਦ ਲਈ, ਆਪਣੇ ਆਈਡੀ ਕਾਰਡ ਤੇ ਦਿੱਤੇ ਨੰਬਰ ਤੇ ਗਾਹਕ ਸੰਪਰਕ ਕੇਂਦਰ ਨੂੰ ਕਾਲ ਕਰੋ ਜਾਂ ਵਿਅਕਤੀਗਤ ਅਤੇ ਪਰਿਵਾਰਕ ਯੋਜਨਾ (IFP) ਔਫ਼ ਐਕਸਚੇਂਜ 'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ: 1-800-839-2172 (TTY: 711)। ਕੈਲੀਫੋਰਨੀਆ ਮਾਰਕਿਟਪਲੇਸ ਲਈ, IFP ਔਨ ਐਕਸਚੇਂਜ ਨੂੰ 1-888-926-4988 (TTY: 711) ਜਾਂ ਸਮੱਲ ਬਿਜਨੇਸ ਨੂੰ 1-888-926-5133 (TTY: 711) 'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ। ਹੈਲਥ ਨੈੱਟ ਰਾਹੀਂ ਸਾਮੂਹਿਕ ਪਲੈਨਾਂ ਲਈ, 1-800-522-0088 (TTY: 711) 'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ।

Russian

Бесплатная помощь переводчиков. Вы можете получить помощь переводчика. Вам могут прочесть 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 (โทรมา TTY: 711) สำหรับเขตแคลิฟอร์เนีย 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 On and Off-Exchange Member Notice of Language Assistance

FLY017549EH00 (12/17)

Comuníquese con nosotros

Health Net

1-800-522-0088 (inglés), TTY: 711

1-800-331-1777 (español)

1-877-891-9053 (chino mandarín)

1-877-891-9050 (chino cantonés)

1-877-339-8596 (coreano)

1-877-891-9051 (tagalo)

1-877-339-8621 (vietnamita)

Health Net

Post Office Box 9103

Van Nuys, California 91409-9103

Healthnet.com

Los planes HMO, EOA, POS, PPO y Salud con Health Net HMO son ofrecidos por Health Net of California, Inc. Health Net of California, Inc. es una subsidiaria de Health Net, LLC y de Centene Corporation. Health Net es una marca de servicio registrada de Health Net, LLC. Todos los derechos reservados.