

# Resumen del Plan

PPO Advantage Value WA35-1000-2-6500V

Beneficios	El afiliado paga	
	Dentro de la red	Fuera de la red
<b>Deducible</b> por año calendario	\$1,000 individual / \$2,000 familiar	\$2,000 individual / \$4,000 familiar
<b>Desembolso máximo</b> , incluye el deducible	\$6,500 individual / \$13,000 familiar	\$13,000 individual / \$26,000 familiar
<b>Visitas al consultorio</b> Médico - incluye medicina familiar, pediatría, medicina interna, naturopatía, práctica general, obstetricia/ginecología, servicios de telemedicina Médico especialista - proveedores de especialidades que no sean las anteriores Atención por parto y maternidad (servicios profesionales únicamente)	\$35 de copago/consulta (no se aplica el deducible)  \$35 de copago/consulta (no se aplica el deducible)  20% de la tasa contratada	40% de la MAA  40% de la MAA  40% de la MAA
<b>Atención preventiva</b> , incluye pero no se limita a - visita preventiva al consultorio, cuidado de la salud de la mujer y del hombre, examen de Papanicolaou, mamografía, examen pélvico, examen de detección de cáncer de próstata (PSA) y examen de tacto rectal	\$0 de copago (no se aplica el deducible)	40% de la MAA (no se aplica el deducible)
<b>Cuidado alternativo</b> Cuidado quiropráctico (manipulación de la columna vertebral) - máximo de 15 manipulaciones por año Cuidado de acupuntura- máximo de 15 consultas por año Terapia de masajes - máximo de 15 consultas por año	\$35 de copago/consulta (no se aplica el deducible)  \$35 de copago/consulta (no se aplica el deducible)  \$35 de copago/consulta (no se aplica el deducible)	40% de la MAA  40% de la MAA  40% de la MAA
<b>Servicios de atención de emergencia y de urgencia</b> Sala de emergencias  Atención de urgencia - servicios del médico Ambulancia terrestre - máximo de 3 viajes por año Ambulancia aérea - máximo de 1 viaje por año	\$250 de copago/consulta, luego el 20% de la tasa contratada (sin deducible) sin copago por Sala de Emergencias (por sus siglas en inglés, ER) si es admitido  \$50 de copago/consulta (no se aplica el deducible) 20% 20%	\$250 de copago/consulta, luego el 20% (sin deducible) sin copago por Sala de Emergencias (por sus siglas en inglés, ER) si es admitido  \$50 de copago/consulta, MAA (no se aplica el deducible) 20% 20%
<b>Servicios hospitalarios</b> Hospital para pacientes internados Atención para pacientes ambulatorios en un centro hospitalario Cirugía ambulatoria en el consultorio o en un centro de cirugía ambulatoria	20% de la tasa contratada  20% de la tasa contratada  15% de la tasa contratada	40% de la MAA  40% de la MAA  40% de la MAA

*PPO Advantage Value WA35-1000-2-6500V*

<i>Beneficios</i>	<i>El afiliado paga</i>	
	<b>Dentro de la red</b>	<b>Fuera de la red</b>
<b>Servicios de rehabilitación</b>		
Pacientes hospitalizados - máximo de 30 días por año	20% de la tasa contratada	40% de la MAA
Pacientes ambulatorios - máximo de 30 días por año	20% de la tasa contratada	40% de la MAA
<b>Centro de enfermería especializada</b> - máximo de 60 días por año	20% de la tasa contratada	40% de la MAA
<b>Servicios de diagnóstico - laboratorio y rayos X, electrocardiograma (EKG), ecografía</b>	20% de la tasa contratada	40% de la MAA
<b>Servicios de imágenes y pruebas</b> CT/MRI/MRA/PET/SPECT/EEG/Monitor Holter/prueba de esfuerzo	20% de la tasa contratada	40% de la MAA
<b>Equipo médico duradero (DME)</b>	20% de la tasa contratada	40% de la MAA
<b>Visitas de cuidado de la salud en el hogar</b>	20% de la tasa contratada	40% de la MAA
<b>Servicios del centro de cuidado de enfermos terminales</b>	20% de la tasa contratada	40% de la MAA
<b>Salud del Comportamiento</b> <i>beneficio administrado por MHN</i>		
<b>Salud mental y Dependencia de sustancias químicas</b>		
Pacientes hospitalizados	20% de la tasa contratada	40% de la MAA
Pacientes ambulatorios, visitas al consultorio	\$35 de copago/consulta (no se aplica el deducible)	40% de la MAA
Pacientes ambulatorios, otro	20% de la tasa contratada	40% de la MAA

Se debe alcanzar el deducible especificado cada año calendario (desde el 1 de enero hasta el 31 de diciembre) antes de que Health Net pague cualquier reclamo.

El desembolso máximo anual incluye su deducible anual, sus copagos y su coseguro. Después de que usted alcance el desembolso máximo en un año calendario, pagaremos sus servicios cubiertos durante el resto de ese año calendario al 100% de nuestras tasas contratadas para servicios de proveedores participantes y al 100% de la cantidad máxima permitida (por sus siglas en inglés, MAA) para servicios fuera de la red (por sus siglas en inglés, OON). Usted sigue siendo responsable de los cargos facturados por servicios OON que excedan la MAA.

Si un paciente recién nacido requiere admisión en una unidad de cuidados intermedios o intensivos, el deducible y el coseguro correspondientes a estos servicios se acumularán conforme a la cobertura del recién nacido y no a la cobertura de la madre.

El copago por servicios en sala de emergencias para pacientes ambulatorios no se aplica si es admitido.

Para servicios de Salud Mental o Dependencia de Sustancias Químicas, llame al 800-977-8216.

Determinados servicios requieren autorización previa o deben ser prestados por un proveedor de atención de especialidades.

Este *Resumen del Plan* debe usarse con fines de marketing únicamente y brinda información general. Para conocer los detalles, las limitaciones, las exclusiones y otros términos y condiciones de la cobertura, consulte su *Programa de Beneficios y Contrato*.

**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 us at the number listed on your ID card. Employer group members please call 1-888-802-7001 (TTY: 711).

**Arabic**

خدمات اللغة مجانية. يمكنك الحصول على مترجم فوري. ويمكنك الحصول على وثائق مقروءة لك. للحصول على المساعدة، اتصل بنا على الرقم الموجود على بطاقة الهوية. يرجى من أعضاء مجموعة أصحاب العمل الاتصال على الرقم 1-888-802-7001 (TTY: 711).

**Chinese**

免費語言服務。您可使用口譯員。您可請人將文件內容唸給您聽。如需協助，請致電您會員卡上所列的電話號碼與我們聯絡。雇主團體的會員請致電 1-888-802-7001 (TTY: 711)。

**Cushite (Oromo)**

Waa Lacag la'aan Adeegyada Luuqada. Waxaad heli kartaa turjubaan. Waxaad heli kartaa in waraaqaha lagu aqriyo. Wixii caawin ah, naga soo wac lambarka ku qoran kaarka Aqoonsigaaga. Xubnaha kooxda badrooniga fadlan soo wac 1-888-802-7001 (TTY: 711).

**French**

Services linguistiques sans frais. Vous pouvez obtenir un interprète. Les documents peuvent vous être lus. Pour obtenir de l'aide, appelez-nous au numéro indiqué sur votre carte d'identité. Membres du groupe employeur veuillez composer le 1-888-802-7001 (TTY: 711).

**German**

Kostenloser Sprachendienst. Dolmetscher sind verfügbar. Dokumente können Ihnen vorgelesen werden. Wenn Sie Hilfe benötigen, rufen Sie uns unter der Nummer auf Ihrer ID-Karte an. Arbeitgeber-Gruppenmitglieder rufen bitte unter 1-888-802-7001 (TTY: 711) an.

**Japanese**

無料の言語サービス。通訳をご利用いただけます。文書をお読みします。援助が必要な場合は、IDカードに記載されている番号までお電話ください。雇用主を通じた団体保険のメンバーの方は、1-888-802-7001 (TTY: 711) までお電話ください。

**Korean**

무료 언어 서비스. 통역 서비스를 받을 수 있습니다. 문서 낭독 서비스를 받으실 수 있습니다. 도움을 원하시면, 보험 ID에 수록된 번호로 전화해 주십시오. 고용주 그룹 가입자분은 1-888-802-7001 (TTY: 711)번으로 전화해 주십시오.

**Khmer**

សេវាកម្មភាសាដោយឥតគិតថ្លៃ។ អ្នកអាចទទួលបានអ្នកបកប្រែផ្ទាល់មាត់។ អ្នកអាចស្តាប់គេអានឯកសារឱ្យអ្នក។ សម្រាប់ជំនួយ សូមទាក់ទងយើងខ្ញុំតាមរយៈទូរសព្ទដែលមាននៅលើកាតសម្គាល់ខ្លួនរបស់អ្នក។ សមាជិកក្រុមនិយោជក សូមទាក់ទងទៅលេខ បេក្ខជន សូមទាក់ទងទៅលេខ 1-888-802-7001 (TTY: 711)។

**Romanian**

Servicii lingvistice gratuite. Puteți obține un interpret. Puteți avea documente citite pentru dvs. Pentru asistență telefonați-ne la numărul indicat pe cardul de membru. Membrii grupului angajatorilor să telefoneze la 1-888-802-7001 (TTY: 711).

## Persian (Farsi)

خدمات زبان به طور رایگان. می توانید یک مترجم شفاهی بگیرید. می توانید درخواست کنید که اسناد برای شما قرائت شوند. برای کسب اطلاعات، با ما به شماره ای که در کارت شناسایی شما قید شده تماس بگیرید. اعضای گروه کارفرما لطفاً با شماره (TTY: 711) 1-888-802-7001 تماس بگیرید.

## Russian

Бесплатная помощь переводчиков. Вы можете получить помощь устного переводчика. Вам могут прочитать документы. За помощью обращайтесь к нам по телефону, приведенному на вашей идентификационной карточке участника плана. Если вы участник коллективного плана, предоставляемого работодателем, звоните по телефону 1-888-802-7001 (TTY: 711).

## Spanish

Servicios de idiomas sin costo. Puede solicitar un intérprete. Puede obtener el servicio de lectura de documentos y recibir algunos en su idioma. Para obtener ayuda, llámenos al número que aparece en su tarjeta de identificación. Los afiliados del grupo del empleador deben llamar al 1-888-802-7001 (TTY: 711).

## Thai

ไม่มีค่าบริการด้านภาษา คุณสามารถใช้สามได้ คุณสามารถให้อ่านเอกสารให้ฟังได้ สำหรับความช่วยเหลือ โทรหาเราตามหมายเลขที่ให้ไว้บนบัตรประจำตัวของคุณ สมาชิกกลุ่มนายจ้าง กรุณาโทร 1-888-802-7001 (TTY: 711)

## Ukrainian

Безплатні послуги перекладу. Ви можете скористуватися послугами перекладача. Вам можуть прочитати ваші документи. Щоб отримати допомогу, телефонуйте нам за номером, який вказаний на вашій ідентифікаційній картці (ID). Учасників групового страхового плану від працедавця просимо телефонувати за номером 1-888-802-7001 (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. Để nhận trợ giúp, hãy gọi cho chúng tôi theo số được liệt kê trên thẻ ID của quý vị. Các thành viên thuộc chương trình theo nhóm của chủ sử dụng lao động vui lòng gọi số 1-888-802-7001 (TTY: 711).

Health Net cumple con las leyes federales aplicables sobre derechos civiles y no discrimina por cuestiones de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad ni sexo. Health Net no excluye a las personas ni las trata de manera diferente por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo.

Health Net:

- Proporciona aparatos y servicios gratuitos a las personas con discapacidades para que se comuniquen eficazmente con nosotros, como intérpretes calificados de lenguaje de señas e información escrita en otros formatos (letra grande, formatos electrónicos accesibles, otros formatos).
- Proporciona servicios de idiomas gratuitos a las personas cuyo idioma principal no es el inglés, como intérpretes calificados e información escrita en otros idiomas.

Si necesita estos servicios, llame al Centro de Comunicación con el Cliente de Health Net al **1-888-802-7001 (TTY: 711)**.

Si considera que Health Net no proporcionó estos servicios o ejerció algún otro tipo de discriminación por cuestiones de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo, puede presentar una queja formal llamando al número que se indica más arriba y diciéndoles que necesita ayuda para presentar una queja formal; el Centro de Comunicación con el Cliente de Health Net está disponible para ayudarlo.

También puede presentar una queja sobre derechos civiles ante el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos, Oficina de Derechos Civiles, de manera electrónica a través del Portal de Quejas de la Oficina de Derechos Civiles disponible en <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, o bien, por correo postal o teléfono: U.S. Department of Health and Human Services, 200 Independence Avenue SW, Room 509F, HHH Building, Washington, DC 20201, 1-800-368-1019 (TDD: 1-800-537-7697).

Hay formularios de quejas disponibles en <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>