

Manual del Afiliado

UNA GUÍA DE REFERENCIA PARA LOS AFILIADOS



Índice

Le Damos la Bienvenida a Health Net	2
Glosario	3
Cómo Obtener Atención	5
Una lista completa de profesionales de la salud del noroeste.	5
Su proveedor principal (PCP)	5
En qué casos los beneficios requieren autorización previa	6
Cobertura de Medicamentos que Requieren Receta Médica	7
Medicamentos que requieren receta médica cubiertos por el plan de salud	7
Cómo surtir medicamentos que requieren receta médica en una farmacia	7
Medicamentos especializados	7
Farmacia de compra por correo	7
Más Información Sobre Sus Beneficios	9
Cómo mantener la cobertura según los cambios en la vida	9
Servicios fuera del área para afiliados del plan de PPO y CommunityCare 3T	9
Beneficios de viaje para afiliados del plan de PPO y CommunityCare 3T	9
Reclamos	10
Cómo presentar un reclamo médico	10
Cómo presentar un reclamo por medicamentos que requieren receta médica	10
Cómo presentar un reclamo por atención recibida fuera de los Estados Unidos	10
<i>Explicación de Beneficios</i>	10
Sus Derechos y Responsabilidades	11
Derechos de los afiliados	11
Responsabilidades de los afiliados	11
Su derecho a opinar sobre las políticas y prácticas	11
Su derecho a recibir un aviso de cobertura para una cirugía reconstructiva después de una mastectomía.	11
Su derecho a obtener una segunda opinión médica.	12
Su derecho a presentar una queja formal o apelación	12
Su derecho a obtener información sobre Health Net	12
Nuestro derecho a examinar sus expedientes médicos	12



Esperamos poder ayudarle a encontrar los **beneficios** que **valora** a un costo adecuado para usted.

Le Damos la Bienvenida a Health Net

*¡Nos alegra que sea parte de la familia de Health Net!
Este manual es para afiliados de Oregon y le servirá de referencia sobre su plan de salud.*

Los aspectos básicos

Diversidad de planes

En Health Net se ofrecen diferentes tipos de planes de salud. La mayoría de la información de este manual se aplica a todos los tipos de planes. Para conocer los beneficios específicos que brinda su plan de salud, consulte el *Contrato* del plan.

Su tarjeta de identificación de afiliado

Téngala a mano, ya que será la llave para obtener lo que Health Net tiene para ofrecer. En ella figuran su nombre, su número de afiliado y el nombre de su médico de atención primaria (PCP), si tiene uno. Además, tiene información útil sobre la cobertura de salud. La necesitará siempre cuando use los servicios de salud.

Sitio web

Nuestros sitios web contienen muchísima información y recursos útiles. Mire videos de utilidad.

Explore los programas de bienestar. Lea información detallada sobre su cobertura de salud. Solo tiene que configurar una cuenta en línea para comenzar a descubrir todo lo que está disponible.

www.healthnetoregon.com

Centro de Comunicación con el Cliente

Si tiene preguntas sobre su plan de salud, podemos brindarle ayuda. Llámenos al 888-802-7001 de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m.



¡Configure una cuenta en línea en pocos minutos! Para registrarse, ingrese en nuestro sitio web en www.healthnetoregon.com y responda algunas preguntas sencillas. ¡Eso es todo!



Glosario

A veces, parece que la cobertura de salud tiene su propio idioma. Use nuestro glosario a medida que lea este manual y evalúe sus opciones.

Beneficios (también denominados “servicios cubiertos”)

Los artículos o servicios de atención de salud que tienen cobertura.

Coseguro

La parte que usted paga de los costos de un servicio de atención de salud cubierto, que se calcula como un porcentaje (por ejemplo, el 20%) de la asignación para ese servicio. Por ejemplo, si el coseguro es del 20% y la factura médica tiene un valor de \$100, usted pagará \$20 y el plan de salud cubrirá el resto.

CommunityCare

Un tipo de plan de salud ofrecido por Health Net en Oregon. El afiliado debe elegir un médico de atención primaria (PCP) dentro de la red CommunityCare Network. El PCP coordina la atención y remitirá al afiliado a especialistas dentro de la red cuando sea necesario. Debe permanecer dentro de la red para obtener todos los servicios cubiertos.

Copago

Un monto fijo que usted paga por los servicios que usa. Por ejemplo, para una visita a un médico que podría costar \$150, usted podría pagar un copago de \$15 y el plan de salud, el resto.

Costo compartido

La parte de los costos cubiertos por la cobertura de salud que usted paga de su propio bolsillo. Por lo general, este término incluye los deducibles, los copagos y el coseguro, o cargos similares.

Deducible

El monto que usted debe por los servicios de atención de salud cubiertos antes de que el plan de salud comience a pagarlos. Por ejemplo, si su deducible es de \$1,000, usted tiene que pagar un total de \$1,000 antes de que el plan de salud comience a pagar. Es posible que no se aplique el deducible a todos los servicios.

Dependientes

El cónyuge, los hijos o la pareja doméstica del suscriptor principal o titular de la póliza.

Servicios excluidos

Servicios de atención de salud que el plan de salud no paga ni cubre.

Afiliado (suscriptor)

La persona que recibe beneficios según el plan de salud. El afiliado principal se denomina “suscriptor”.

Red

Los médicos, hospitales y otros proveedores de atención de salud que el plan de salud ha contratado para brindar servicios médicos.

Desembolso máximo

El monto que usted deberá pagar por gastos de desembolso en un año calendario. Estos incluyen el deducible, el coseguro y los copagos. Una vez que alcanza el desembolso máximo, los beneficios tendrán una cobertura del 100% por el resto del año calendario. Este límite nunca incluye la prima ni los cargos de atención de salud por servicios que su plan de salud no cubre.

Organización de proveedores preferidos (PPO)

Es un tipo de plan de salud. Con una PPO, no es necesario que elija un PCP (pero puede hacerlo si usted quiere). No necesita remisiones de su PCP cuando consulta a especialistas. También tiene la opción de usar proveedores dentro o fuera de la red. Usualmente los costos de desembolso son más bajos cuando permanece dentro de la red.

Prima

El monto que usted o su empleador paga por mes por la cobertura de salud.

Atención preventiva

Un examen físico anual que puede incluir vacunas, pruebas de detección, controles del bebé y evaluaciones ginecológicas sin ningún costo. Revise la póliza para obtener más detalles.

Médico de atención primaria (PCP)

Un médico que brinda o coordina de manera directa una variedad de servicios de atención de salud para un paciente. El PCP puede ser un médico, un osteópata, un asociado médico, un enfermero especializado con práctica médica o un naturópata.

Período de inscripción especial

El momento fuera del período de inscripción abierta anual en el que usted puede hacer un cambio en la cobertura si ha tenido un acontecimiento de vida calificador (como matrimonio o divorcio, nacimiento de un hijo, pérdida de la cobertura laboral, entre otros).





Cómo Obtener Atención

Una lista completa de profesionales de la salud del noroeste

Su plan de salud de Health Net le ofrece acceso a una amplia red de proveedores de Oregon (médicos, personal de enfermería y especialistas). La red de proveedores depende del plan de salud que elija. Es fácil encontrar a quiénes pertenecen a su red. Solo debe ingresar a nuestro sitio web y hacer clic en *Find a Provider* (Buscar un proveedor). Luego, elija *Filter by type of Plan/Network* (Filtrar por tipo de plan/red) y seleccione su plan de salud en el menú desplegable. O puede iniciar sesión en su cuenta en línea y usar la función *ProviderSearch* (Búsqueda de proveedores). Luego de haber iniciado sesión, solo aparecerán los proveedores cubiertos por su plan en los resultados de búsqueda.

Su proveedor principal (PCP)

Tener un proveedor que conozca su persona es importante. En muchos de nuestros planes de salud, el afiliado elige un médico de atención primaria (por sus siglas en inglés, PCP) al inscribirse. En nuestros planes de PPO, usted tiene la opción de elegir un PCP, pero no es obligatorio.

• Planes CommunityCare

Si se inscribe en un plan CommunityCare, tiene que elegir un PCP. El PCP es el proveedor al que usted acudirá para recibir atención de rutina y el profesional de atención de salud que mejor conocerá su persona. Siempre deberá comunicarse primero con su PCP cuando tenga alguna inquietud médica. Si necesita consultar a un especialista, el PCP le remitirá a uno. Cada miembro de su familia puede tener un PCP diferente.

• Planes de PPO

Con un plan de PPO, no es necesario que elija un PCP de nuestra red. Sin embargo, puede hacerlo si usted quiere. En este caso, tendrá acceso a alguien conocido cuando necesite recibir orientaciones de salud o cuando se enferme. Además, pagará menos por los servicios que lo que pagaría si consultara a un proveedor fuera de la red.

¡Importante!

Usted puede elegir o cambiar su PCP en cualquier momento. Además, puede averiguar si un médico que ha visto antes pertenece a la red de su plan de salud de Health Net. Solo debe iniciar sesión en su cuenta en línea y hacer clic en *ProviderSearch* (Búsqueda de proveedores). O bien llame al 888-802-7001 y le ayudaremos con gusto. Una vez que haya seleccionado un PCP, le aconsejamos que llame al consultorio de ese proveedor para confirmar que acepta nuevos pacientes.

En qué casos los beneficios requieren autorización previa

Algunos servicios y medicamentos requieren una autorización previa de Health Net. Esta consiste en una revisión para asegurar que un servicio de atención de salud, un plan de tratamiento, un medicamento que requiere receta médica o el equipo médico duradero es médicamente necesario. La autorización previa no es una promesa de que el plan de salud cubrirá el costo.

Todo lo que necesita una autorización previa está enumerado en su cuenta. Inicie sesión en www.healthnetoregon.com/member.

Así es como funciona la autorización previa:

- El proveedor envía la información clínica necesaria a Health Net.
- En Health Net se revisa la información clínica para determinar la necesidad médica. La necesidad médica se basa en las definiciones que figuran en los materiales de los afiliados y en las pautas o los criterios reconocidos a nivel nacional.
- En Health Net se toma la decisión dentro de los plazos convenidos: dentro de dos días hábiles en el caso de revisiones estándar y dentro de las 24 horas para las solicitudes urgentes o por requerimiento estatal.
- Desde Health Net le notificaremos la decisión al proveedor. Si se rechaza un servicio por no ser médicamente necesario, también le enviaremos una carta a usted. Esta carta incluirá su derecho de apelación.

Nota: Cualquier proveedor, independientemente de que sea parte de la red de su plan de salud o no, puede solicitarle a Health Net una autorización previa.



Si el PCP le remite a un especialista u otro proveedor, verifique que sean parte de la red que tiene su plan antes de programar una cita. Esto ayudará a que evite gastos imprevistos. Puede encontrar a todos los proveedores que pertenecen a la red si usa nuestra herramienta de búsqueda en línea en www.healthnetoregon.com.

Cobertura de Medicamentos que Requieren Receta Médica

Medicamentos que requieren receta médica cubiertos por el plan de salud

La lista de medicamentos cubiertos por Health Net se llama *Lista de Medicamentos Esenciales con Receta*. Si le recetan un medicamento que no está en la lista, puede pedirle al proveedor que le recete uno similar que sí esté en la lista.

O el proveedor puede solicitar una autorización para un medicamento que no está en la lista, siempre y cuando no esté excluido de la cobertura. Estos se denominan “medicamentos fuera del *Formulario*”. Los medicamentos fuera del *Formulario* son medicamentos que tienen un equivalente genérico, terapéutico, de venta libre u otra alternativa dentro del *Formulario*, los cuales requieren autorización previa para su cobertura.

- Su proveedor puede enviarnos una solicitud de autorización previa para el medicamento fuera del *Formulario*, junto con una declaración que fundamente la solicitud. Las solicitudes pueden hacerse por teléfono, correo o fax.
- Si aprobamos una excepción para un medicamento que no está en la *Lista de Medicamentos Esenciales con Receta*, se aplica el coseguro, el copago o el nivel de medicamentos de marca no preferidos.

En Health Net se tomará la determinación de cobertura dentro de dos días hábiles en el caso de las revisiones estándar.

Es posible que corresponda el código “MAC A”:

El código “MAC A” (costo máximo permitido, “A”) quiere decir que si usted recibe un medicamento de marca cuando hay un genérico disponible, es posible que usted sea responsable del copago aplicable, además de la diferencia de costo entre el medicamento de marca y el medicamento genérico. Consulte los beneficios de su plan de grupo para determinar si esta política se aplica a su cobertura.

Cómo surtir medicamentos que requieren receta médica en una farmacia

Su plan de salud de Health Net requiere que usted obtenga los medicamentos en una farmacia de la red si tiene beneficios de medicamentos que requieren receta médica. (En caso de emergencia o cuando no haya farmacias de la red disponibles, será posible surtir los medicamentos que requieren receta médica en una farmacia fuera de la red. Para obtener información sobre cómo pagar y enviar reclamos por estos medicamentos que requieren receta médica, consulte la sección “Cómo presentar un reclamo por medicamentos que requieren receta médica” en la página 10 de este manual, o llame al Centro de Comunicación con el Cliente de Health Net).

Medicamentos especializados

Algunos medicamentos incluidos en la *Lista de Medicamentos Esenciales con Receta* se clasifican como medicamentos especializados conforme a su plan de salud. Entre ellos se incluyen ciertos medicamentos orales, inyectables o biológicos de alto costo que, por lo general, se despachan a través de farmacias específicas. **Nota:** Si necesita alguno de estos medicamentos, es posible que tengan costos de desembolso más altos que otros medicamentos que requieren receta médica cubiertos a través de sus beneficios. Hable con su proveedor o llame al Centro de Comunicación con el Cliente de Health Net para obtener más información sobre cómo surtir estos medicamentos que requieren receta médica.

Farmacia de compra por correo

¿Toma medicamentos que requieren receta médica regularmente? Puede comprar un suministro de hasta 90 días y recibirlo directamente en su hogar.

¡Ahorre más! Compre a través de CVS Pharmacy®

Puede recibir un suministro de tres meses de los medicamentos que requieren receta médica que usted toma por el precio de solo dos copagos, cuando los adquiere a través de la farmacia de compra por correo CVS Pharmacy.

En la *Lista de Medicamentos Esenciales con Receta* de Health Net, encontrará los medicamentos preferidos con su nivel de beneficio correspondiente. Inicie sesión como afiliado de Health Net en www.healthnetoregon.com para ver la *Lista de Medicamentos Esenciales con Receta* de Oregon.



Haga su compra en una de las siguientes tres maneras convenientes:



En línea

Regístrese o inicie sesión en www.healthnetoregon.com. Haga clic en *How can we help you today?* (¿Cómo podemos ayudarle hoy?). En la sección *My Prescriptions* (Mis medicamentos que requieren receta médica), haga clic en *Mail Order* (Compra por correo) y siga las instrucciones para solicitar los medicamentos de la nueva receta.



Por teléfono

Pídale a su proveedor que llame al 800-378-5697 o que envíe un fax al 800-378-0323, para solicitar los medicamentos de la nueva receta.



Por correo

Busque en la página web la opción *Online* (En línea). Haga clic en *Mail Order* (Compra por correo); luego, descargue, imprima y envíe el *Formulario del servicio de compra por correo*.



Más Información Sobre Sus Beneficios



Cómo mantener la cobertura según los cambios en la vida

La vida está en constante cambio. Por eso, queremos asegurarnos de que su plan de salud refleje toda su realidad actual. Cualquiera de estos cambios hace que los afiliados de Health Net sean elegibles para una “inscripción especial”.

Actualice su plan de salud de Health Net si se producen los siguientes cambios en la actualidad o en el futuro inmediato:

- Se muda a una nueva dirección.
- Contrae matrimonio o inicia la convivencia en pareja.
- Se divorcia o termina la convivencia en pareja.
- Nace o adopta un hijo o una hija.
- Cumple 26 años y necesita cambiarse del plan de salud de su padre o madre al suyo propio (o tiene un hijo o una hija que cumple 26 años).
- Realiza un cambio laboral que implica comenzar a tener un nuevo plan de salud o dejar de tener uno anterior.

La inscripción especial puede ocurrir en cualquier momento. Si experimenta alguno de estos cambios, no tiene que esperar hasta el período de inscripción abierta oficial. Si tiene un acontecimiento calificador durante el año, tiene entre 30 y 60 días a partir de la fecha del acontecimiento para hacer un cambio en su inscripción.

Servicios fuera del área para afiliados del plan de PPO y CommunityCare 3T

Los afiliados del plan de PPO y CommunityCare 3T de Health Net Health Plan of Oregon, Inc. que no viven en Oregon o Washington

tienen acceso a la atención a través de nuestra red nacional de proveedores. A través de nuestra herramienta *Find a Provider* (Encontrar un proveedor) podrá consultar en línea una lista de los proveedores. Haga clic en *Search First Health* (Búsqueda en First Health), que se encuentra en la columna de la derecha.

Si tiene preguntas sobre los beneficios fuera del área de servicio, llame al Centro de Comunicación con el Cliente para verificar de qué manera se pagarán los beneficios antes de una visita al consultorio.

Beneficios de viaje para afiliados del plan de PPO y CommunityCare 3T

Su salud es nuestra prioridad, incluso cuando está lejos de su hogar. Health Net tiene una red nacional de proveedores listos para intervenir si necesita atención. Acudir a los profesionales de atención de salud de la red First Health le brindará ayuda para ahorrar en costos de desembolso si necesita usar servicios de atención de salud mientras viaja. Buscar proveedores dentro de la red es fácil. Solo debe utilizar el código postal de su destino. A través de nuestra herramienta *Find a Provider* (Encontrar un proveedor) podrá consultar en línea una lista de los proveedores. Haga clic en *Search First Health* (Búsqueda en First Health), que se encuentra en la columna de la derecha.

Nota: Todos los planes incluyen cobertura fuera del estado para atención de emergencia. Sin embargo, los beneficios de viaje y fuera del área de servicio a través de First Health solo están disponibles para los planes de PPO y CommunityCare 3T.

Reclamos

Cuando usa servicios dentro de la red, el proveedor de atención de salud envía el reclamo a Health Net. ¡Usted no tendrá que lidiar con ningún papeleo!

Es posible que usted tenga que presentar un reclamo si recibe servicios de un proveedor que no tiene contrato con Health Net.

Cómo presentar un reclamo médico

1. Descargue y complete un formulario de reclamo para cada afiliado que envía facturas para reembolso de servicios cubiertos y para cada proveedor o centro. Para encontrar el formulario, inicie sesión en su cuenta en línea y haga clic en *Order/View Forms > Claims / Medical Claim Form for Group* (Solicitar/Ver formularios > Formulario de grupo de reclamos/reclamos médicos).
2. Asegúrese de hacer lo siguiente:
 - Responda cada pregunta por completo.
 - Adjunte las facturas detalladas y el comprobante de pago.

Nota: Los reclamos deben enviarse dentro de los 365 días del servicio.

3. Envíe su reclamo por correo a la siguiente dirección:
Health Net
Health Plan of Oregon, Inc.
Commercial Claims
PO Box 9040
Farmington, MO 63640-9040

Cómo presentar un reclamo por medicamentos que requieren receta médica

Recordatorio: Es necesario que usted utilice farmacias participantes de Health Net para obtener los beneficios de los medicamentos que requieren receta médica. Estas farmacias están ubicadas por todo el país. Por eso, es fácil encontrar una en

Oregon o en cualquier otro lugar dentro de los EE. UU.

Si surte una receta de medicamentos en una farmacia no participante (p. ej., en caso de emergencia), o si Health Net es su plan de seguro secundario, necesitará enviar un reclamo por medicamentos que requieren receta médica. Envíenos a la siguiente dirección una carta con el recibo de pago original de los medicamentos que requieren receta médica (no el recibo de caja) e incluya el nombre del paciente y el comprobante de pago (recibo):

Health Net
Health Plan of Oregon, Inc.
Attention: Pharmacy Claims
13221 SW 68th Pkwy., Ste. 315
Tigard, OR 97223-8328

Cómo presentar un reclamo por atención recibida fuera de los Estados Unidos

Si recibe atención de emergencia cubierta o medicamentos que requieren receta médica asociados con una afección médica de emergencia mientras está de viaje fuera del país o en un crucero en mares extranjeros o locales, envíe el reclamo, si fuera posible, con la traducción de la factura, su número de identificación de afiliado, un teléfono para llamadas durante el día, el comprobante de pago (si corresponde), la fecha del servicio, el nombre y la dirección del proveedor, el diagnóstico y una lista detallada de todos los procedimientos que le realizaron a la siguiente dirección:

Health Net
Health Plan of Oregon, Inc.
PO Box 9040
Farmington, MO 63640-9040

Nota: Los recibos deben estar escritos en inglés y expresados en moneda estadounidense.

Explicación de Beneficios

Después de utilizar servicios de salud, usted recibirá un documento denominado *Explicación de Beneficios* o, por sus siglas en inglés, *EOB*. La *EOB* no es una factura, sino simplemente un resumen de los registros de los costos asociados con todos los servicios que recibió. En la *EOB* se muestra el monto total que un proveedor factura por un servicio y cuánto de ese monto le corresponde pagar a usted y cuánto a Health Net.

Si recibe una factura de un proveedor, el monto facturado debe coincidir con lo que se especifica en la *EOB* para ese servicio. Siempre debe controlar minuciosamente la *EOB* para asegurarse de que la fecha de la cita, los servicios prestados y el nombre del proveedor sean correctos.

Si tiene preguntas sobre cualquier información presente en la *EOB* que recibe de nuestra parte, comuníquese con el Centro de Comunicación con el Cliente al 888-802-7001.

Sus Derechos y Responsabilidades

Como afiliado de Health Net, usted tiene ciertos derechos y responsabilidades. Nosotros somos responsables de brindarle la información y asistencia necesarias para comprender sus derechos y cumplir con sus responsabilidades.

Derechos de los afiliados

Estos son sus derechos:

- Recibir información sobre Health Net, los servicios que brinda, los profesionales y proveedores que tiene, y los derechos y responsabilidades de los afiliados.
- Recibir un trato respetuoso y digno, y que se reconozca su derecho a la privacidad.
- Participar en la toma de decisiones relacionadas con su atención de salud, incluso entablar conversaciones abiertas acerca de las opciones de tratamiento adecuadas o médicamente necesarias para sus afecciones, independientemente del costo o de la cobertura de beneficios.
- Expresar quejas o presentar apelaciones sobre Health Net o la atención brindada.

Responsabilidades de los afiliados

Estas son sus responsabilidades:

- Comprender los términos de su plan, incluidos los requisitos sobre cómo obtener atención.
- Brindar, en la medida de lo posible, la información necesaria para que Health Net, sus profesionales y proveedores le proporcionen atención.
- Entender sus problemas de salud y participar para establecer en forma conjunta con su proveedor objetivos de tratamiento, con el mayor compromiso posible.
- Seguir los planes y las indicaciones de cuidado que acordó con los profesionales que le brindan atención.
- Denunciar la sospecha de fraude ante Health Net. Es posible informar sus inquietudes de manera anónima. Llame a la línea directa para denunciar fraudes al 800-977-3665 o a nuestra línea directa para garantizar la integridad al 888-866-1366.

Su derecho a opinar sobre las políticas y prácticas

Su opinión es importante para nosotros. Estas son algunas de las maneras en las que puede informarnos cómo estamos trabajando:

- Llamar o enviar un correo electrónico al Centro de Comunicación con el Cliente.
- Participar en encuestas de satisfacción de los afiliados.
- Formar parte de grupos de trabajo de usuarios actuales, en caso de ser seleccionado.
- Enviar una carta con sugerencias directamente a nuestra Junta Directiva.

Su derecho a recibir un aviso de cobertura para una cirugía reconstructiva después de una mastectomía

La Ley de Derechos sobre la Mujer y el Cáncer de Seno requiere que todos los planes de salud proporcionen un aviso de cobertura para una cirugía reconstructiva después de una mastectomía que sea consecuencia de una enfermedad, afección o lesión. Si le realizan una mastectomía y elige la reconstrucción del seno con la mastectomía, sus beneficios incluyen la cobertura de lo siguiente:

- Todas las etapas de reconstrucción del seno en el que se realizó la mastectomía, que incluye la reconstrucción del pezón, injertos de piel y el modelado del pezón y la areola.



- Cirugía y reconstrucción del otro seno para lograr una apariencia simétrica.
- Prótesis.
- Servicios relacionados con complicaciones físicas resultantes de cualquiera de las etapas de la mastectomía, incluidos los linfedemas.
- Atención para pacientes internadas relacionada con la mastectomía y los servicios posteriores a la cirugía.

Tenga en cuenta que sus beneficios pueden estar sujetos a los deducibles, los copagos, el coseguro y los términos generales de la póliza. Si tiene preguntas sobre la cobertura de estos servicios o de cualquier otro, llame al Centro de Comunicación con el Cliente al 888-802-7001.

Su derecho a obtener una segunda opinión médica

Usted tiene derecho a obtener una segunda opinión médica sobre alguna recomendación hecha por su médico, en la medida en que los beneficios estén disponibles según su plan. Si ejerce este derecho, el monto que pague por la segunda opinión médica no puede ser mayor que el monto que usted normalmente le pagaría a un proveedor de la misma clase. Para recibir información acerca de cómo obtener una segunda opinión médica, llame al Centro de Comunicación con el Cliente.

Su derecho a presentar una queja formal o apelación

Le recomendamos que nos llame de inmediato al 888-802-7001 cuando tenga preguntas, comentarios o inquietudes. La mayoría de los problemas pueden resolverse rápidamente y de manera satisfactoria por ese medio. Usted tiene derecho a presentar una queja formal o una apelación; nosotros le brindaremos asistencia para que lo haga. Si lo solicita, le brindaremos ayuda para que lo exprese por

escrito. Para recibir asistencia para presentar una queja formal o una apelación por escrito, llame al 888-802-7001.

Envíe las quejas formales o apelaciones por escrito a la siguiente dirección:

Health Net Grievances and Appeals
13221 SW 68th Parkway, Ste. 315
Tigard, OR 97223-8328

Teléfono: 888-802-7001 (TTY: 711)
Fax: 800-782-2352

Correo electrónico:
or.commercial.member.appeals@healthnet.com

Los afiliados que tengan un problema que involucre una afección clínica de urgencia pueden enviar quejas formales y apelaciones por escrito o por teléfono llamando al 888-802-7001.

Si no está de acuerdo con nuestra decisión sobre la apelación, puede presentar una apelación ante una organización de revisión independiente (por sus siglas en inglés, IRO).

También tiene derecho a presentar una queja o pedir otro tipo de asistencia a la agencia del estado de Oregon que regula la actividad de seguros:

Oregon Division of Financial Regulation Consumer Advocacy Unit
PO Box 14480
Salem, OR 97309-0405

(503) 947-7984
Número gratuito: 888-877-4894

Correo electrónico:
cp.ins@state.or.us o inicie sesión en www.oregon.gov/DCBS/insurance/gethelp/Pages/fileacomplaint.aspx

Su derecho a obtener información sobre Health Net

La siguiente información sobre Health Net está disponible: un resumen anual de quejas formales y apelaciones, un resumen anual de las políticas de revisión de la utilización, un resumen anual de

las actividades de evaluación de la calidad, los resultados de todas las encuestas de acreditación públicas, un resumen anual de las actividades de promoción de la salud y prevención de las enfermedades, y un resumen anual del alcance de la red y la accesibilidad de los servicios.

Si usted quiere conocer cualquiera de estos datos, debe contactarse con la siguiente agencia:

Division of Financial Regulation
Consumer Advocacy Unit
PO Box 14480
Salem, OR 97309-0405

(503) 947-7984
Línea gratuita para mensajes:
888-877-4894

Correo electrónico:
cp.ins@state.or.us o inicie sesión en www.oregon.gov/DCBS/insurance/gethelp/Pages/fileacomplaint.aspx

También puede llamar al Centro de Comunicación con el Cliente de Health Net al 888-802-7001 para solicitar información.

Nuestro derecho a examinar sus expedientes médicos

Al aceptar los beneficios del contrato, dio su consentimiento para que nosotros examinemos sus expedientes médicos. Esto puede ser necesario para procesar los reclamos o con fines de revisión de la administración médica u otros procesos de revisión. En caso de que solicitemos sus expedientes médicos, seguirán siendo estrictamente confidenciales y no serán difundidos a terceros bajo ninguna circunstancia.

Nondiscrimination Notice

Health Net Health Plan of Oregon, Inc., "Health Net" complies with applicable federal civil rights laws and does not discriminate, exclude people or treat them differently on the basis of race, color, national origin, ancestry, religion, marital status, gender, gender identity, sexual orientation, age, disability, or sex.

HEALTH NET:

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

If you need these services, contact Health Net's Customer Contact Center at 1-888-802-7001 (TTY: 711).

If you believe that Health Net has failed to provide these services or discriminated in another way on the basis of race, color, national origin, age, disability, or sex, you can file a grievance by calling the number above and telling them you need help filing a grievance. Health Net's Customer Contact Center is available to help you.

You can also file a civil rights complaint with the U.S. Department of Health and Human Services, Office for Civil Rights, electronically through the Office for Civil Rights Complaint Portal, available at <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/smartscreen/main.jsf>, or by mail or phone at: U.S. Department of Health and Human Services, 200 Independence Avenue SW, Room 509F, HHH Building, Washington, DC 20201, 1-800-368-1019 (TDD: 1-800-537-7697).

Complaint forms are available at <https://www.hhs.gov/ocr/complaints/index.html>.

English

No Cost Language Services. You can get an interpreter. You can get documents read to you and some sent to you in your language. For help, call the Customer Contact Center at the number on your ID card or call 1-888-802-7001 (TTY: 711).

Amharic

ለቋንቋ አገልግሎት ምንም ክፍያ የለውም። አስተርጓሚ ማግኘት ይችላሉ። የተነበበልዎትን እና የተወሰኑ በቋንቋዎ የተላኩልዎትን ሰነዶች ማግኘት ይችላሉ። ለአርዳታ፣ ለደንበኞች ግንኙነት ማስከል በመታወቂያ ካርድዎ ላይ የለውን ቁጥር ይደውሉ ወይም በ 1-888-802-7001 (TTY: 711) ይደግጡ።

Arabic

الخدمات اللغوية المجانية. يمكنك الاستعانة بمترجم فوري، كما يمكنك طلب قراءة المستندات عليك وإرسال بعض منها إليك بلغتك. للحصول على المساعدة، يمكنك الاتصال بمركز اتصالات العملاء على الرقم الموجود على بطاقة معرف العضوية الخاصة بك أو الاتصال على 1-888-802-7001 (TTY: 711).

Chinese

免費語言服務。您可以取得口譯服務。我們可以把文件朗讀給您聽，也可以把部分翻譯成您語言的文件寄送給您。如需協助，請撥打會員卡上的電話號碼聯絡客戶聯絡中心，或撥打電話 1-888-802-7001 (聽障專線 (TTY) : 711)。

Cushite (Oromo)

Tajaajila afaaniif kaffaltii hin qabu. Turjubaana argachuu ni dandeessu. Sanadii isiniif dubbifamee fi afaan keessaniin muraasaan isniif ergame argachuu ni dandeessu. Gargaarsaaf, Wiirtuu Qunnamtii Maamilaa tiif lakkoofsicha kaardii enyummaa keessan irra jirutti bilbilaa ykn 1-888-802-7001 (TTY: 711) itti bilbilaa.

German

Es stehen Ihnen kostenlose Sprachdienstleistungen zur Verfügung. Sie können einen Dolmetscher hinzuziehen. Die Dokumente können Ihnen vorgelesen werden und einige sind in Ihrer Muttersprache erhältlich. Für Unterstützung rufen Sie bitte unser Kundendienstzentrum unter der auf Ihrer Versicherungskarte angegebenen Nummer oder unter der Rufnummer 1-888-802-7001 (TTY: 711) an.

Japanese

無料の言語支援サービス。通訳をご利用いただけます。日本語で文書を読み上げたり、文書によっては日本語版をお届けすることも可能です。支援をご希望の方は、IDカードに記載の番号にてカスタマーコンタクトセンターまでお電話いただくか、1-888-802-7001 (TTY: 711)までお電話ください。

Korean

우료 언어 서비스. 귀하는 통역사를 이용하실 수 있습니다. 귀하에게 편한 언어로 서류 낭독 서비스 및 번역 서비스를 받으실 수 있습니다. 도움이 받으시려면 본인의 ID 카드에 기재된 고객센터 안내번호 또는 1-888-802-7001 (TTY: 711)번으로 전화해 주십시오.

Cambodian (Khmer)

សេវាភាសាភាគតិចតម្លៃ 0 អ្នកអាចទទួលបានសេវាអ្នកបកប្រែធានា 1 អ្នកអាចឲ្យគេអានឯកសារជូនអ្នក និងធ្វើឯកសារខ្លះជូនអ្នក ជាភាសាសំខ្មែរ។ សំរាប់ជំនួយ ទូរស័ព្ទទៅមជ្ឈមណ្ឌលទំនាក់ទំនងអភិវឌ្ឍន៍ តាមលេខនៅលើប័ណ្ណ ID សំខ្មែរ ឬលេខ 1-888-802-7001 (TTY: 711)។

Laotian

ການບໍລິການດ້ານພາສາທີ່ບໍ່ເສຍຄ່າ. ທ່ານສາມາດຂໍນາຍແປພາສາ. ທ່ານສາມາດອ່ານເອກະສານ ແລະ ຈໍານວນໜຶ່ງໄດ້ສົ່ງໃຫ້ທ່ານເປັນພາສາຂອງທ່ານແລ້ວ. ເພື່ອຂໍຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອ, ໄພທາສູນບໍດີຕໍ່ລູກຄ້າໄດ້ທີ່ເລກໝາຍຢູ່ເທິງບັດ ID ຂອງທ່ານ ຫຼື ໂທ 1-888-802-7001 (TTY: 711).

Punjabi

ਭਾਸ਼ਾ ਸੇਵਾਵਾਂ ਲਈ ਕੋਈ ਲਾਗਤ ਨਹੀਂ। ਤੁਸੀਂ ਦੁਬਾਰੀਆਂ ਪੜ੍ਹ ਕਰ ਸਕਦੇ ਹੋ। ਤੁਸੀਂ ਤੁਹਾਨੂੰ ਪੜ੍ਹ ਕੇ ਸੁਣਾਏ ਦਸਤਾਵੇਜ਼ ਪੜ੍ਹ ਕਰ ਸਕਦੇ ਹੋ ਅਤੇ ਕੁਝ ਤੁਹਾਡੀ ਭਾਸ਼ਾ ਵਿੱਚ ਤੁਹਾਨੂੰ ਭੇਜੇ ਗਏ ਹਨ। ਮਦਦ ਲਈ, ਆਪਣੇ ID ਕਾਰਡ 'ਤੇ ਗਾਹਕ ਸੰਪਰਕ ਕੇਂਦਰ ਨੂੰ ਕਾਲ ਕਰੋ ਜਾਂ 1-888-802-7001 (TTY: 711)।

Russian

Бесплатные услуги перевода. Вы можете воспользоваться услугами переводчика. Вам могут прочесть документы на русском языке и выслать переводы некоторых из них. Если вам требуется помощь, звоните в Центр обслуживания клиентов по номеру, указанному на вашей идентификационной карте, или по номеру 1-888-802-7001 (линия TTY: 711).

Spanish

Servicios de Idiomas Sin Costo. Usted puede solicitar un intérprete. Puede solicitar que se le lean los documentos y que algunos de ellos se le envíen en su idioma. Para obtener ayuda, llame al Centro de Comunicación con el Cliente al número que se encuentra en su tarjeta de identificación o llame al 1-888-802-7001 (TTY: 711).

Tagalog

Mga Walang Bayad na Serbisyo sa Wika. Maaari kayong kumuha ng tagasaling-wika (interpreter). Maaaring basahin sa inyo ang mga dokumento at ipadala sa inyo ang ilan nang nakasalin sa inyong wika. Para sa tulong, tumawag sa Customer Contact Center sa numero sa inyong ID card o tumawag sa 1-888-802-7001 (TTY: 711).

Ukrainian

Безкоштовні послуги перекладу. Ви можете скористатися послугами перекладача. Вам можуть прочитати документи на українській мові та надіслати переклади деяких із них. Якщо вам потрібна допомога, телефонуйте у Центр обслуговування клієнтів за номером, вказаним на вашій ідентифікаційній карті, або за номером 1-888-802-7001 (лінія TTY: 711).

Vietnamese

Dịch vụ ngôn ngữ miễn phí. Quý vị có thể yêu cầu phiên dịch viên. Quý vị có thể yêu cầu đọc các tài liệu và gửi một số tài liệu cho quý vị bằng ngôn ngữ của quý vị. Để được trợ giúp, hãy gọi đến Trung tâm Liên lạc Hội viên theo số điện thoại trên thẻ nhận dạng của quý vị hoặc gọi đến số 1-888-802-7001 (TTY: 711).

**Su salud no tiene precio.
¡Estamos aquí para brindarle protección!**
¿Tiene preguntas? Nosotros, las respuestas.



Llame al Centro de Comunicación con el Cliente al 888-802-7001 de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m.

Asistencia para personas con dificultades de audición y del habla:
De lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m.
Los usuarios de TTY deben llamar al 711.



Visite nuestro sitio web en
www.healthnetoregon.com/member



Correo: Health Net Health Plan of Oregon, Inc.
13221 SW 68th Pkwy. Ste. 315
Tigard, OR 97223