



health net™

Health Net of California, Inc. (Health Net)

Mẫu tiết lộ thông tin

HMO

Nhóm nhỏ

Tham khảo tài liệu Tóm tắt quyền lợi và bảo hiểm (SBC) để xác định khoản chia sẻ chi phí của quý vị cho các dịch vụ và vật liệu được chương trình này đài thọ.



Healthnet.com

Cung cấp các lựa chọn

Khi nói đến dịch vụ chăm sóc sức khỏe của quý vị, các quyết định tốt nhất được đưa ra với các lựa chọn tốt nhất. Health Net of California, Inc. (Health Net) cung cấp cho quý vị các cách để giúp quý vị nhận dịch vụ chăm sóc quý vị xứng đáng được hưởng. *Mẫu tiết lộ thông tin* này giải đáp các thắc mắc cơ bản về chương trình Health Maintenance Organization (HMO) này.

Bảo hiểm được mô tả trong *Mẫu tiết lộ thông tin* này phải phù hợp với các yêu cầu bảo hiểm trong Quyền lợi chăm sóc sức khỏe thiết yếu theo Đạo luật chăm sóc y tế hợp túi tiền (ACA). Quyền lợi chăm sóc sức khỏe thiết yếu không tuân theo bất kỳ giới hạn số tiền hàng năm nào.

Các quyền lợi được mô tả trong *Mẫu tiết lộ thông tin* này không phân biệt dựa trên chủng tộc, dân tộc, quốc tịch, giới tính, bản dạng giới, biểu hiện giới tính, độ tuổi, tình trạng khuyết tật, xu hướng tình dục, thông tin di truyền hoặc tôn giáo và không phụ thuộc vào bất kỳ bệnh trạng có từ trước hoặc giai đoạn loại trừ nào.

Nếu quý vị có thêm thắc mắc, vui lòng liên lạc với chúng tôi:



Qua điện thoại theo số 1-800-522-0088



Qua đường bưu điện theo địa chỉ:

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



Trực tuyến tại www.healthnet.com

Mẫu tiết lộ thông tin này (bao gồm cả **Điều khoản bổ sung của Mẫu tiết lộ thông tin** hiện hành) và tài liệu **Tóm tắt quyền lợi và bảo hiểm (SBC)** cung cấp một bản tóm tắt về chương trình bảo hiểm sức khỏe của quý vị. **Chứng từ bảo hiểm (EOC)** của chương trình mà quý vị nhận được sau khi ghi danh bao gồm các điều khoản và điều kiện chính xác của bảo hiểm Health Net của quý vị. Quý vị có quyền xem **EOC** trước khi ghi danh. Để có được bản sao **EOC**, vui lòng liên hệ với Trung tâm Liên lạc Hội viên theo số 1-800-522-0088. Quý vị cũng cần tham khảo **Thỏa thuận dịch vụ chuyên môn và bệnh viện theo nhóm** (được cấp cho hãng sở của quý vị) để xác định các điều khoản hợp đồng chi phối. Điều quan trọng là quý vị cần đọc kỹ **Mẫu tiết lộ thông tin** này, **SBC** và **EOC** của chương trình sau khi nhận được, đặc biệt là các mục áp dụng cho những người có nhu cầu chăm sóc sức khỏe đặc biệt. **Mẫu tiết lộ thông tin** này bao gồm một bảng kê các quyền lợi trong mục có tiêu đề “**Bảng quyền lợi**”. **SBC**, được phát hành cùng với **Mẫu tiết lộ thông tin** này, mô tả những khoản chương trình của quý vị đài thọ và những khoản quý vị phải thanh toán cho các dịch vụ và vật liệu được đài thọ.

Mục lục

Cung cấp các lựa chọn	1
Cách thức hoạt động của chương trình	3
Bảng quyền lợi	6
Giới hạn bảo hiểm	8
Quyền lợi và bảo hiểm	10
Quản lý việc sử dụng dịch vụ	15
Thanh toán lệ phí và chi phí.....	16
Các cơ sở y tế	18
Gia hạn, tiếp tục hoặc kết thúc bảo hiểm.....	21
Nếu quý vị không đồng ý với chương trình của chúng tôi	23
Thông tin quyền lợi bổ sung của chương trình	25
Các dịch vụ sức khỏe hành vi	25
Chương trình thuốc theo toa.....	26
Chương trình chăm sóc chăm cứu	32
Chương trình chăm sóc thị lực cho trẻ em.....	33
Dịch vụ nha khoa cho trẻ em	35
Thông báo không phân biệt đối xử	42
Thông báo về dịch vụ ngôn ngữ	43

Cách thức hoạt động của chương trình

Vui lòng đọc thông tin sau để quý vị biết được có thể nhận dịch vụ chăm sóc sức khỏe từ đâu hay có thể sử dụng nhóm bác sĩ nào. Nếu có bất kỳ điều khoản bổ sung nào của hệ thống được ban hành theo tài liệu này, hãy tham khảo điều khoản bổ sung đó để biết thêm thông tin.

LỰA CHỌN CÁC BÁC SĨ VÀ NHÓM BÁC SĨ

- Khi quý vị ghi danh vào Health Net, quý vị chọn một nhóm bác sĩ có hợp đồng. Từ nhóm bác sĩ của quý vị, quý vị chọn một bác sĩ để cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe cơ bản; đây là Bác sĩ chăm sóc chính (PCP) của quý vị.
- Health Net yêu cầu chỉ định một PCP. PCP cung cấp và điều phối dịch vụ chăm sóc y tế của quý vị. Quý vị có quyền chỉ định bất kỳ PCP nào tham gia vào hệ thống của chúng tôi và sẵn sàng chấp nhận quý vị hoặc thành viên gia đình của quý vị, theo các yêu cầu của nhóm bác sĩ. Đối với trẻ em, quý vị có thể chỉ định một bác sĩ nhi khoa làm PCP. Health Net sẽ chỉ định PCP thay cho quý vị nếu quý vị không chỉ định. Để biết thông tin về cách lựa chọn một PCP và danh sách các PCP tham gia trong Khu vực dịch vụ của Health Net, vui lòng tham khảo Danh mục HMO theo nhóm của Health Net (Danh mục HMO của Health Net). Danh mục Health Net HMO cũng được đăng tải trên trang web của Health Net tại www.healthnet.com. Quý vị cũng có thể gọi đến Trung tâm Liên lạc Hội viên theo số trên thẻ ID Health Net của quý vị để yêu cầu thông tin của nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe.
- Bất cứ khi nào quý vị hoặc một thành viên gia đình được đòi hỏi cần dịch vụ chăm sóc sức khỏe, PCP của quý vị sẽ cung cấp dịch vụ chăm sóc cần thiết về mặt y tế. Cũng sẵn có dịch vụ chăm sóc của bác sĩ chuyên khoa được nhóm bác sĩ hay PCP của quý vị giới thiệu.
- Quý vị không cần phải chọn cùng một nhóm bác sĩ hoặc PCP cho tất cả các thành viên gia đình của quý vị. Các nhóm bác sĩ, cùng với tên của các bác sĩ, được liệt kê trong Danh mục Health Net HMO.

CÁCH CHỌN MỘT BÁC SĨ

Chọn một PCP rất quan trọng đối với chất lượng dịch vụ chăm sóc quý vị nhận được. Để cảm thấy thoải mái với lựa chọn của quý vị, chúng tôi đề xuất các hành động sau:

- Trao đổi bất kỳ vấn đề sức khỏe quan trọng nào với PCP được chọn của quý vị;
- Hỏi PCP hoặc nhóm bác sĩ về các chính sách giới thiệu của bác sĩ chuyên khoa và bệnh viện được nhóm bác sĩ sử dụng; và
- Đảm bảo rằng quý vị và thành viên gia đình của quý vị có quyền tiếp cận đầy đủ dịch vụ chăm sóc y tế, bằng cách chọn một bác sĩ cách nhà hoặc nơi làm việc của quý vị trong phạm vi 30 dặm.

DỊCH VỤ CHĂM SÓC CỦA BÁC SĨ CHUYÊN KHOA VÀ DỊCH VỤ CHĂM SÓC ĐƯỢC GIỚI THIỆU

Nếu quý vị cần dịch vụ chăm sóc y tế mà PCP của quý vị không thể cung cấp, PCP của quý vị có thể giới thiệu quý vị đến một bác sĩ chuyên khoa hoặc một nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe khác để nhận dịch vụ chăm sóc đó. Hãy tham khảo mục “Điều trị rối loạn sức khỏe tâm thần và rối loạn do sử dụng chất gây nghiện” dưới đây để biết thông tin về việc nhận dịch vụ chăm sóc điều trị rối loạn sức khỏe tâm thần và rối loạn do sử dụng chất gây nghiện.

Quý vị không cần sự cho phép trước từ Health Net hoặc từ bất kỳ người nào khác (bao gồm Bác sĩ chăm sóc chính) để tiếp cận dịch vụ sản khoa, phụ khoa, chăm sóc sức khỏe sinh sản hoặc sức khỏe tình dục từ một chuyên gia chăm sóc sức khỏe trong hệ thống, chuyên về sản khoa, phụ khoa hoặc sức khỏe sinh sản và sức khỏe tình dục. Tuy nhiên, chuyên gia chăm sóc sức khỏe này có thể cần phải tuân theo một số thủ tục nhất định, bao gồm có được sự cho phép trước đối với một số dịch vụ, tuân theo một kế hoạch điều trị được phê duyệt trước hoặc các thủ tục giới thiệu. Để biết danh sách các chuyên gia chăm sóc sức khỏe tham gia, chuyên về sản khoa, phụ khoa hoặc sức khỏe sinh sản và sức khỏe tình dục, vui lòng tham khảo Danh mục HMO theo nhóm của Health Net (Danh mục Health Net HMO) trên trang web của Health Net tại www.healthnet.com. Quý vị cũng có thể yêu cầu một bản sao Danh mục Health Net HMO trực tuyến hoặc gọi đến Trung tâm Liên lạc Hội viên của Health Net theo số **1-800-522-0088**.

RỐI LOẠN SỨC KHỎE TÂM THẦN VÀ RỐI LOẠN DO SỬ DỤNG CHẤT GÂY NGHIỆN

Health Net ký hợp đồng với MHN Services, một công ty dịch vụ quản lý sức khỏe hành vi liên kết (Tổ chức Quản lý Sức khỏe Hành vi), chuyên quản lý các dịch vụ chăm sóc sức khỏe hành vi cho các tình trạng rối loạn sức khỏe tâm thần và rối loạn do sử dụng chất gây nghiện. Để biết thêm thông tin về cách nhận dịch vụ chăm sóc và các yêu cầu sự chấp thuận trước của Tổ chức Quản lý Sức khỏe Hành vi, vui lòng tham khảo mục “Các dịch vụ sức khỏe hành vi” trong *Mẫu tiết lộ thông tin* này.

CÁC DỊCH VỤ CỦA CVS MINUTE CLINIC

CVS MinuteClinic là một cơ sở chăm sóc sức khỏe, thường nằm trong CVS/các nhà thuốc, được thiết kế để cung cấp dịch vụ thay thế cho buổi khám tại phòng mạch Bác sĩ để điều trị bệnh tật hoặc thương tích không cấp cứu không theo lịch như viêm họng do nhiễm khuẩn, đau mắt đỏ hoặc dị ứng theo mùa. Buổi khám tại CVS MinuteClinic được đài thọ như trình bày trong mục “Bảng kê quyền lợi vào bảo hiểm”.

Quý vị không cần sự chấp thuận trước hoặc giới thiệu từ bác sĩ chăm sóc chính hoặc nhóm bác sĩ có hợp đồng để tiếp cận các dịch vụ của CVS MinuteClinic. Tuy nhiên, cần có sự giới thiệu từ nhóm bác sĩ có hợp đồng hoặc bác sĩ chăm sóc chính để nhận bất kỳ tư vấn nào của bác sĩ chuyên khoa. Để biết thêm thông tin chi tiết về CVS MinuteClinics, vui lòng tham khảo EOC của chương trình hoặc liên lạc với Health Net theo số điện thoại ghi trên bìa sau.

CÁCH GHI DANH

Điền vào mẫu ghi danh có trong tập tài liệu ghi danh và gửi trả lại mẫu cho hãng sở. Nếu không có mẫu, hãng sở của quý vị có thể yêu cầu quý vị sử dụng một mẫu ghi danh điện tử hoặc hệ thống ghi danh tương tác thoại. Vui lòng liên hệ với hãng sở của quý vị để biết thêm thông tin.

Một số bệnh viện và các nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe khác không cung cấp một hoặc nhiều dịch vụ có thể được đài thọ sau đây theo Chứng từ bảo hiểm của chương trình và dịch vụ mà quý vị hoặc thành viên gia đình của quý vị có thể cần đến:

- Kế hoạch hóa gia đình
- Các dịch vụ ngừa thai; bao gồm ngừa thai khẩn cấp
- Triệt sản, bao gồm thắt ống dẫn trứng tại thời điểm chuyển dạ và sinh con
- Các biện pháp điều trị tình trạng vô sinh
- Phá thai

Quý vị cần có thêm thông tin trước khi ghi danh. Gọi cho phòng khám, hiệp hội hành nghề độc lập, nhóm y khoa hoặc bác sĩ tiềm năng của quý vị hoặc gọi đến Trung tâm Liên lạc Hội viên của Health Net theo số điện thoại có trên bìa sau để đảm bảo quý vị có thể có được các dịch vụ chăm sóc sức khỏe cần thiết.

Bảng quyền lợi

Bảng dưới đây liệt kê ví dụ về các dịch vụ được cung cấp theo chương trình này. Hãy tham khảo SBC, được ban hành cùng với Mẫu tiết lộ thông tin này, để biết số tiền quý vị phải thanh toán cho các dịch vụ và vật liệu được đài thọ.

BẢNG KÊ NÀY ĐƯỢC THIẾT KẾ ĐỂ GIÚP QUÝ VỊ SO SÁNH CÁC QUYỀN LỢI BẢO HIỂM VÀ CHỈ LÀ MỘT BẢN TÓM TẮT. CẦN THAM KHẢO CHỨNG TỪ BẢO HIỂM (EOC) ĐỂ BIẾT MÔ TẢ CHI TIẾT VỀ CÁC QUYỀN LỢI VÀ GIỚI HẠN BẢO HIỂM.

Các quyền lợi chính	Khoản quý vị phải thanh toán
Khoản khấu trừ	SBC sẽ cho biết chương trình của quý vị có khoản khấu trừ cần được đáp ứng trước khi chúng tôi bắt đầu thanh toán cho các quyền lợi hay không.
Mức quyền lợi tối đa suốt đời.....	Chương trình này không có mức quyền lợi tối đa suốt đời.
Các dịch vụ chuyên môn	Tham khảo SBC theo mục “Nếu quý vị thăm khám tại văn phòng hoặc phòng khám của nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe”.
Các dịch vụ ngoại trú.....	Tham khảo SBC theo mục “Nếu quý vị có ca phẫu thuật ngoại trú”.
Các dịch vụ khi nằm viện.....	Tham khảo SBC theo mục “Nếu quý vị nằm viện”.
Bảo hiểm sức khỏe trong trường hợp cấp cứu	Tham khảo SBC theo mục “Nếu quý vị cần chăm sóc y tế ngay lập tức”.
Các dịch vụ xe cứu thương.....	Tham khảo SBC theo mục “Nếu quý vị cần chăm sóc y tế ngay lập tức”.
Bảo hiểm thuốc theo toa	Tham khảo SBC theo mục “Nếu quý vị cần thuốc để điều trị bệnh hoặc tình trạng”.
Dụng cụ y khoa lâu bền.....	Tham khảo SBC theo mục “Nếu quý vị cần hỗ trợ phục hồi hoặc có nhu cầu chăm sóc sức khỏe đặc biệt khác”.
Các dịch vụ sức khỏe tâm thần	Tham khảo SBC theo mục “Nếu quý vị cần dịch vụ chăm sóc sức khỏe tâm thần, sức khỏe hành vi hoặc lạm dụng dược chất”.
Các dịch vụ rối loạn do sử dụng chất gây nghiện.....	Tham khảo SBC theo mục “Nếu quý vị cần dịch vụ chăm sóc sức khỏe tâm thần, sức khỏe hành vi hoặc lạm dụng dược chất”.
Các dịch vụ chăm sóc sức khỏe tại gia	Tham khảo SBC theo mục “Nếu quý vị cần hỗ trợ phục hồi hoặc có nhu cầu chăm sóc sức khỏe đặc biệt khác”.
Các dịch vụ khác.....	Tham khảo SBC theo mục “Nếu quý vị làm xét nghiệm” và “Nếu quý vị cần hỗ trợ phục hồi hoặc có nhu cầu chăm sóc sức khỏe đặc biệt khác”.

- Chăm sóc thị lực cho trẻ em Các quyền lợi chăm sóc thị lực cho trẻ em được quản lý bởi Envolve Vision, Inc. Tham khảo mục “Chương trình chăm sóc thị lực cho trẻ em” ở phần sau của *Mẫu tiết lộ thông tin* này để biết thông tin quyền lợi bao gồm bảng kê quyền lợi kính thuốc.
- Các dịch vụ nha khoa cho trẻ em Các quyền lợi chăm sóc nha khoa dành cho trẻ em được Dental Benefit Providers of California, Inc. cung cấp và quản lý. (DBP). DBP không liên kết với Health Net. Tham khảo mục “Chương trình nha khoa cho trẻ em” ở phần sau của *Mẫu tiết lộ thông tin* để biết thông tin quyền lợi. Xem *EOC* để biết thêm chi tiết.

Giới hạn bảo hiểm

CÁC DỊCH VỤ VÀ VẬT LIỆU KHÔNG ĐƯỢC ĐÀI THỌ (CÁC TRƯỜNG HỢP LOẠI TRỪ VÀ GIỚI HẠN)

- Các dịch vụ xe cứu thương và trợ y không dẫn đến vận chuyển hoặc không đáp ứng các tiêu chí chăm sóc cấp cứu, trừ khi những dịch vụ đó cần thiết về mặt y tế và đã có sự chấp thuận trước;
- Đối với liệu pháp phản hồi sinh học, chương trình chỉ đài thọ cho dịch vụ điều trị cần thiết về mặt y tế cho một số chứng rối loạn thể chất nhất định (chẳng hạn như mất tự chủ đại/tiểu tiện và đau nhức mãn tính) và rối loạn sức khỏe tâm thần và rối loạn do sử dụng dược chất;
- Chăm sóc sức khỏe tâm thần như một điều kiện tạm tha hoặc quản chế, hoặc xét nghiệm theo lệnh của tòa án để xác định các chứng rối loạn sức khỏe tâm thần và rối loạn do sử dụng chất gây nghiện, trừ khi những dịch vụ đó là cần thiết về mặt y tế;
- Các dịch vụ nắn xương, trừ khi được nêu rõ là được đài thọ trong SBC của chương trình quý vị;
- Giày dép điều chỉnh được giới hạn ở những loại giày dép cần thiết về mặt y tế được làm riêng cho hội viên và gắn vĩnh viễn vào một thiết bị chỉnh hình cần thiết về mặt y tế cũng là một quyền lợi được đài thọ trong chương trình này hoặc là một thiết bị điều trị bệnh bàn chân để phòng ngừa hoặc điều trị các biến chứng liên quan đến bệnh tiểu đường. Các loại giày dép điều chỉnh khác không được đài thọ trừ khi được mô tả cụ thể trong EOC của chương trình của quý vị;
- Dịch vụ và vật liệu thẩm mỹ;
- Chăm sóc giám hộ hoặc sống cùng;
- Các dịch vụ nha khoa cho hội viên từ 19 tuổi trở lên. Tuy nhiên, các dịch vụ nha khoa hoặc chỉnh nha cần thiết về mặt y tế là một phần không thể thiếu của giải phẫu tái tạo cho các thủ thuật điều trị chứng hở hàm ếch được đài thọ. Chứng hở hàm ếch bao gồm hở hàm ếch, sứt môi trên hoặc các dị thường sọ mặt khác liên quan đến chứng hở hàm ếch;
- Vật liệu dùng một lần tại gia, ngoại trừ một số vật liệu dùng một lần cho hậu môn nhân tạo hoặc bệnh tiểu tiện không tự chủ;
- Các thủ thuật mang tính thí nghiệm hoặc nghiên cứu, ngoại trừ như được nêu trong các mục “Các thử nghiệm lâm sàng” và “Nếu quý vị không đồng ý với chương trình của chúng tôi” của *Mẫu tiết lộ thông tin* này;
- Bảo hiểm duy trì khả năng sinh sản không bao gồm: các Công nghệ hỗ trợ sinh sản (ART) theo dõi để có cơ hội thụ thai trong tương lai, chẳng hạn như thụ tinh nhân tạo, thụ tinh trong ống nghiệm và/hoặc chuyển phôi; chẩn đoán di truyền trước khi phôi làm tổ; người cho trứng, tinh trùng hoặc phôi; hoặc người mang thai hộ (người mang thai thay thế);
- Xét nghiệm di truyền không được đài thọ trừ khi được Health Net xác định là cần thiết về mặt y tế. Bác sĩ kê toa phải yêu cầu sự chấp thuận trước để được bảo hiểm. Tuy nhiên, không cần có sự chấp thuận trước mới có thể xét nghiệm dấu ấn sinh học cho các hội viên bị ung thư giai đoạn 3 hoặc 4 tiến triển hoặc di căn;
- Dụng cụ trợ thính;

- Chủng ngừa và tiêm với mục đích nghề nghiệp/đi lại nước ngoài;
- Dịch vụ và vật liệu điều trị tình trạng vô sinh, trừ khi được nêu rõ là được đài thọ theo SBC của chương trình của quý vị;
- Tư vấn hôn nhân, trừ khi được thực hiện liên quan tới các dịch vụ được cung cấp cho chứng rối loạn sức khỏe tâm thần hoặc rối loạn do sử dụng chất gây nghiện có thể điều trị được;
- Các tổ chức không đủ tiêu chuẩn. Chương trình này chỉ đài thọ các dịch vụ hoặc vật liệu cần thiết về mặt y tế được cung cấp bởi một bệnh viện, cơ sở chăm sóc giai đoạn cuối đời, cơ sở điều dưỡng chuyên môn được Medicare chấp thuận, trung tâm cư trú và điều trị có giấy phép hoặc cơ sở y tế khác có giấy phép phù hợp như nêu trong EOC của chương trình. Bất kỳ tổ chức nào không được cấp phép để cung cấp các dịch vụ và vật liệu y tế, bất kể được chỉ định như thế nào, cũng không phải là tổ chức đủ tiêu chuẩn;
- Dụng cụ chỉnh thị (tập luyện mắt);
- Dụng cụ chỉnh hình (chẳng hạn như đai, giá đỡ và băng bột) không được làm riêng để vừa với cơ thể hội viên. Tham khảo ý “giày dép điều chỉnh” ở trên để biết thêm các giới hạn về dụng cụ chỉnh hình bàn chân;
- Thuốc theo toa cho bệnh nhân ngoại trú (trừ khi được ghi trong “Chương trình thuốc theo toa”);
- Vật dụng cá nhân hoặc vật dụng tiện nghi;
- Bác sĩ tự điều trị;
- Bác sĩ điều trị cho thân nhân trực hệ;
- Phòng riêng khi nhập viện, trừ khi cần thiết về mặt y tế;
- Điều dưỡng riêng;
- Giải phẫu điều chỉnh khúc xạ mắt trừ khi cần thiết về mặt y tế, được khuyến nghị bởi bác sĩ điều trị của hội viên và được Health Net cho phép;
- Khôi phục khả năng sinh sản sau giải phẫu triệt sản;
- Chăm sóc bàn chân định kỳ để điều trị chai chân, can sẹo và cắt móng, trừ khi được kê toa để điều trị bệnh tiểu đường;
- Khám sức khỏe định kỳ (bao gồm khám tâm lý hoặc sàng lọc ma túy) cho mục đích bảo hiểm, xin giấy phép, xin việc, đi học, cắm trại hoặc mục đích không mang tính phòng ngừa khác;
- Các dịch vụ và vật liệu không được Health Net, Tổ chức Quản lý Chương trình Sức khỏe Hành vi hoặc nhóm bác sĩ cho phép theo các thủ thuật của Health Net;
- Các dịch vụ cho trường hợp mang thai hộ được đài thọ khi người mang thai hộ là hội viên của Health Net. Tuy nhiên, khi nhận được khoản bồi thường cho trường hợp mang thai hộ, Health Net có quyền giữ thể chấp khoản bồi thường đó để thu hồi chi phí y tế của mình;
- Các dịch vụ nhận được trước ngày có hiệu lực hoặc sau khi chấm dứt bảo hiểm, trừ khi được nêu rõ trong mục “Giới hạn các quyền lợi” của EOC của chương trình;
- Các dịch vụ liên quan đến giáo dục hoặc đào tạo, bao gồm cho mục đích việc làm hay chuyên môn, ngoại trừ để điều trị sức khỏe hành vi cho chứng rối loạn phát triển lan tỏa hoặc bệnh tự kỷ;
- Điều trị tại bệnh viện tiểu bang, ngoại trừ do kết quả của một tình trạng cấp cứu hoặc chăm sóc cần thiết khẩn cấp;

- Căng thẳng, trừ khi được thực hiện liên quan tới các dịch vụ được cung cấp để điều trị chứng rối loạn sức khỏe tâm thần hoặc rối loạn do sử dụng chất gây nghiện có thể điều trị được;
- Tư vấn dịch vụ y tế từ xa thông qua nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe từ xa chọn lọc không bao gồm các dịch vụ của bác sĩ chuyên khoa; và toa thuốc có các chất bị Cơ quan Phòng chống Ma túy (DEA) kiểm soát, thuốc không dùng để điều trị hoặc một số thuốc nhất định khác có thể gây hại do có khả năng lạm dụng thuốc;
- Điều trị rối loạn khớp hàm hoặc các thủ thuật giải phẫu để nắn hoặc chỉnh lại hàm, trừ khi cần thiết về mặt y tế; và
- Điều trị béo phì, giảm cân hoặc kiểm soát cân nặng, ngoại trừ điều trị béo phì bệnh lý. Một số dịch vụ nhất định có thể được đài thọ dưới dạng dịch vụ chăm sóc phòng ngừa như được mô tả trong EOC của chương trình.

Trên đây là danh sách một phần gồm các trường hợp loại trừ và giới hạn chính áp dụng cho phần bảo hiểm y tế của Chương trình Health Net của quý vị. EOC mà quý vị sẽ nhận được nếu ghi danh vào chương trình này sẽ chứa danh sách đầy đủ.

Quyền lợi và bảo hiểm

CHĂM SÓC CẦN THIẾT VỀ MẶT Y TẾ

Tất cả các dịch vụ cần thiết về mặt y tế sẽ được đài thọ bởi chương trình Health Net của quý vị (trừ khi được loại trừ cụ thể theo chương trình). Tất cả các dịch vụ hoặc vật liệu được đài thọ được liệt kê trong EOC của chương trình; những dịch vụ hoặc vật liệu khác không được đài thọ.

CẤP CỨU

Health Net đài thọ cho trường hợp cấp cứu và chăm sóc cần thiết khẩn cấp trên toàn thế giới. Nếu quý vị cần cấp cứu hoặc chăm sóc cần thiết khẩn cấp, hãy tìm sự chăm sóc tại nơi có sẵn ngay lập tức. Tùy thuộc vào hoàn cảnh, quý vị có thể tìm dịch vụ chăm sóc này bằng cách đi đến gặp nhóm bác sĩ (y tế) của mình hoặc Tổ chức Quản lý Sức khỏe Hành vi (rối loạn sức khỏe tâm thần và rối loạn do sử dụng dược chất) hoặc đến cơ sở cấp cứu gần nhất hoặc gọi **911**.

Quý vị được khuyến khích sử dụng một cách thích hợp hệ thống ứng phó cấp cứu **911**, trong các khu vực mà hệ thống này được thiết lập và hoạt động, khi quý vị có tình trạng y tế cấp cứu (bao gồm chứng rối loạn sức khỏe tâm thần và rối loạn do sử dụng dược chất) đòi hỏi phản ứng khẩn. Tất cả các dịch vụ cứu thương đường bộ và đường không cũng như dịch vụ vận chuyển cứu thương được cung cấp do cuộc gọi đến **911** sẽ được đài thọ, nếu yêu cầu được đưa ra cho một tình trạng y tế cấp cứu (bao gồm chứng rối loạn sức khỏe tâm thần và rối loạn do sử dụng dược chất).

Toàn bộ dịch vụ chăm sóc theo dõi (bao gồm chứng rối loạn sức khỏe tâm thần và rối loạn do sử dụng chất gây nghiện) sau khi tình trạng khẩn cấp đã qua và tình trạng của quý vị đã ổn định, phải được nhóm bác sĩ (y tế) của quý vị hoặc Tổ chức Quản lý Sức khỏe Hành vi (rối loạn sức khỏe tâm thần và rối loạn do sử dụng chất gây nghiện) cung cấp hoặc chấp thuận; nếu không, dịch vụ đó sẽ không được Health Net đài thọ.



Chăm sóc cấp cứu bao gồm khám sàng lọc y khoa, khám và đánh giá bởi bác sĩ (hoặc nhân viên khác đến mức độ được luật hiện hành cho phép và trong phạm vi giấy phép cũng như đặc quyền của người đó) để xác định xem một tình trạng y tế cấp cứu hoặc chuyển dạ tích cực có tồn tại hay không, và nếu có, thì dịch vụ chăm sóc, điều trị và giải phẫu, trong phạm vi giấy phép của người đó, có cần thiết để giảm nhẹ hoặc loại bỏ tình trạng y tế cấp cứu đó không, trong khả năng của cơ sở. “Chuyển dạ tích cực” nghĩa là chuyển dạ khi một trong hai điều sau đây được dự kiến một cách hợp lý là sẽ xảy ra: (1) Không có đủ thời gian để chuyển đến bệnh viện khác trước khi sinh một cách an toàn; hoặc (2) chuyển viện sẽ gây đe dọa sức khỏe và sự an toàn của hội viên hoặc đứa trẻ chưa ra đời. Chăm sóc cấp cứu cũng sẽ bao gồm sàng lọc bổ sung, khám và đánh giá bởi bác sĩ (hoặc nhân viên khác đến mức độ được cho phép bởi luật hiện hành và trong phạm vi giấy phép và đặc quyền của người đó) để xác định xem một tình trạng sức khỏe tâm thần cấp cứu có tồn tại hay không, và dịch vụ chăm sóc và điều trị có cần thiết để giảm nhẹ hoặc loại bỏ tình trạng sức khỏe tâm thần cấp cứu đó, hoặc trong khả năng của cơ sở y tế hoặc bằng cách chuyển hội viên đến một đơn vị chăm sóc tâm thần trong bệnh viện đa khoa chăm sóc cấp tính hoặc đến một bệnh viện tâm thần chăm sóc cấp tính khi cần thiết về mặt y tế hay không.

Tất cả các dịch vụ cứu thương đường bộ và đường không cũng như dịch vụ vận chuyển cứu thương được cung cấp do cuộc gọi đến **911** sẽ được đài thọ, nếu yêu cầu được đưa ra cho một tình trạng y tế cấp cứu (bao gồm chứng rối loạn sức khỏe tâm thần và rối loạn do sử dụng chất gây nghiện).

Tình trạng y tế cấp cứu là một tình trạng y tế tự biểu hiện các triệu chứng cấp tính với đủ mức độ nặng (bao gồm cả đau nhức dữ dội) mà nếu không chăm sóc y tế kịp thời có thể dẫn đến bất kỳ hậu quả nào sau đây: (1) Khiến sức khỏe của bệnh nhân gặp nguy hiểm nghiêm trọng, (2) Suy giảm nghiêm trọng các chức năng cơ thể hoặc (3) Rối loạn chức năng nghiêm trọng của bất kỳ cơ quan hoặc bộ phận nào của cơ thể.

Tình trạng sức khỏe tâm thần cấp cứu nghĩa là tình trạng rối loạn sức khỏe tâm thần hoặc rối loạn do sử dụng chất gây nghiện tự biểu hiện các triệu chứng cấp tính có mức độ nghiêm trọng đủ khiến bệnh nhân rơi vào một trong các tình huống sau: (1) Mối nguy hiểm trước mắt cho bản thân hoặc cho người khác, hoặc (2) Ngay lập tức không thể tự chuẩn bị hoặc sử dụng thức ăn, nơi ở hoặc quần áo do rối loạn sức khỏe tâm thần hoặc rối loạn do sử dụng dược chất.

Chăm sóc cần thiết khẩn cấp bao gồm dịch vụ y tế được đài thọ theo hình thức khác mà một người tìm đến để điều trị một chấn thương, bệnh không mong muốn hoặc biến chứng của một tình trạng có sẵn, bao gồm cả mang thai, để ngăn suy giảm nghiêm trọng sức khỏe của người đó, nhưng dịch vụ đó không đủ điều kiện là chăm sóc cấp cứu, theo định nghĩa trong mục này. Điều này có thể bao gồm các dịch vụ mà một người cần phải biết là trường hợp cấp cứu không tồn tại.

THÔNG BÁO VỀ MỨC BẢO HIỂM BẮT BUỘC

Các quyền lợi của chương trình này mang đến mức bảo hiểm bắt buộc theo Đạo luật bảo vệ sức khỏe của bà mẹ và trẻ sơ sinh năm 1996 và Đạo luật quyền chăm sóc bệnh ung thư và sức khỏe phụ nữ năm 1998 của liên bang.

Đạo luật bảo vệ sức khỏe của bà mẹ và trẻ sơ sinh năm 1996 đặt ra các yêu cầu về thời gian nằm viện tối thiểu sau khi sinh. Cụ thể, theo luật liên bang, các chương trình bảo hiểm sức khỏe theo nhóm và bên phát hành bảo hiểm y tế không thể hạn chế các quyền lợi cho bất kỳ thời gian nằm viện nào liên quan đến việc sinh con đối với bà mẹ hoặc trẻ sơ sinh đến dưới 48 giờ sau khi sinh thường, hoặc dưới 96 giờ sau khi sinh mổ. Tuy nhiên, luật liên bang nói chung không cấm nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe của người mẹ hoặc trẻ sơ sinh, sau khi hỏi ý kiến người mẹ, cho người mẹ hoặc con mới sinh của họ xuất viện sớm hơn 48 giờ (hoặc 96 giờ khi áp dụng). Trong bất kỳ trường hợp nào, theo luật liên bang, chương trình và bên phát hành bảo hiểm không thể yêu cầu nhà cung cấp phải được sự cho phép từ chương trình hoặc bên phát hành bảo hiểm để ra y lệnh cho thời gian nằm viện không vượt quá 48 giờ (hoặc 96 giờ).

Đạo luật quyền chăm sóc bệnh ung thư và sức khỏe phụ nữ năm 1998 áp dụng cho các cuộc giải phẫu mổ vú cần thiết về mặt y tế và bắt buộc phải bảo hiểm cho các dụng cụ cơ thể giả và giải phẫu tái tạo trên cả hai vú được thực hiện nhằm khôi phục và làm cân đối vú.

TIẾP CẬN KỊP THỜI DỊCH VỤ CHĂM SÓC

Bộ Quản trị Chăm sóc Sức khỏe (DMHC) California đã ban hành các quy định (Bộ pháp điển California, Tiêu đề 28, Mục 1300.67.2.2) với các yêu cầu tiếp cận kịp thời các dịch vụ chăm sóc sức khỏe không cấp cứu.

Quý vị có thể liên hệ với Health Net theo số ghi trên bì sau 24/7 để tiếp cận các dịch vụ phân loại cấp cứu hoặc sàng lọc. Health Net cung cấp quyền tiếp cận các dịch vụ chăm sóc sức khỏe được đài thọ một cách kịp thời. Để biết thêm thông tin, vui lòng tham khảo EOC của chương trình hoặc liên hệ với Trung tâm Liên lạc Hội viên của Health Net theo số điện thoại trên bì sau.

Vui lòng xem mục “Thông báo về các dịch vụ ngôn ngữ” để biết thông tin về sự sẵn có của các dịch vụ thông dịch miễn phí.

CÁC THỬ NGHIỆM LÂM SÀNG

Chi phí chăm sóc bệnh nhân thông thường dành cho bệnh nhân bị chẩn đoán ung thư hoặc các bệnh hay tình trạng khác nguy hiểm đến tính mạng, đã chấp nhận chuyển sang thử nghiệm lâm sàng giai đoạn I, II, III hoặc IV sẽ được đài thọ khi cần thiết về mặt y tế, được bác sĩ điều trị của hội viên khuyến cáo và được Health Net cho phép. Bác sĩ phải xác định rằng việc tham gia có lợi ích tiềm ẩn lớn đối với hội viên và thử nghiệm nhằm mục đích điều trị. Để biết thêm thông tin, vui lòng tham khảo EOC của chương trình.

Ý KIẾN Y KHOA THỨ HAI

Quý vị có quyền yêu cầu một ý kiến y khoa thứ hai khi:

- PCP hoặc bác sĩ giới thiệu của quý vị đưa ra chẩn đoán hoặc đề nghị một kế hoạch điều trị mà quý vị không hài lòng;
- Quý vị không hài lòng với kết quả điều trị mà mình nhận được;
- Quý vị được chẩn đoán bị hoặc được đề nghị một kế hoạch điều trị cho một tình trạng đe dọa gây tử vong, mất chức năng tay chân hoặc cơ thể hoặc suy giảm đáng kể, bao gồm nhưng không chỉ giới hạn ở một bệnh mãn tính nghiêm trọng; hoặc
- PCP hoặc bác sĩ giới thiệu của quý vị không thể chẩn đoán tình trạng của quý vị hoặc các kết quả xét nghiệm mâu thuẫn với nhau.

Khi yêu cầu ý kiến thứ hai, quý vị sẽ phải chịu trách nhiệm về các khoản tiền đồng trả áp dụng. Để lấy bản sao chính sách về ý kiến thứ hai của Health Net, vui lòng gọi đến Trung tâm Liên lạc Hội viên theo số ghi trên bì sau.

BẢO HIỂM CHO TRẺ SƠ SINH

Trẻ sinh sau ngày ghi danh của quý vị được đài thọ tự động trong 31 ngày (kể từ ngày chào đời).

Để tiếp tục được bảo hiểm, trẻ phải được ghi danh thông qua hãng sở của quý vị trước ngày thứ 60 sau khi trẻ chào đời. Nếu trẻ không được ghi danh trong vòng 60 ngày (kể từ ngày chào đời):

- Bảo hiểm sẽ kết thúc sau 31 ngày (kể từ ngày chào đời); và
- Quý vị sẽ phải thanh toán cho nhóm bác sĩ toàn bộ chi phí chăm sóc y tế được cung cấp sau ngày thứ 31 (kể từ ngày chào đời).

QUYỀN GHI DANH ĐẶC BIỆT THEO ĐẠO LUẬT TÁI ỦY QUYỀN CHƯƠNG TRÌNH BẢO HIỂM Y TẾ CỦA TRẺ EM NĂM 2009 (CHIPRA)

Đạo luật tái ủy quyền chương trình bảo hiểm y tế của trẻ em năm 2009 (CHIPRA) tạo ra một giai đoạn ghi danh đặc biệt, trong giai đoạn đó các cá nhân và (những) người phụ thuộc đủ tiêu chuẩn yêu cầu ghi danh vào chương trình này trong vòng 60 ngày từ khi trở nên không đủ tiêu chuẩn và mất bảo hiểm theo một chương trình Medi-Cal.

GIA HẠN CÁC QUYỀN LỢI

Nếu quý vị hoặc một thành viên gia đình được đài thọ bị khuyết tật hoàn toàn khi hãng sở của quý vị kết thúc thỏa thuận về các dịch vụ theo nhóm của họ với Health Net, chúng tôi có thể đài thọ cho việc điều trị khuyết tật cho đến khi một trong những điều sau xảy ra:

- Tối đa 12 tháng liên tiếp trôi qua kể từ ngày kết thúc;
- Các quyền lợi có sẵn bị hết;
- Hết khuyết tật; hoặc
- Hội viên được ghi danh vào một chương trình khác đài thọ cho tình trạng khuyết tật.

Quý vị phải gửi đơn yêu cầu gia hạn các quyền lợi cho tình trạng khuyết tật cho Health Net trong vòng 90 ngày sau khi hãng sở của quý vị kết thúc thỏa thuận với chúng tôi. Chúng tôi sẽ yêu cầu bằng chứng y tế về tình trạng khuyết tật hoàn toàn vào những khoảng thời gian quy định cụ thể.

BẢO MẬT VÀ TIẾT LỘ THÔNG TIN HỘI VIÊN

Health Net biết rằng thông tin cá nhân trong hồ sơ y khoa của quý vị là thông tin riêng tư. Do đó, chúng tôi bảo vệ thông tin sức khỏe cá nhân của quý vị trong tất cả mọi hoàn cảnh (bao gồm thông tin bằng lời nói, văn bản và điện tử). Lần duy nhất chúng tôi sẽ tiết lộ thông tin bảo mật của quý vị mà không có sự cho phép từ quý vị là cho các hoạt động thanh toán, điều trị, chăm sóc sức khỏe (bao gồm, nhưng không chỉ giới hạn ở, các chương trình quản lý dịch vụ y tế, cải thiện chất lượng, quản lý bệnh hoặc ca bệnh) hoặc khi luật pháp cho phép hoặc yêu cầu làm như vậy, chẳng hạn như do lệnh của tòa án hoặc trật đòi hầu tòa. Chúng tôi sẽ không tiết lộ thông tin chi tiết về các yêu cầu thanh toán bảo mật của quý vị cho hãng sở của quý vị hoặc đại lý của họ. Thông thường, Health Net bắt buộc phải tuân thủ các yêu cầu báo cáo số liệu và kết quả đo cộng gộp. Trong những trường hợp đó, chúng tôi bảo vệ sự riêng tư của quý vị bằng cách không tiết lộ bất kỳ thông tin nào xác định danh tính hội viên của mình.

THỦ TỤC BẢO VỆ QUYỀN RIÊNG TƯ

Sau khi quý vị trở thành hội viên của Health Net, Health Net sẽ sử dụng và tiết lộ thông tin sức khỏe được bảo vệ và thông tin tài chính cá nhân không công khai* của hội viên cho mục đích điều trị, thanh toán, hoạt động chăm sóc sức khỏe, và khi luật cho phép hoặc yêu cầu. Health Net cung cấp cho hội viên Thông báo về thủ tục bảo vệ quyền riêng tư mô tả cách Health Net sử dụng và tiết lộ thông tin sức khỏe được bảo vệ; các quyền tiếp cận, yêu cầu sửa đổi, các điều hạn chế của cá nhân, và giải thích các trường hợp tiết lộ thông tin sức khỏe được bảo vệ; và các quy trình nộp than phiền. Health Net sẽ cung cấp cho quý vị cơ hội chấp thuận hoặc từ chối tiết lộ thông tin của mình cho các mục đích tiết lộ không thông dụng, chẳng hạn như tiếp thị. Health Net cung cấp quyền tiếp cận cho hội viên để kiểm tra hoặc lấy bản sao thông tin sức khỏe được bảo vệ của hội viên đó trong các tập hồ sơ được chỉ định mà Health Net lưu giữ. Health Net bảo vệ thông tin bằng lời nói, văn bản và điện tử trên toàn bộ tổ chức bằng cách sử dụng các biện pháp an toàn bảo vệ hợp lý và phù hợp. Những biện pháp an toàn này bao gồm giới hạn quyền truy cập vào thông tin sức khỏe được bảo vệ của cá nhân ở chỉ những người cần biết để thực hiện thanh toán, điều trị, hoạt động chăm sóc sức khỏe hoặc khi được luật cho phép hoặc yêu cầu. Health Net tiết lộ thông tin sức khỏe được bảo vệ cho các nhà tài trợ chương trình để quản trị các chương trình tự cấp vốn nhưng không tiết lộ thông tin sức khỏe được bảo vệ cho nhà tài trợ chương trình/hãng sở để có các sản phẩm được bảo hiểm trừ khi nhà tài trợ chương trình đang thực hiện chức năng thanh toán hoặc chăm sóc sức khỏe cho chương trình. Quý vị có thể tìm thấy toàn bộ Thông báo về Thủ tục bảo vệ quyền riêng tư của Health Net trong EOC của chương trình tại địa chỉ www.healthnet.com trong mục "Legal Notices" (Thông báo pháp lý) hoặc quý vị có thể gọi đến Trung tâm Liên lạc Hội viên theo số điện thoại ghi trên bìa sau của tập sách này để lấy một bản sao.

* Thông tin tài chính cá nhân không công khai bao gồm thông tin tài chính có thể xác định danh tính cá nhân mà quý vị đã cung cấp cho chúng tôi để nhận bảo hiểm của chương trình bảo hiểm sức khỏe hoặc chúng tôi thu thập để cung cấp quyền lợi cho quý vị. Ví dụ bao gồm số An sinh xã hội, số dư tài khoản và lịch sử thanh toán. Chúng tôi không tiết lộ bất kỳ thông tin cá nhân không công khai nào về quý vị cho bất kỳ ai, trừ khi luật pháp cho phép.

Quản lý việc sử dụng dịch vụ

Quản lý việc sử dụng dịch vụ là một phần quan trọng của quản lý việc chăm sóc sức khỏe. Thông qua các quy trình chấp thuận trước, quản lý việc chăm sóc và xét duyệt song song và có hiệu lực trở về trước, chúng tôi đánh giá các dịch vụ được cung cấp cho hội viên của mình để chắc chắn rằng các dịch vụ đó cần thiết về mặt y tế và phù hợp đối với hoàn cảnh cũng như thời gian. Những quy trình này giúp duy trì các tiêu chuẩn quản lý y khoa chất lượng cao của Health Net.

CHẤP THUẬN TRƯỚC

Một số dịch vụ được đề xuất có thể yêu cầu đánh giá trước khi phê duyệt. Các tiêu chí dựa trên bằng chứng được dùng để đánh giá xem một quy trình có cần thiết về mặt y tế hay không và có được lên kế hoạch cho một hoàn cảnh phù hợp hay không (tức là, giải phẫu ngoại trú, nội trú, v.v.).

XÉT DUYỆT SONG SONG

Quy trình này tiếp tục để cho phép điều trị nội trú và một số tình trạng ngoại trú một cách đồng thời trong khi tuân theo sự tiến triển của hội viên, chẳng hạn như trong khi nhập viện nội trú hoặc trong khi nhận các dịch vụ chăm sóc tại gia ngoại trú.

LÊN KẾ HOẠCH XUẤT VIỆN

Thành phần này của quy trình xét duyệt song song đảm bảo rằng việc lên kế hoạch được thực hiện để xuất viện an toàn cho hội viên kết hợp với lệnh xuất viện của bác sĩ và để cấp phép cho các dịch vụ sau xuất viện khi cần.

DUYỆT XÉT CHO KHOẢNG THỜI GIAN TRƯỚC ĐÂY

Quy trình quản lý y khoa này đánh giá tính thích hợp của các dịch vụ y tế theo từng trường hợp sau khi dịch vụ đó đã được cung cấp. Quy trình này thường được tiến hành ở các trường hợp có yêu cầu nhưng chưa nhận được sự chấp thuận trước.

QUẢN LÝ CHĂM SÓC HOẶC QUẢN LÝ TRƯỜNG HỢP

Các quản lý chăm sóc điều dưỡng sẽ hỗ trợ, đào tạo và hướng dẫn cho hội viên (và gia đình họ) về các vấn đề sức khỏe dài hạn cấp tính và/hoặc mãn tính quan trọng. Các quản lý chăm sóc sẽ làm việc chặt chẽ với hội viên, bác sĩ của họ và các nguồn lực cộng đồng.

Nếu quý vị muốn biết thêm thông tin về quy trình quản lý dịch vụ y tế của Health Net, vui lòng gọi cho Trung tâm Liên lạc Hội viên của Health Net theo số điện thoại trên bìa sau.

Thanh toán lệ phí và chi phí

KHOẢN TIỀN ĐỒNG TRẢ VÀ KHOẢN KHẤU TRỪ CỦA QUÝ VỊ

SBC giải thích mức bảo hiểm và mức chi trả của quý vị cho các dịch vụ. Vui lòng dành thời gian để xem bảng kê này.

CÁC LỆ PHÍ TRẢ TRƯỚC

Hãng sở của quý vị sẽ chi trả cho Health Net các chi phí đặt mua bảo hiểm hàng tháng của quý vị cho quý vị và tất cả các thành viên gia đình đã ghi danh. Hãy kiểm tra với hãng sở của quý vị về bất kỳ khoản đóng góp nào mà quý vị cần phải trả. Nếu khoản đóng góp của quý vị tăng lên, hãng sở sẽ thông báo trước cho quý vị.

CÁC CHI PHÍ KHÁC

Quý vị chịu trách nhiệm thanh toán khoản đóng góp chi phí cho các dịch vụ được đài thọ bởi chương trình này. Số tiền mà quý vị trả được gọi là khoản tiền đồng trả, được mô tả trong SBC. Ngoài những chi phí này, phần chi phí còn lại của các dịch vụ được đài thọ sẽ được Health Net chi trả.

Khi tổng số tiền đồng trả mà quý vị trả bằng chi phí tự trả tối đa ghi trong SBC, quý vị sẽ không phải trả các khoản tiền đồng trả khác cho thời gian còn lại trong năm đối với hầu hết các dịch vụ được cung cấp hoặc cho phép bởi nhóm bác sĩ.



Khoản thanh toán cho các dịch vụ không được chương trình này đài thọ sẽ không được tính vào chi phí tự trả tối đa của năm theo lịch. Ngoài ra, một số khoản khấu trừ và khoản tiền đồng trả sẽ không được tính vào chi phí tự trả tối đa ghi trong SBC. Để biết thêm thông tin, vui lòng tham khảo EOC của chương trình.

TRÁCH NHIỆM CHI TRẢ CỦA NGƯỜI ĐĂNG KÝ BẢO HIỂM HOẶC NGƯỜI GHI DANH

Nếu quý vị nhận được các dịch vụ chăm sóc sức khỏe mà không nhận được giấy giới thiệu hoặc sự chấp thuận bắt buộc từ PCP hoặc nhóm bác sĩ (y tế) của quý vị hoặc Tổ chức Quản lý Sức khỏe Hành vi (rối loạn sức khỏe tâm thần và rối loạn do sử dụng dược chất), thì quý vị có trách nhiệm thanh toán chi phí cho những dịch vụ đó.



Xin nhớ, chương trình này chỉ đài thọ cho các dịch vụ được một PCP hoặc nhóm bác sĩ hoặc Tổ chức Quản lý Chương trình Sức khỏe Hành vi cung cấp hoặc cho phép, ngoại trừ các trường hợp cấp cứu hoặc chăm sóc khẩn cấp ngoài khu vực. Tham khảo Danh mục Health Net HMO để biết danh sách đầy đủ các bác sĩ có hợp đồng với Health Net.

CÁC ĐIỀU KHOẢN BỒI HOÀN

Các khoản thanh toán mà Health Net phải trả cho các dịch vụ được cung cấp bởi hoặc thông qua nhóm bác sĩ (y tế) của quý vị hoặc Tổ chức Quản lý Sức khỏe Hành vi (rối loạn sức khỏe tâm thần và rối loạn do sử dụng dược chất) sẽ không bao giờ thuộc trách nhiệm của quý vị.

Nếu quý vị có chi phí tự trả cho các dịch vụ được đài thọ, vui lòng gọi Trung tâm Liên lạc Hội viên của Health Net để nhận mẫu yêu cầu thanh toán và hướng dẫn. Quý vị sẽ được bồi hoàn cho các chi phí này trừ đi bất kỳ khoản tiền đồng trả hoặc khoản khấu trừ bắt buộc. (Hãy nhớ, quý vị không cần nộp yêu cầu thanh toán cho các dịch vụ y tế được PCP hoặc nhóm bác sĩ của quý vị cung cấp.)

Nếu quý vị nhận được các dịch vụ cấp cứu không được cung cấp hoặc chỉ định bởi nhóm bác sĩ (y tế) của quý vị hoặc Tổ chức Quản lý Sức khỏe Hành vi (rối loạn sức khỏe tâm thần và rối loạn do sử dụng dược chất), thì quý vị có thể phải trả tiền vào thời điểm nhận được dịch vụ đó. Để được bồi hoàn những chi phí này, quý vị cần lấy bằng kê đầy đủ các dịch vụ đã nhận và, nếu có thể, một bản sao báo cáo của phòng cấp cứu.

Vui lòng gọi cho Trung tâm Liên lạc Hội viên của Health Net theo số điện thoại có trên bìa sau để nhận mẫu yêu cầu thanh toán và để biết xem quý vị nên gửi mẫu đã hoàn tất cho nhóm bác sĩ (y tế) của quý vị hay Tổ chức Quản lý Sức khỏe Hành vi (rối loạn sức khỏe tâm thần và rối loạn do sử dụng dược chất) hay gửi trực tiếp cho Health Net. Các yêu cầu thanh toán y tế phải được Health Net nhận được trong vòng một năm từ ngày thực hiện dịch vụ để đủ điều kiện nhận bồi hoàn.

Cách nộp yêu cầu thanh toán

Đối với các dịch vụ y tế, vui lòng gửi mẫu yêu cầu thanh toán đã hoàn tất trong vòng một năm kể từ ngày thực hiện dịch vụ đến:

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

Vui lòng gọi Trung tâm Liên lạc Hội viên của Health Net theo số điện thoại trên bìa sau của tập sách này hoặc truy cập trang web của chúng tôi theo địa chỉ www.healthnet.com để lấy mẫu yêu cầu thanh toán.

Đối với các thuốc theo toa cho bệnh nhân ngoại trú, vui lòng gửi mẫu yêu cầu thanh toán thuốc theo toa đã hoàn tất đến:

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

Vui lòng gọi Trung tâm Liên lạc Hội viên của Health Net theo số điện thoại trên bìa sau của tập sách này hoặc truy cập trang web của chúng tôi theo địa chỉ www.healthnet.com để lấy mẫu yêu cầu thanh toán thuốc theo toa.

Đối với các dịch vụ cấp cứu rối loạn sức khỏe tâm thần hoặc rối loạn do sử dụng dược chất hoặc các dịch vụ có sự cho phép của MHN Services, quý vị phải sử dụng mẫu CMS (HCFA) - 1500. Vui lòng gửi yêu cầu thanh toán đến MHN Claims trong vòng một năm kể từ ngày thực hiện dịch vụ theo địa chỉ ghi trên mẫu yêu cầu thanh toán hoặc đến MHN Claims theo địa chỉ:

MHN Claims
P.O. Box 14621
Lexington, KY 40512-4621

Vui lòng gọi MHN Claims theo số **1-800-444-4281** để lấy mẫu yêu cầu thanh toán.



Yêu cầu thanh toán cho các chi phí được đài thọ được nộp quá một năm từ ngày thực hiện dịch vụ sẽ không được thanh toán trừ khi quý vị có thể chứng minh hợp lý rằng mình không thể nộp yêu cầu thanh toán trong giới hạn thời gian đó và rằng quý vị đã nộp ngay khi có thể một cách hợp lý.

GIẤY GIỚI THIỆU CỦA NHÀ CUNG CẤP DỊCH VỤ CHĂM SÓC SỨC KHỎE VÀ TIẾT LỘ KHOẢN BỒI HOÀN

Nếu quý vị đang cân nhắc ghi danh vào chương trình của chúng tôi, quý vị có quyền hỏi xem chương trình có thỏa thuận tài chính đặc biệt với bác sĩ của chúng tôi mà có thể ảnh hưởng đến việc sử dụng giấy giới thiệu và các dịch vụ khác mà quý vị có thể cần đến hay không. Health Net sử dụng cách kích lệ tài chính và nhiều thỏa thuận chia sẻ rủi ro khác nhau khi chi trả cho nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe. Để nhận được thông tin này, vui lòng gọi đến Trung tâm Liên lạc Hội viên của Health Net theo số điện thoại trên bìa sau. Quý vị cũng có thể liên lạc với nhóm bác sĩ của quý vị hoặc PCP của quý vị để tìm hiểu về các sắp xếp thanh toán cho bác sĩ của chúng tôi.

Các cơ sở y tế

Các dịch vụ chăm sóc sức khỏe cho quý vị và hội viên đủ tiêu chuẩn trong gia đình quý vị sẽ được cung cấp tại:

- Các cơ sở y tế của nhóm bác sĩ do quý vị lựa chọn khi ghi danh; hoặc
- Một bệnh viện gần đó có ký hợp đồng với Health Net nếu yêu cầu nhập viện.

Nhiều nhóm bác sĩ có hợp đồng của Health Net có bác sĩ trực điện thoại 24 giờ một ngày hoặc trung tâm chăm sóc khẩn cấp sẵn sàng cung cấp dịch vụ chăm sóc bất kỳ lúc nào.

Nhóm bác sĩ do quý vị chọn cũng sẽ có mối quan hệ hợp đồng với các bệnh viện địa phương (để chăm sóc cấp tính, bán cấp và chuyển tiếp) và các cơ sở điều dưỡng chuyên môn. Những cơ sở này được liệt kê trong *Danh mục Health Net HMO của quý vị*.

CHUYỂN ĐỔI NHÓM BÁC SĨ

Quý vị có thể chuyển đổi bác sĩ trong cùng một nhóm bác sĩ bất kỳ lúc nào. Quý vị cũng có thể chuyển sang một nhóm bác sĩ khác hàng tháng. Chỉ cần liên hệ với Health Net tại địa chỉ www.healthnet.com hoặc theo số điện thoại ở bìa sau của tập sách này để việc chuyển đổi của quý vị có hiệu lực vào ngày 1 của tháng tiếp theo.

Thường các yêu cầu chuyển đổi sẽ được thực hiện trừ khi quý vị bị giới hạn ở một bệnh viện. (Tuy nhiên, Health Net có thể phê duyệt các yêu cầu chuyển đổi trong điều kiện này đối với một số trường hợp bất thường hoặc nghiêm trọng. Vui lòng gọi Trung tâm Liên lạc Hội viên của Health Net theo số điện thoại trên bìa sau của tập sách này để biết thêm thông tin.)

TIẾP TỤC CHĂM SÓC

Chuyển tiếp chăm sóc cho người ghi danh mới

Quý vị có thể yêu cầu chăm sóc liên tục từ một nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe, người không có hợp đồng với Health Net nếu vào lúc ghi danh với Health Net, quý vị đang nhận được dịch vụ chăm sóc cho các tình trạng liệt kê trong điều khoản “Tiếp tục nhận dịch vụ chăm sóc sau khi kết thúc hợp đồng với nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe” ngay dưới đây.

Health Net có thể cung cấp bảo hiểm cho việc hoàn tất các dịch vụ từ một nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe không tham gia, tùy theo các khoản tiền đồng trả áp dụng và các trường hợp loại trừ và giới hạn của chương trình của quý vị. Quý vị phải yêu cầu bảo hiểm trong vòng 60 ngày kể từ ngày nhóm có hiệu lực trừ khi quý vị có thể chứng minh hợp lý được rằng quý vị không thể thực hiện yêu cầu này trong vòng 60 ngày kể từ ngày nhóm có hiệu lực và quý vị thực hiện yêu cầu đó sớm nhất có thể một cách hợp lý. Nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe không tham gia phải sẵn sàng chấp nhận cùng các điều khoản hợp đồng áp dụng cho các nhà cung cấp hiện đang có hợp đồng với Health Net, những người không được đóng phí theo đầu người và người hành nghề trong cùng vùng địa lý hoặc vùng địa lý tương tự. Nếu nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe đó không chấp nhận những điều khoản như vậy, Health Net không có nghĩa vụ cung cấp bảo hiểm với nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe đó.

Tiếp tục nhận dịch vụ chăm sóc sau khi kết thúc hợp đồng với nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe

Nếu hợp đồng của Health Net với một nhóm bác sĩ hoặc nhà cung cấp khác bị chấm dứt, Health Net sẽ chuyển những hội viên bị ảnh hưởng sang một nhóm bác sĩ hoặc nhà cung cấp khác có hợp đồng nhằm đảm bảo chăm sóc liên tục. Health Net sẽ gửi một thông báo bằng văn bản đến những hội viên bị ảnh hưởng ít nhất 60 ngày trước khi chấm dứt hợp đồng với một nhóm bác sĩ hoặc bệnh viện chăm sóc cấp tính mà hội viên được chỉ định nhận dịch vụ. Đối với tất cả các bệnh viện khác chấm dứt hợp đồng với Health Net, hội viên bị ảnh hưởng sẽ nhận được một thông báo bằng văn bản trong vòng năm ngày sau ngày chấm dứt hợp đồng có hiệu lực.

Health Net có thể cung cấp bảo hiểm cho việc hoàn tất các dịch vụ từ một nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe có hợp đồng đã bị chấm dứt, tùy theo các khoản tiền đồng trả áp dụng và các trường hợp loại trừ và giới hạn khác của chương trình của quý vị và nếu nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe đó sẵn sàng chấp nhận cùng các điều khoản hợp đồng áp dụng cho nhà cung cấp đó trước khi hợp đồng với nhà cung cấp đó chấm dứt. Quý vị phải yêu cầu chăm sóc tiếp tục trong vòng 30 ngày từ ngày chấm dứt hợp đồng của nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe trừ khi quý vị có thể chứng minh hợp lý được rằng quý vị không thể thực hiện yêu cầu này trong vòng 30 ngày từ ngày chấm dứt hợp đồng của nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe và yêu cầu đó đã được thực hiện sớm nhất có thể một cách hợp lý.

Quý vị có thể yêu cầu tiếp tục chăm sóc từ một nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe có hợp đồng bị chấm dứt nếu tại thời điểm chấm dứt hợp đồng, hội viên đang nhận dịch vụ chăm sóc từ nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe đó cho các tình trạng liệt kê dưới đây.

Những tình trạng sau đủ tiêu chuẩn được tiếp tục chăm sóc:

- một tình trạng bệnh cấp tính;
- một tình trạng bệnh mạn tính nghiêm trọng không kéo dài quá mười hai tháng;
- mang thai (bao gồm giai đoạn mang thai và chăm sóc ngay sau sinh);
- sức khỏe tâm thần người mẹ, không quá 12 tháng kể từ ngày chẩn đoán hoặc kể từ khi kết thúc giai đoạn mang thai, tùy theo ngày nào đến sau;
- trẻ sơ sinh (cho đến 36 tháng tuổi, không vượt quá mười hai tháng);
- bệnh nan y (trong suốt thời gian mắc bệnh nan y);
- phẫu thuật hoặc thủ thuật khác đã được cho phép bởi Health Net (hoặc bởi một chương trình bảo hiểm sức khỏe trước đây của hội viên cho người ghi danh mới) trong khuôn khổ quá trình điều trị đã được ghi nhận.

Ngoài ra, quý vị có thể yêu cầu tiếp tục chăm sóc từ một nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe, bao gồm bệnh viện, nếu quý vị đã được ghi danh vào một chương trình Health Net HMO khác bao gồm một hệ thống lớn hơn chương trình này, Health Net sẽ đề nghị cùng phạm vi tiếp tục chăm sóc để hoàn thành dịch vụ, bất kể quý vị có cơ hội giữ lại nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe hiện tại hay không bằng cách chọn trong số:

- một sản phẩm của Health Net có một quyền lợi ngoài hệ thống;
- một sản phẩm khác trong hệ thống Health Net HMO bao gồm nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe hiện tại của quý vị; hoặc
- một chương trình bảo hiểm sức khỏe khác hoặc sản phẩm khác của công ty bảo hiểm.

Để yêu cầu tiếp tục chăm sóc, quý vị sẽ cần hoàn thành Mẫu yêu cầu tiếp tục chăm sóc. Nếu quý vị muốn biết thêm thông tin về cách yêu cầu tiếp tục chăm sóc hoặc yêu cầu một bản sao Mẫu yêu cầu tiếp tục chăm sóc hoặc bản sao chính sách tiếp tục chăm sóc của Health Net, vui lòng gọi đến Trung tâm Liên lạc Hội viên của Health Net theo số điện thoại trên bìa sau.

Gia hạn, tiếp tục hoặc kết thúc bảo hiểm

CÁC ĐIỀU KHOẢN GIA HẠN

Hợp đồng giữa Health Net và hãng sở của quý vị thường được gia hạn hàng năm. Nếu hợp đồng của quý vị được sửa đổi hoặc chấm dứt, hãng sở sẽ thông báo cho quý vị bằng văn bản.

TIẾP TỤC QUYỀN LỢI CHO CÁ NHÂN



Vui lòng kiểm tra cẩn thận các tùy chọn của quý vị trước khi từ chối bảo hiểm.

Nếu quý vị kết thúc hợp đồng lao động với hãng sở hiện tại, quý vị và các thành viên gia đình được đài thọ của quý vị có thể đủ tiêu chuẩn nhận bảo hiểm theo nhóm liên tục theo:

- **COBRA (Đạo luật phân bổ ngân sách đồng bộ hợp nhất năm 1985):** Đối với hầu hết các nhóm có 20 nhân viên trở lên, COBRA áp dụng cho các nhân viên và người phụ thuộc đủ tiêu chuẩn của họ, ngay cả khi họ sống ngoài California. Vui lòng kiểm tra với nhóm của quý vị để xác định xem quý vị và những người phụ thuộc được đài thọ của mình có đủ tiêu chuẩn hay không.
- **Bảo hiểm tiếp tục Cal-COBRA cho hãng sở nhỏ:** Đối với những hãng sở có dưới 20 nhân viên đủ tiêu chuẩn ghi danh vào chương trình bảo hiểm sức khỏe của hãng sở trong 50% số ngày làm việc của hãng sở trong năm trước, luật tiểu bang yêu cầu Health Net phải cung cấp bảo hiểm tiếp tục. Xem thêm thông tin về tính hội đủ tiêu chuẩn nhận bảo hiểm này trong EOC của quý vị.
- **Bảo hiểm tiếp tục Cal-COBRA:** Nếu quý vị đã hết quyền được nhận COBRA và quý vị sống trong Khu vực dịch vụ của Health Net, quý vị có thể đủ tiêu chuẩn nhận bảo hiểm tiếp tục bổ sung theo luật Cal-COBRA của tiểu bang. Bảo hiểm này có thể được cung cấp nếu quý vị đã hết quyền được nhận bảo hiểm COBRA của liên bang, đã có dưới 36 tháng nhận bảo hiểm COBRA, và quý vị không có quyền nhận Medicare. Nếu quý vị đủ tiêu chuẩn, quý vị có cơ hội tiếp tục nhận bảo hiểm nhóm theo chương trình này thông qua Cal-COBRA trong tối đa 36 tháng từ ngày bắt đầu bảo hiểm COBRA của liên bang.
- **Bảo hiểm USERRA:** Theo luật liên bang tên là Đạo luật quyền tuyển dụng và tái tuyển dụng cho quân nhân (USERRA), các hãng sở bắt buộc phải cung cấp cho nhân viên nghỉ việc để phục vụ trong quân ngũ và những người phụ thuộc của họ đã bị mất bảo hiểm sức khỏe nhóm cơ hội được chọn bảo hiểm tiếp tục trong khoảng thời gian lên đến 24 tháng. Vui lòng kiểm tra với nhóm của quý vị để xác định xem quý vị có đủ tiêu chuẩn hay không.

Ngoài ra, quý vị có thể đủ tiêu chuẩn hưởng bảo hiểm tiếp tục đối với tình trạng khuyết tật (trong tối đa 12 tháng) nếu hãng sở của quý vị chấm dứt hợp đồng với Health Net. Vui lòng tham khảo mục “Gia hạn quyền lợi” của *Mẫu tiết lộ thông tin* này để biết thêm thông tin.

CHẤM DỨT CÁC QUYỀN LỢI

Thông tin sau đây mô tả các trường hợp khi bảo hiểm của quý vị trong chương trình này có thể bị chấm dứt. Để xem bản mô tả đầy đủ hơn về việc chấm dứt các quyền lợi, vui lòng xem EOC của chương trình.

Chấm dứt do không chi trả các chi phí đặt mua bảo hiểm

Bảo hiểm của quý vị theo chương trình này kết thúc khi thỏa thuận giữa hãng sở và Health Net chấm dứt do hãng sở không chi trả các chi phí đặt mua bảo hiểm. Health Net sẽ cho hãng sở của quý vị thời gian ân hạn là 30 ngày để nộp các chi phí đặt mua bảo hiểm bị trễ hạn. Nếu hãng sở của quý vị không trả các chi phí đặt mua bảo hiểm bắt buộc vào cuối thời gian ân hạn 30 ngày đó, thỏa thuận giữa Health Net và hãng sở của quý vị sẽ bị hủy bỏ và Health Net sẽ chấm dứt bảo hiểm của quý vị vào cuối thời gian ân hạn đó.

Chấm dứt do không còn hội đủ tiêu chuẩn

Bảo hiểm của quý vị theo chương trình này sẽ kết thúc vào ngày quý vị trở nên không đủ tiêu chuẩn. Một số lý do mà quý vị có thể không còn hội đủ tiêu chuẩn trong chương trình này bao gồm, nhưng không chỉ giới hạn ở, những tình huống sau:

- Thỏa thuận giữa hãng sở được đài thọ theo chương trình này và Health Net kết thúc;
- Quý vị không còn sống hoặc làm việc trong khu vực dịch vụ của Health Net; hoặc
- Quý vị không còn làm việc với hãng sở được đài thọ theo chương trình này.

Chấm dứt theo sự kiện

Bảo hiểm theo chương trình Health Net này có thể bị chấm dứt do nguyên nhân chính đáng với thông báo bằng văn bản trước 30 ngày cho hội viên tham gia vào bất kỳ hành động hoặc hành vi nào cấu thành gian lận, hoặc vì bất kỳ trường hợp cố tình xuyên tạc sự việc quan trọng nào theo các điều khoản của thỏa thuận, bao gồm:

- Xuyên tạc thông tin về tính hội đủ tiêu chuẩn của bản thân hoặc người phụ thuộc;
- Xuất trình toa thuốc hoặc y lệnh không hợp lệ;
- Lạm dụng thẻ ID hội viên của Health Net (hoặc để người khác sử dụng thẻ); hoặc
- Không thông báo cho chúng tôi các thay đổi về tình trạng gia đình có thể ảnh hưởng đến tính hội đủ điều kiện hoặc các quyền lợi của quý vị.

Chúng tôi có thể báo cáo gian lận hình sự và các hành vi bất hợp pháp khác cho cơ quan quản lý để truy tố.

Cách kháng cáo sự chấm dứt bảo hiểm của quý vị

Quý vị có quyền nộp than phiền nếu quý vị tin rằng bảo hiểm của mình bị chấm dứt không đúng hoặc không được gia hạn. Than phiền cũng được gọi là khiếu nại hay kháng cáo. Tham khảo mục “Nếu quý vị không đồng ý với chương trình của chúng tôi” để biết thông tin về cách kháng cáo quyết định của Health Net về chấm dứt bảo hiểm của quý vị.

Nếu bảo hiểm của quý vị bị chấm dứt căn cứ trên bất kỳ lý do nào khác với lý do không chi trả các chi phí đặt mua bảo hiểm và bảo hiểm của quý vị vẫn có hiệu lực khi quý vị nộp than phiền, Health Net sẽ tiếp tục bảo hiểm của quý vị cho đến khi quy trình duyệt xét được hoàn thành, với điều kiện Health Net nhận được chi phí đặt mua bảo hiểm áp dụng. Quý vị cũng phải tiếp tục chi trả bất kỳ khoản khấu trừ và khoản tiền đồng trả hiện hành nào cho bất kỳ dịch vụ và vật liệu nào nhận được trong khi bảo hiểm của quý vị được tiếp tục trong quá trình xét duyệt.

Nếu bảo hiểm của quý vị đã kết thúc khi quý vị nộp yêu cầu xét duyệt, Health Net không bắt buộc phải tiếp tục bảo hiểm. Tuy nhiên, quý vị vẫn có thể yêu cầu xét duyệt lại quyết định của Health Net về chấm dứt bảo hiểm của quý vị bằng cách làm theo quy trình than phiền được mô tả trong mục “Nếu quý vị không đồng ý với chương trình của chúng tôi”.



Nếu người liên quan đến bất kỳ hoạt động nào nêu trên là một nhân viên đã ghi danh, bảo hiểm theo chương trình này sẽ chấm dứt cả cho những người phụ thuộc được đài thọ.

Nếu quý vị không đồng ý với chương trình của chúng tôi

Các điều khoản được tham chiếu trong tiêu đề này, như được mô tả dưới đây, sẽ được áp dụng cho các dịch vụ và vật liệu được đài thọ theo *Mẫu tiết lộ thông tin* này. Sở Quản lý Chăm sóc Sức khỏe California chịu trách nhiệm quản lý các chương trình dịch vụ chăm sóc sức khỏe.

Nếu quý vị có khiếu nại đối với Health Net, trước hết quý vị nên gọi điện cho Health Net theo số điện thoại ở trên bì sau và sử dụng quy trình khiếu nại của chương trình trước khi liên lạc với Bộ. Sử dụng quy trình khiếu nại này không cấm bất kỳ quyền hợp pháp hay biện pháp khắc phục tiềm năng nào có thể áp dụng cho quý vị. Nếu quý vị cần trợ giúp với khiếu nại liên quan đến một trường hợp cấp cứu hoặc khiếu nại đã không được giải quyết thỏa đáng bởi Health Net hoặc khiếu nại vẫn chưa được giải quyết trong hơn 30 ngày, quý vị có thể gọi đến Bộ để được hỗ trợ.

Quý vị cũng có thể đủ tiêu chuẩn được Duyệt xét y khoa độc lập (IMR). Nếu quý vị hội đủ tiêu chuẩn được tiến hành IMR, quy trình IMR sẽ cung cấp một bản đánh giá công bằng về các quyết định y tế đã được chương trình bảo hiểm sức khỏe đưa ra liên quan đến Sự cần thiết về mặt y tế của dịch vụ hoặc biện pháp điều trị được đề xuất, các quyết định bảo hiểm đối với các biện pháp điều trị mang tính thí nghiệm hoặc nghiên cứu cũng như những tranh chấp về thanh toán đối với các dịch vụ cấp cứu hoặc dịch vụ y tế khẩn cấp. Sở cũng có số điện thoại miễn phí **(1-888-466-2219)** và **đường dây TDD (1-877-688-9891)** dành cho người khiếm thính và khiếm thanh. Trang web Internet của Sở, <http://www.dmhc.ca.gov> có các mẫu than phiền, mẫu đơn đăng ký IMR và các hướng dẫn trực tuyến.

QUY TRÌNH KHIẾU NẠI VÀ KHÁNG CÁO CHO HỘI VIÊN

Nếu quý vị không hài lòng với chất lượng chăm sóc mà mình nhận được hoặc cảm thấy quý vị bị từ chối dịch vụ hoặc yêu cầu thanh toán không phù hợp, quý vị có thể nộp khiếu nại hoặc kháng cáo.

Cách nộp khiếu nại hoặc kháng cáo

Quý vị có thể gọi điện tới Trung tâm Liên lạc Hội viên theo số điện thoại trên bì sau hoặc gửi Mẫu khiếu nại của hội viên qua trang web của Health Net theo địa chỉ www.healthnet.com.

Quý vị cũng có thể gửi thư đến:

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

Vui lòng cung cấp mọi thông tin trên thẻ nhận dạng Health Net của quý vị, cũng như mọi thông tin chi tiết về vấn đề hoặc sự cố của quý vị.

Health Net sẽ xác nhận khiếu nại hoặc kháng cáo của quý vị trong vòng năm ngày theo lịch, xét duyệt thông tin và thông báo bằng văn bản cho quý vị về quyết định của chúng tôi trong vòng 30 ngày sau khi nhận được khiếu nại. Đối với các tình trạng khẩn cấp và đe dọa nghiêm trọng đối với sức khỏe của quý vị, bao gồm cơn đau dữ dội, hoặc nguy cơ tử vong, mất tay chân hoặc chức năng cơ thể quan trọng, Health Net sẽ thông báo cho quý vị về trạng thái khiếu nại trong không quá ba ngày, sau khi nhận được mọi thông tin cần thiết. Đối với các khiếu nại khẩn cấp, Health Net sẽ lập tức thông báo cho quý vị quyền liên hệ với Sở Quản lý Chăm sóc Sức khỏe. Quý vị không cần phải tham gia vào quy trình khiếu nại của Health Net trước khi gửi hồ sơ lên Sở Quản lý Chăm sóc Sức khỏe để được xét duyệt trường hợp khiếu nại khẩn cấp.



Ngoài ra, quý vị có thể yêu cầu xét duyệt y khoa độc lập đối với các dịch vụ chăm sóc sức khỏe xảy ra tranh chấp từ Sở Quản lý Chăm sóc Sức khỏe, nếu quý vị tin rằng dịch vụ chăm sóc sức khỏe đủ tiêu chuẩn để được đài thọ và khoản thanh toán theo chương trình đã bị Health Net hoặc một trong các nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe ký kết hợp đồng với Health Net từ chối, sửa đổi hoặc trì hoãn không thỏa đáng.

Ngoài ra, nếu Health Net từ chối kháng cáo của quý vị đối với một từ chối do thiếu sự cần thiết về mặt y tế hoặc từ chối hay trì hoãn bảo hiểm cho biện pháp điều trị đã yêu cầu liên quan đến các loại thuốc, thiết bị, thủ thuật hoặc liệu pháp mang tính thử nghiệm hoặc nghiên cứu, quý vị có thể yêu cầu Sở Quản lý Chăm sóc Sức khỏe xét duyệt y khoa độc lập đối với quyết định của Health Net, nếu quý vị đáp ứng các tiêu chí về tính hội đủ tiêu chuẩn được quy định trong EOC của chương trình.

PHÂN XỬ QUA TRỌNG TÀI

Nếu quý vị không hài lòng với kết quả của quá trình kháng cáo và phiên điều trần về khiếu nại, quý vị có thể gửi vấn đề để yêu cầu sự phân xử qua trọng tài có giá trị pháp lý. Health Net sử dụng sự phân xử qua trọng tài có giá trị pháp lý để giải quyết các tranh chấp, bao gồm các sơ suất y khoa. Khi quý vị ghi danh vào chương trình Health Net, quý vị đồng ý gửi bất kỳ tranh chấp nào lên trọng tài phân xử, thay vì khởi kiện hoặc tòa án xét xử.

Thông tin quyền lợi bổ sung của chương trình

Chương trình của quý vị có các quyền lợi sau. Để xem bản mô tả đầy đủ hơn về các khoản tiền đồng trả, trường hợp loại trừ và các giới hạn của dịch vụ, vui lòng tham khảo EOC của chương trình.

Các dịch vụ sức khỏe hành vi

Health Net ký hợp đồng với MHN Services, một công ty dịch vụ quản lý sức khỏe hành vi liên kết (Tổ chức Quản lý Sức khỏe Hành vi) chuyên quản lý các dịch vụ sức khỏe hành vi thông qua một chương trình chăm sóc sức khỏe tâm thần và rối loạn do sử dụng chất gây nghiện tùy chỉnh cá nhân, bảo mật và hợp túi tiền.

Vui lòng liên hệ với Tổ chức Quản lý Sức khỏe Hành vi bằng cách gọi đến Trung tâm Liên lạc Hội viên của Health Net theo số điện thoại trên bìa sau. Tổ chức Quản lý Chương trình Sức khỏe Hành vi sẽ giúp quý vị xác định một chuyên gia về sức khỏe tâm thần tham gia, bác sĩ độc lập tham gia hoặc đối tác nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe được ký hợp đồng thầu phụ trong hệ thống, gần nơi quý vị sống hay làm việc, để quý vị có thể hẹn lịch khám.

Một số dịch vụ và vật liệu nhất định để điều trị rối loạn sức khỏe tâm thần và rối loạn do sử dụng chất gây nghiện có thể cần Tổ chức Quản lý Sức khỏe Hành vi chấp thuận trước để được đài thọ.

Vui lòng tham khảo EOC của chương trình để xem bản mô tả đầy đủ hơn các dịch vụ và vật liệu để điều trị chứng rối loạn sức khỏe tâm thần và rối loạn do sử dụng chất gây nghiện, bao gồm các dịch vụ và vật liệu cần sự chấp thuận trước của Tổ chức Quản lý Sức khỏe Hành vi.

CHUYỂN TIẾP CHĂM SÓC CHO NGƯỜI GHI DANH MỚI

Nếu quý vị đang nhận dịch vụ chăm sóc liên tục cho tình trạng rối loạn sức khỏe tâm thần hoặc rối loạn do sử dụng dược chất cấp tính, nghiêm trọng hoặc mạn tính từ một nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe không liên kết với Tổ chức Quản lý Sức khỏe Hành vi trong thời gian quý vị ghi danh tham gia Health Net, chúng tôi có thể tạm thời đài thọ các dịch vụ do nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe đó cung cấp, chịu các khoản tiền đồng trả áp dụng cũng như bất kỳ trường hợp loại trừ và giới hạn nào khác của chương trình này.

Chuyên gia về sức khỏe tâm thần không tham gia của quý vị phải sẵn sàng chấp nhận các điều khoản và điều kiện trong hợp đồng nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe tâm thần tiêu chuẩn của Tổ chức Quản lý Sức khỏe Hành vi và ở khu vực dịch vụ của chương trình.

Để yêu cầu tiếp tục chăm sóc, quý vị sẽ cần hoàn thành Mẫu yêu cầu tiếp tục chăm sóc. Nếu quý vị muốn biết thêm thông tin về cách yêu cầu tiếp tục chăm sóc hoặc yêu cầu một bản sao của Mẫu yêu cầu tiếp tục chăm sóc hoặc bản sao chính sách tiếp tục chăm sóc của chúng tôi, vui lòng gọi đến Trung tâm Liên lạc Hội viên của Health Net theo số điện thoại trên bìa sau.

RỐI LOẠN SỨC KHỎE TÂM THẦN VÀ RỐI LOẠN DO SỬ DỤNG CHẤT GÂY NGHIỆN

Rối loạn sức khỏe tâm thần và rối loạn do sử dụng chất gây nghiện là tình trạng sức khỏe tâm thần hoặc chứng rối loạn do sử dụng chất gây nghiện thuộc bất kỳ loại chẩn đoán nào được liệt kê trong chương rối loạn tâm thần và hành vi từ ấn bản mới nhất của Bảng phân loại bệnh quốc tế hoặc được liệt kê trong phiên bản mới nhất của Sổ tay chẩn đoán và thống kê về chứng rối loạn tâm thần. Những thay đổi về thuật ngữ, cách sắp xếp hoặc phân loại các chứng rối loạn sức khỏe tâm thần và rối loạn do sử dụng chất gây nghiện trong các phiên bản tương lai của Sổ tay chẩn đoán và thống kê về chứng rối loạn tâm thần của Hiệp hội Tâm thần Hoa Kỳ hoặc Bảng phân loại thống kê quốc tế về bệnh và các vấn đề sức khỏe có liên quan của Tổ chức Y tế Thế giới sẽ không ảnh hưởng đến các tình trạng được đề cập theo định nghĩa này, miễn là một tình trạng thường được hiểu là một chứng rối loạn sức khỏe tâm thần hoặc rối loạn do sử dụng chất gây nghiện bởi các nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe hành nghề trong các đơn vị chuyên khoa lâm sàng có liên quan.

TIẾP TỤC ĐIỀU TRỊ

Nếu quý vị đang điều trị sức khỏe tâm thần hoặc rối loạn do sử dụng chất gây nghiện, hãy gọi đến số điện thoại trên thẻ ID Health Net của quý vị để được hỗ trợ chuyển tiếp dịch vụ chăm sóc sang một nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe trong hệ thống.

CÁC DỊCH VỤ VÀ VẬT LIỆU ĐƯỢC ĐÀÌ THỌ

Vui lòng tham khảo *SBC* để xem giải thích về các dịch vụ được đài thọ và các khoản tiền đồng trả.

CÁC DỊCH VỤ VÀ VẬT LIỆU KHÔNG ĐƯỢC ĐÀÌ THỌ (CÁC TRƯỜNG HỢP LOẠI TRỪ VÀ GIỚI HẠN)

Các dịch vụ hoặc vật liệu để điều trị chứng rối loạn sức khỏe tâm thần và rối loạn do sử dụng chất gây nghiện phải tuân theo quy định về trường hợp loại trừ và giới hạn chung của chương trình. Vui lòng tham khảo mục “Giới hạn bảo hiểm” của *Mẫu tiết lộ thông tin* này để biết danh sách các dịch vụ và vật liệu không được đài thọ trong chương trình này.

Đây chỉ là bản tóm tắt. Tham khảo EOC của chương trình để xác định các điều khoản và điều kiện chính xác cho bảo hiểm của quý vị.

Chương trình thuốc theo toa

Health Net ký hợp đồng với nhiều chuỗi nhà thuốc lớn, các nhà thuốc tại siêu thị và các nhà thuốc trong khu phố thuộc sở hữu tư nhân tại California. Để xem danh sách đầy đủ và cập nhật về các nhà thuốc tham gia, vui lòng truy cập trang web của chúng tôi tại www.healthnet.com hoặc gọi Trung tâm Liên lạc Hội viên của Health Net theo số điện thoại trên bìa sau.

DANH SÁCH THUỐC THEO TOA CĂN BẢN VÀ CẦN THIẾT CỦA HEALTH NET

Chương trình này sử dụng Danh sách thuốc theo toa căn bản và cần thiết. Danh sách thuốc theo toa căn bản và cần thiết của Health Net (hoặc Danh mục thuốc hay Danh sách) là danh sách thuốc đã phê duyệt được đài thọ cho các bệnh tật và tình trạng. Danh sách này được lập để xác định các loại thuốc an toàn và hiệu quả nhất dành cho hội viên của Health Net, đồng thời cố gắng duy trì quyền lợi nhà thuốc ở mức giá phải chăng.

Chúng tôi đặc biệt khuyến nghị tất cả các PCP và bác sĩ chuyên khoa có hợp đồng với Health Net tham khảo Danh mục thuốc này khi chọn thuốc cho bệnh nhân là hội viên Health Net. Khi bác sĩ của quý vị kê toa các thuốc được liệt kê trong Danh mục thuốc, quý vị sẽ được đảm bảo nhận được thuốc theo toa chất lượng cao với giá trị cao.

Danh sách thuốc theo toa thiết yếu được cập nhật định kỳ dựa trên thông tin đầu vào từ Ủy ban Dược khoa và Trị liệu (P&T) của Health Net. Thành viên Ủy ban bao gồm các bác sĩ hiện hành nghề thuộc nhiều chuyên khoa khác nhau và các dược sĩ lâm sàng. Thành viên biểu quyết được tuyển chọn từ các nhóm bác sĩ có hợp đồng tại California, dựa trên kinh nghiệm, kiến thức và chuyên môn của họ. Bên cạnh đó, Ủy ban P&T thường xuyên tham vấn các chuyên gia y tế khác để cung cấp thông tin đầu vào bổ sung cho Ủy ban. Danh sách thuốc theo toa thiết yếu và hướng dẫn sử dụng thuốc được cập nhật khi có thông tin lâm sàng mới và thuốc mới. Để duy trì cập nhật Danh mục thuốc, Ủy ban P&T đánh giá hiệu quả lâm sàng, độ an toàn và giá trị tổng thể thông qua:

- Các ấn phẩm khoa học và y khoa;
- Kinh nghiệm sử dụng liên quan; và
- Khuyến cáo của bác sĩ.

Để nhận được bản sao Danh sách thuốc theo toa căn bản và cần thiết mới nhất của Health Net, hãy truy cập trang web của chúng tôi theo địa chỉ www.healthnet.com hoặc gọi đến Trung tâm Liên lạc Hội viên của Health Net theo số điện thoại trên bìa sau.

“SỰ CHẤP THUẬN TRƯỚC” LÀ GÌ?

Một số loại thuốc cần sự chấp thuận trước. Điều này có nghĩa là bác sĩ của quý vị phải liên hệ trước với Health Net để cung cấp lý do y khoa khi kê toa thuốc. Quý vị có thể nhận được danh sách các loại thuốc cần được chấp thuận trước bằng cách truy cập trang web của chúng tôi theo địa chỉ www.healthnet.com hoặc gọi điện tới Trung tâm Liên lạc Hội viên của Health Net theo số điện thoại trên bìa sau.

Cách yêu cầu sự chấp thuận trước

Có thể gửi yêu cầu sự chấp thuận trước bằng hình thức điện tử hoặc bằng cách gọi điện hay gửi fax. Sau khi nhận được yêu cầu sự chấp thuận trước của bác sĩ của quý vị, Health Net sẽ đánh giá thông tin đã gửi và xác định dựa trên các tiêu chí lâm sàng đã thiết lập dành cho các loại thuốc cụ thể. Các tiêu chí được sử dụng để chấp thuận trước đã được thiết lập và dựa trên thông tin đầu vào từ Ủy ban P&T của Health Net, cũng như các bác sĩ, chuyên gia, bác sĩ chuyên khoa. Bác sĩ của quý vị có thể liên hệ với Health Net để xin hướng dẫn sử dụng cho các loại thuốc cụ thể.

Nếu Health Net từ chối cho phép, quý vị sẽ nhận được văn bản thông báo bao gồm lý do từ chối cụ thể. Nếu không đồng ý với quyết định, quý vị có thể kháng cáo quyết định đó.

Có thể gửi yêu cầu kháng cáo bằng văn bản, qua điện thoại hoặc qua email. Chúng tôi phải nhận được kháng cáo trong vòng 365 ngày kể từ ngày thông báo từ chối. Để biết thêm thông tin chi tiết về quyền kháng cáo của quý vị, vui lòng tham khảo EOC của chương trình.

Để gửi kháng cáo:

- Gọi đến Trung tâm Liên lạc Hội viên của Health Net theo số điện thoại trên bìa sau;
- Truy cập trang web www.healthnet.com để xem thông tin về cách gửi email đến Trung tâm Liên lạc Hội viên; hoặc
- Gửi thư đến:

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

CHƯƠNG TRÌNH ĐẶT MUA THUỐC KÊ TOA QUA ĐƯỜNG BƯU ĐIỆN

Nếu toa thuốc của quý vị kê thuốc duy trì (một loại thuốc mà quý vị sẽ dùng trong thời gian dài), quý vị có thể mua thuốc qua chương trình đặt mua thuốc theo toa qua đường bưu điện tiện lợi của chúng tôi. Chương trình này cho phép quý vị nhận được lượng thuốc duy trì đủ dùng trong tối đa 90 ngày liên tiếp theo lịch từ nhà thuốc có dịch vụ đặt mua thuốc qua đường bưu điện trong hệ thống của chúng tôi. Để biết thông tin đầy đủ, vui lòng truy cập www.healthnet.com hoặc vui lòng gọi đến Trung tâm Liên lạc Hội viên của Health Net theo số điện thoại trên bìa sau.



Bậc 4 (thuốc chuyên khoa) và thuốc gây nghiện Phụ lục II (là các loại thuốc có nguy cơ gây nghiện cao theo phân loại của Cơ quan Phòng chống Ma túy Liên bang) không được đài thọ khi đặt mua qua bưu điện.

CÁC DỊCH VỤ VÀ VẬT LIỆU ĐƯỢC ĐÀI THỌ

Vui lòng tham khảo SBC để xem giải thích về các dịch vụ được đài thọ và các khoản tiền đồng trả.

Chương trình này đài thọ cho các mục sau:

- Thuốc Bậc 1 - Thuốc được liệt kê là Bậc 1 trên Danh sách thuốc theo toa căn bản và cần thiết và không bị loại trừ khỏi bảo hiểm (bao gồm hầu hết các loại thuốc gốc và một số loại biệt dược ưu tiên chi phí thấp khi được liệt kê trong Danh sách thuốc theo toa căn bản và cần thiết);
- Thuốc Bậc 2 - Thuốc được liệt kê là Bậc 2 trên Danh sách thuốc theo toa căn bản và cần thiết và không bị loại trừ khỏi bảo hiểm (bao gồm các loại thuốc gốc không ưu tiên, biệt dược ưu tiên, dụng cụ đo lưu lượng hơi thở tối đa, buồng đệm của ống hít, insulin và vật liệu dùng cho bệnh tiểu đường khi được liệt kê trong Danh sách thuốc theo toa căn bản và cần thiết cũng như một số loại biệt dược nhất định có thuốc gốc tương đương khi được liệt kê trong Danh sách thuốc theo toa căn bản và cần thiết);

- Thuốc Bậc 3 - Thuốc được liệt kê trong Danh sách thuốc theo toa thiết yếu là Bậc 3 (bao gồm biệt dược không ưu tiên, biệt dược có thuốc gốc tương đương khi cần thiết về mặt y tế, thuốc được liệt kê là Thuốc Bậc 3, thuốc được chỉ ra là “NF”, nếu được phê duyệt, hoặc thuốc không được liệt kê trong Danh sách thuốc theo toa thiết yếu).
- Bậc 4 (thuốc chuyên khoa) - có thể được cung cấp qua công ty chuyên cung cấp thuốc cho nhà thuốc chuyên khoa (bao gồm thuốc chuyên khoa, thuốc dạng tiêm tự dùng (trừ insulin); các loại thuốc có giá thành cao được sử dụng để điều trị bệnh trạng phức tạp hoặc mạn tính khi được liệt kê trong Danh sách thuốc theo toa căn bản và cần thiết; và thuốc chuyên khoa không được liệt kê trong Danh sách thuốc theo toa căn bản và cần thiết và được đài thọ dưới dạng trường hợp ngoại lệ); và
- Các thuốc phòng ngừa và thuốc ngừa thai dành cho phụ nữ.

THÔNG TIN KHÁC VỀ CÁC LOẠI THUỐC MÀ CHÚNG TÔI ĐÀI THỌ

- Chi phí đài thọ cho thuốc theo toa là giá thuốc tại nhà thuốc có hợp đồng của Health Net hoặc giá bán lẻ của nhà thuốc đối với các loại thuốc theo toa được đài thọ, tùy theo giá nào thấp hơn.
- Nếu khoản khấu trừ thuốc theo toa (cho mỗi hội viên mỗi năm theo lịch) áp dụng, quý vị phải trả số tiền này cho các chi phí thuốc theo toa được đài thọ trước khi Health Net bắt đầu thanh toán. Vật liệu dùng cho bệnh tiểu đường, các thuốc phòng ngừa và thuốc ngừa thai dành cho phụ nữ không phải chịu khoản khấu trừ. Sau khi trả hết khoản khấu trừ, số tiền đồng thanh toán sẽ áp dụng.
- Thuốc theo toa mua thêm sẽ được đài thọ đến lượng thuốc đủ dùng trong tối đa 30 ngày liên tiếp cho mỗi toa thuốc tại nhà thuốc ký hợp đồng với Health Net và quý vị phải chịu tiền đồng trả. Khoản tiền đồng trả được yêu cầu cho mỗi toa thuốc. Trong một số trường hợp, lượng thuốc đủ dùng trong 30 ngày liên tiếp có thể không phải là kế hoạch điều trị bằng thuốc phù hợp theo Cơ quan Quản lý Thực phẩm và Dược phẩm (FDA) hoặc hướng dẫn sử dụng của Health Net. Nếu xảy ra trường hợp này, lượng thuốc được cấp phát có thể ít hơn lượng thuốc đủ dùng trong 30 ngày liên tiếp.
- Khoản tiền đồng trả theo tỷ lệ phần trăm sẽ dựa trên giá từ nhà thuốc có hợp đồng của Health Net.
- Thuốc đặt mua qua bưu điện sẽ được đài thọ cho lượng thuốc đủ dùng trong tối đa 90 ngày liên tiếp. Khi khoản tiền đồng trả cho nhà thuốc bán lẻ là tỷ lệ phần trăm, khoản tiền đồng trả thuốc đặt mua qua bưu điện sẽ bằng tỷ lệ phần trăm của chi phí mà Health Net phải trả dưới dạng khoản tiền đồng trả cho nhà thuốc bán lẻ.
- Thuốc theo toa để điều trị hen suyễn sẽ được đài thọ khi được liệt kê trong Danh sách thuốc theo toa thiết yếu. Ống điều hòa của ống hít và dụng cụ đo lưu lượng hơi thở tối đa được đài thọ qua quyền lợi về nhà thuốc khi cần thiết về mặt y tế. Máy xông khí dung (bao gồm mặt nạ và ống) được đài thọ theo “Dụng cụ y khoa lâu bền” và các chương trình đào tạo điều trị hen suyễn được đài thọ theo “Đào tạo bệnh nhân” thông qua quyền lợi y tế.

- Các thuốc phòng ngừa, bao gồm thuốc cai thuốc lá, là thuốc chỉ định mua tự do không cần toa hoặc thuốc theo toa được dùng cho các mục đích chăm sóc sức khỏe phòng ngừa theo khuyến cáo của Lực lượng Đặc trách Dịch vụ Phòng ngừa Hoa Kỳ A và B. Không áp dụng giới hạn hàng năm cho số ngày điều trị đối với tất cả các loại thuốc cai thuốc lá được FDA phê duyệt. Thuốc ngừa thai được đài thọ là loại thuốc ngừa thai dành cho phụ nữ được FDA phê duyệt, dù được mua tự do không cần toa hay chỉ được mua theo toa. Các loại thuốc ngừa thai khẩn cấp, áp da, thuốc uống và đặt âm đạo được đài thọ theo quyền lợi về nhà thuốc này. Dụng cụ đặt trong tử cung (IUD), các loại thuốc ngừa thai dạng tiêm và cấy ghép được đài thọ (khi bác sĩ cho dùng thuốc) theo quyền lợi y tế. Tham khảo EOC của chương trình để biết thêm thông tin.
- Vật liệu dùng cho bệnh tiểu đường (dải xét nghiệm đường máu, lưỡi chích, kim và xy lanh) được đóng gói trong các gói 50, 100 hoặc 200 chiếc. Gói phải không bị “rách” (tức là đã bị mở để cấp phát sản phẩm theo số lượng khác với số lượng được đóng gói). Khi cấp phát toa thuốc, quý vị sẽ nhận được kích thước gói và/hoặc số lượng gói cần thiết để quý vị xét nghiệm đủ số lần mà bác sĩ đã kê toa, trong thời gian tối đa 30 ngày.
- Thuốc tự tiêm (trừ insulin), bao gồm các loại thuốc để điều trị bệnh máu khó đông, kim và xy lanh được sử dụng với thuốc tự tiêm này sẽ được bao gồm theo Bậc 4 (thuốc chuyên khoa), cần được chấp thuận trước và phải được cấp phát qua công ty chuyên cung cấp thuốc cho nhà thuốc chuyên khoa có hợp đồng của Health Net. PCP hoặc bác sĩ điều trị của quý vị sẽ phối hợp xin chấp thuận và sau khi được phê duyệt, công ty chuyên cung cấp thuốc cho nhà thuốc chuyên khoa sẽ sắp xếp để cấp phát thuốc, kim và xy lanh. Công ty chuyên cung cấp thuốc cho nhà thuốc chuyên khoa có thể liên hệ trực tiếp với quý vị để điều phối việc cấp thuốc.
- Bậc 4 (thuốc chuyên khoa) được ký hiệu trong Danh sách thuốc theo toa căn bản và cần thiết là “SP” và cần được Health Net chấp thuận trước. Chúng tôi có thể yêu cầu quý vị nhận Bậc 4 (thuốc chuyên khoa) thông qua công ty chuyên cung cấp thuốc cho nhà thuốc chuyên khoa. Bậc 4 (thuốc chuyên khoa) không áp dụng cho phương thức đặt mua qua bưu điện. Vui lòng tham khảo EOC của chương trình để biết thêm thông tin.

CÁC DỊCH VỤ VÀ VẬT LIỆU KHÔNG ĐƯỢC ĐÀI THỌ (CÁC TRƯỜNG HỢP LOẠI TRỪ VÀ GIỚI HẠN)

Các dịch vụ hoặc vật liệu bị loại trừ trong các dịch vụ hiệu thuốc có thể được đài thọ theo phần các quyền lợi y tế trong chương trình của quý vị. Bên cạnh các trường hợp loại trừ và giới hạn liệt kê dưới đây, quyền lợi thuốc theo toa còn phụ thuộc vào các trường hợp loại trừ và giới hạn chung của chương trình. Tham khảo EOC của chương trình để biết thêm thông tin.

- Huyết thanh chống dị ứng được đài thọ theo quyền lợi y tế;
- Bảo hiểm cho dụng cụ được giới hạn ở các dụng cụ ngừa thai qua đường âm đạo, dụng cụ đo lưu lượng hơi thở tối đa, buồng đệm của ống hít và vật liệu dùng cho bệnh tiểu đường được FDA phê duyệt. Các dụng cụ khác không được đài thọ, ngay cả khi được bác sĩ tham gia kê toa;
- Thuốc được kê toa để điều trị béo phì sẽ được đài thọ khi cần thiết về mặt y tế để điều trị béo phì bệnh lý hoặc khi quý vị đáp ứng các yêu cầu về bảo hiểm cần Health Net chấp thuận trước. Trong các trường hợp này, thuốc phải được Health Net chấp thuận trước;
- Thuốc do bác sĩ hoặc nhân viên của bác sĩ cho dùng;

- Thuốc được kê để điều trị nha khoa định kỳ;
- Thuốc được kê để giảm thời gian bị cảm lạnh thông thường;
- Thuốc (bao gồm cả thuốc tiêm), khi cần thiết về mặt y tế, để điều trị rối loạn chức năng tình dục được giới hạn tối đa 8 liều trong bất kỳ khoảng thời gian 30 ngày nào. Thuốc điều trị rối loạn chức năng tình dục không áp dụng chương trình đặt mua thuốc qua bưu điện;
- Thuốc thử nghiệm (được dán nhãn “Caution - Limited by federal Law to investigational use only” (Thận trọng - Luật liên bang giới hạn chỉ dùng thuốc cho mục đích nghiên cứu)). Nếu quý vị bị từ chối bảo hiểm cho một loại thuốc do đó là thuốc nghiên cứu hoặc thí nghiệm, quý vị sẽ có quyền được xét duyệt y khoa độc lập. Tham khảo mục “Nếu quý vị không đồng ý với chương trình của chúng tôi” trong *Mẫu tiết lộ thông tin* này để biết thêm thông tin;
- Kim tiêm hoặc xy lanh dùng dưới da, trừ kim tiêm và xy lanh tiêm insulin, cũng như nhãn riêng của bút tiêm;
- Chất tạo miễn dịch, thuốc tiêm (trừ insulin), các chất để cấy ghép trong giải phẫu, huyết thanh sinh học, máu, dẫn xuất máu hoặc huyết tương nhận được theo toa thuốc;
- Thuốc được đóng thành từng liều riêng trong túi nhựa, liều lẻ hoặc túi lá, trừ khi cần thiết về mặt y tế hoặc chỉ được cung cấp dưới dạng đó;
- Một số loại thuốc có thể bị giới hạn về số lượng, liều và thời gian điều trị. Các loại thuốc được dùng “theo nhu cầu” có thể phải chịu một khoản tiền đồng trả, dựa trên số lượng cụ thể, gói tiêu chuẩn, lọ, ống thuốc tiêm, ống hoặc đơn vị tiêu chuẩn khác. Trong trường hợp này, lượng thuốc được cấp phát có thể ít hơn lượng thuốc đủ dùng trong 30 ngày liên tiếp. Nếu cần thiết về mặt y tế, bác sĩ của quý vị có thể yêu cầu Health Net cấp lượng thuốc lớn hơn;
- Dụng cụ và vật liệu y tế (bao gồm insulin), được cung cấp mà không có toa thuốc, sẽ được đài thọ khi được kê toa bởi bác sĩ để quản lý và điều trị bệnh tiểu đường hoặc nhằm mục đích phòng ngừa theo khuyến cáo cấp A và B của Lực lượng Đặc trách Dịch vụ Phòng ngừa Hoa Kỳ hoặc để ngừa thai cho phụ nữ theo phê duyệt của Cơ quan FDA. Mọi loại thuốc, thiết bị hoặc vật liệu y tế không theo toa khác, có thể mua mà không có toa thuốc, sẽ không được đài thọ ngay cả khi bác sĩ kê toa thuốc đối với thuốc, thiết bị hoặc vật liệu đó. Tuy nhiên, nếu dạng bào chế cao hơn của thuốc theo toa hoặc thuốc mua tự do không cần toa (OTC) chỉ được cung cấp theo toa, thì thuốc liều cao hơn sẽ được đài thọ;
- Thuốc theo toa được mua tại các nhà thuốc không thuộc hệ thống nhà thuốc của Health Net hoặc không ở California, ngoại trừ trong trường hợp cấp cứu hoặc chăm sóc khẩn cấp;
- Thuốc theo toa được kê bởi bác sĩ không phải là bác sĩ thành viên hoặc bác sĩ chuyên khoa được ủy quyền sẽ không được đài thọ, trừ khi dịch vụ của bác sĩ đã được ủy quyền hoặc do tình trạng, bệnh hoặc thương tích khẩn cấp về y tế, yêu cầu chăm sóc cần thiết khẩn cấp hoặc khi được quy định cụ thể;
- Sau khi quý vị đã lấy thuốc, việc mua thuốc để thay thế thuốc bị mất, bị đánh cắp hoặc hư hỏng sẽ không được đài thọ;
- Lượng thuốc theo toa vượt quá khuyến cáo sử dụng theo chỉ định của FDA hoặc Health Net sẽ không được đài thọ trừ khi cần thiết về mặt y tế và đã được Health Net chấp thuận trước. Các loại thuốc chưa được FDA phê duyệt sẽ không được đài thọ, trừ khi được mô tả trong EOC của chương trình; và

- Thuốc được kê cho bệnh trạng hoặc phương pháp điều trị không được đài thọ trong chương trình này sẽ không được đài thọ. Tuy nhiên, chương trình sẽ đài thọ cho thuốc để điều trị tình trạng y tế do những biến chứng đặc biệt của một dịch vụ không được đài thọ.

Đây chỉ là bản tóm tắt. Tham khảo EOC của chương trình để xác định các điều khoản và điều kiện chính xác cho bảo hiểm của quý vị.

Chương trình chăm sóc chăm cứu

Dịch vụ chăm cứu, thường chỉ được cung cấp để điều trị chứng buồn nôn hoặc là một phần của chương trình kiểm soát cơn đau toàn diện để điều trị cơn đau mạn tính, do Health Net cung cấp. Health Net có hợp tác với American Specialty Health Plans of California, Inc. (ASH Plans) để bảo hiểm cho các dịch vụ chăm cứu chất lượng và có giá cả phải chăng. Mặc dù chúng tôi luôn đánh giá cao việc tham vấn PCP của quý vị, quý vị sẽ không cần có giấy giới thiệu khi đến khám bác sĩ chăm cứu có hợp đồng.

Với chương trình này, quý vị có thể dễ dàng được chăm sóc bằng cách tự liên hệ với bác sĩ chăm cứu có hợp đồng trong *Danh mục bác sĩ chăm cứu có hợp đồng của ASH Plans*. Tất cả các dịch vụ được đài thọ đều phải được ASH Plans phê duyệt trước, ngoại trừ:

- Bác sĩ chăm cứu có hợp đồng khám cho bệnh nhân mới và trong quá trình đó, cung cấp hoặc bắt đầu cung cấp các dịch vụ cần thiết về mặt y tế là dịch vụ chăm cứu được đài thọ, đến phạm vi phù hợp với tiêu chuẩn thực hành đã được công nhận về mặt chuyên môn.

Khi ASH Plans phê duyệt một kế hoạch điều trị, các dịch vụ đã phê duyệt cho lần thăm khám tại phòng mạch bác sĩ sau này được đài thọ bởi kế hoạch điều trị không chỉ bao gồm các dịch vụ đã phê duyệt, mà còn bao gồm một lần tái khám trong mỗi lần thăm khám tại phòng mạch bác sĩ sau này, nếu được bác sĩ chăm cứu có hợp đồng coi là cần thiết, mà không cần phê duyệt bổ sung từ ASH Plans.

CÁC DỊCH VỤ VÀ VẬT LIỆU KHÔNG ĐƯỢC ĐÀI THỌ (CÁC TRƯỜNG HỢP LOẠI TRỪ VÀ GIỚI HẠN)

Các dịch vụ hoặc vật liệu bị loại trừ trong chương trình chăm sóc chăm cứu có thể được đài thọ theo phần các quyền lợi y tế trong chương trình của quý vị. Tham khảo EOC của chương trình để biết thêm thông tin.

- Chụp chẩn đoán, chụp ảnh MRI, CAT hoặc nhiệt độ ký;
- Chụp X-quang, xét nghiệm trong phòng xét nghiệm và ý kiến y khoa thứ hai khi chụp X-quang;
- Liệu pháp thôi miên, rèn luyện hành vi, trị liệu giấc ngủ, chương trình kiểm soát cân nặng, chương trình giáo dục, thiết bị hoặc dịch vụ tự hỗ trợ hoặc rèn luyện thể chất;
- Các dịch vụ vật lý trị liệu được phân loại là mang tính thí nghiệm hoặc nghiên cứu;
- Các dịch vụ chăm cứu mang tính thí nghiệm hoặc nghiên cứu. Chỉ các dịch vụ chăm cứu không nhằm mục đích nghiên cứu, đã được chứng minh và đáp ứng các tiêu chuẩn thực hành đã được công nhận về mặt chuyên môn trong cộng đồng nhà cung cấp dịch vụ chăm cứu mới được đài thọ. ASH Plans sẽ xác định các dịch vụ được coi là dịch vụ mang tính thí nghiệm hoặc nghiên cứu;

- Chi phí nằm viện và các dịch vụ liên quan;
- Chi phí gây mê/tê; và
- Điều trị hoặc dịch vụ không được ASH Plans cho phép hoặc không được thực hiện bởi bác sĩ chăm cứu có hợp đồng khi cần cho phép; điều trị không được thực hiện bởi bác sĩ chăm cứu có hợp đồng (trừ khi được giới thiệu đến một bác sĩ chăm cứu không có hợp đồng được ASH Plans phê duyệt).
- Chỉ các dịch vụ nằm trong phạm vi giấy phép của bác sĩ chăm cứu có giấy phép hành nghề ở California mới được đài thọ.

Đây chỉ là bản tóm tắt. Tham khảo EOC của chương trình để xác định các điều khoản và điều kiện chính xác cho bảo hiểm của quý vị.

Chương trình chăm sóc thị lực cho trẻ em

Quyền lợi dịch vụ chăm sóc thị lực cho trẻ em do Health Net cung cấp. Health Net ký hợp đồng với Envolve Vision, Inc., để quản lý các quyền lợi của dịch vụ chăm sóc thị lực cho trẻ em.

Dịch vụ chăm sóc thị lực cho trẻ em được đài thọ cho đến ngày cuối cùng của tháng mà trẻ bước sang tuổi mười chín.

CÁC DỊCH VỤ VÀ VẬT LIỆU ĐƯỢC ĐÀI THỌ

Các dịch vụ và vật liệu chăm sóc thị lực cho trẻ em như được trình bày bên dưới phải được nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc thị lực tham gia cung cấp để được đài thọ. Để tìm kiếm nhà phân phối kính mắt tham gia, vui lòng gọi tới Chương trình chăm sóc thị lực của Health Net theo số **1-866-392-6058** hoặc truy cập trang web của chúng tôi theo địa chỉ www.healthnet.com.

Bảng kê quyền lợi kính thuốc

Các dịch vụ chuyên môn	Những khoản quý vị phải thanh toán
------------------------	------------------------------------

Khám mắt định kỳ có kèm giãn con ngươi, nếu cần thiết về mặt y tế.....	\$0
Khám để đeo kính áp tròng	
Điều chỉnh phù hợp và theo dõi kính áp tròng tiêu chuẩn	\$0*
Điều chỉnh phù hợp và theo dõi kính áp tròng cao cấp.....	\$0*

Giới hạn:

- * Theo các tiêu chuẩn thực hành đã được công nhận về mặt chuyên môn, chương trình này đài thọ cho một lần khám thị lực đầy đủ mỗi 12 tháng.

Vật liệu (bao gồm gọng kính và mắt kính)	Những khoản quý vị phải thanh toán
--	------------------------------------

Gọng kính do nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe lựa chọn (một gọng mỗi 12 tháng)	\$0
Mắt kính nhựa tiêu chuẩn (một cặp mỗi 12 tháng).....	\$0

- Kính đơn tròng, hai tròng, ba tròng, thấu kính
- Thủy tinh hoặc nhựa

Mắt kính tùy chọn và các biện pháp điều trị bao gồm: \$0

- Điều trị bằng tia UV
- Màu (Thời trang & Gradient & Kính-xám)
- Lớp phủ chống xước nhựa tiêu chuẩn
- Polycarbonate tiêu chuẩn
- Nhựa đổi màu/chuyển màu
- Lớp phủ chống lóa tiêu chuẩn
- Phân cực
- Mắt kính đa tròng tiêu chuẩn
- Mắt kính Hi-Index
- Mắt kính phân đoạn hỗn hợp
- Mắt kính thị lực trung gian
- Mắt kính siêu đa tròng hoặc chọn lọc

Mắt kính đa tròng cao cấp \$0

Kính áp tròng do nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe lựa chọn

(thay vì kính mắt) \$0

- Kính áp tròng dùng một lần qua đêm: Vật liệu kính áp tròng dùng một lần trong tối đa 6 tháng, cung cấp hàng tháng hoặc 2 tuần một lần, kính áp tròng hình cầu hoặc hình xuyên đơn tròng
- Kính áp tròng đeo hàng ngày/dùng một lần: Vật liệu dùng một lần hàng ngày trong tối đa 3 tháng, kính áp tròng hình cầu đơn tròng
- Thông thường: 1 cặp kính áp tròng do nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe chỉ định
- Phải cần thiết về mặt y tế

Kính áp tròng cần thiết về mặt y tế

Bảo hiểm cho kính áp tròng cần thiết về mặt y tế phụ thuộc vào sự cần thiết về mặt y tế và tất cả các trường hợp loại trừ và giới hạn áp dụng. Kính áp tròng được xác định là cần thiết về mặt y tế nếu cá nhân được chẩn đoán một trong các tình trạng sau:

- Loạn thị khúc xạ cao vượt quá -10D hoặc +10D theo độ meridian
- Khúc xạ hai mắt không đều 3D theo độ meridian
- Bệnh giác mạc chóp khi thị lực của hội viên không thể điều chỉnh về mức 20/25 ở một hoặc cả hai mắt khi sử dụng mắt kính tiêu chuẩn
- Cải thiện thị lực cho hội viên có thị lực có thể điều chỉnh để cải thiện hai hàng trên biểu đồ kiểm tra thị lực, khi so sánh với mắt kính tiêu chuẩn đã được hiệu chỉnh tốt nhất

CÁC DỊCH VỤ VÀ VẬT LIỆU KHÔNG ĐƯỢC ĐÀI THỌ (CÁC TRƯỜNG HỢP LOẠI TRỪ VÀ GIỚI HẠN)

Các dịch vụ hoặc vật liệu bị loại trừ trong chương trình chăm sóc nhãn khoa có thể được đài thọ theo phần các quyền lợi y tế trong chương trình của quý vị. Tham khảo EOC của chương trình để biết thêm thông tin.

Bên cạnh các giới hạn nêu trên, chương trình không đài thọ cho các trường hợp sau:

- Các dịch vụ và vật liệu được cung cấp từ nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe không phải là nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc thị lực tham gia sẽ không được đài thọ.
- Chi phí cho dịch vụ và vật liệu mà Health Net xác định là không cần thiết về mặt y tế sẽ bị loại trừ. Đài thọ cho một lần khám mắt định kỳ có giãn con ngươi mỗi năm theo lịch và không phụ thuộc vào sự cần thiết về mặt y tế.
- Mắt kính Plano (không theo toa) sẽ bị loại trừ.
- Bảo hiểm cho kính áp tròng theo toa phụ thuộc vào Sự cần thiết về mặt y tế, cũng như mọi trường hợp loại trừ và giới hạn áp dụng. Khi được đài thọ, kính áp tròng được cung cấp theo khoảng thời gian bảo hiểm giống như kính thuốc, trong quyền lợi nhãn khoa này. Chúng thay thế cho toàn bộ mắt kính và gọng kính thuốc.
- Các loại chi phí bệnh viện và chi phí y tế, dịch vụ chăm sóc thị lực được cung cấp tại bệnh viện, cũng như biện pháp điều trị y tế hoặc phẫu thuật mắt đều không được đài thọ.
- Cặp kính thứ hai thay thế cho kính hai tròng sẽ không được bao gồm trong quyền lợi cơ bản. Tuy nhiên, các nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc thị lực tham gia của Health Net sẽ chiết khấu tối đa 40 phần trăm giá mua thông thường khi mua kính lần hai, sau khi sử dụng hết quyền lợi ban đầu.

TRÁCH NHIỆM THANH TOÁN

Nếu quý vị khám tại một nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe không liên kết với Health Net, quý vị sẽ chịu trách nhiệm thanh toán toàn bộ phí khám mắt, mua kính hoặc kính áp tròng của mình.

Quý vị cũng có thể phải thanh toán thêm phụ phí khi sử dụng nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe liên kết, nếu quý vị chọn mắt kính, gọng kính hoặc kính áp tròng có chi phí cao hơn chi phí được đài thọ. Health Net sẽ hoàn lại tiền cho các dịch vụ chăm sóc thị lực và kính thuốc được đài thọ theo quy định về Bồi thường cho người lao động hoặc theo yêu cầu của luật cho bệnh về chức năng hoạt động.

Đây chỉ là bản tóm tắt. Tham khảo EOC của chương trình để xác định các điều khoản và điều kiện chính xác cho bảo hiểm của quý vị.

Dịch vụ nha khoa cho trẻ em

Để được đài thọ, tất cả các dịch vụ dưới đây phải được cung cấp bởi Nhà cung cấp dịch vụ nha khoa chính tham gia được lựa chọn của Health Net. Tham khảo “Các trường hợp loại trừ và giới hạn của chương trình chăm sóc nha khoa cho trẻ em” ở đoạn sau của phần này để biết giới hạn đối với các dịch vụ nha khoa cho trẻ em được đài thọ.

Dịch vụ nha khoa cho trẻ em được đài thọ cho đến ngày cuối cùng của tháng mà trẻ bước sang tuổi mười chín.

CÁCH CHỌN NHA SĨ CHÍNH

Người đăng ký bảo hiểm phải chọn một Nha sĩ chính từ *Danh mục nha sĩ tham gia* trong khu vực dành cho bản thân và thành viên gia đình được ghi danh (tức là các thành viên gia đình được ghi danh phải sử dụng cùng một Nha sĩ chính). Hãy gọi đến Trung tâm Liên lạc Hội viên theo số in trên thẻ ID Health Net của quý vị để biết danh sách các nhà cung cấp dịch vụ nha khoa tham gia. Mỗi Nha sĩ chính của hội viên phải chịu trách nhiệm cung cấp, hướng dẫn và điều phối dịch vụ chăm sóc nha khoa toàn diện cho hội viên. Hội viên được yêu cầu chọn Nha sĩ chính khi ghi danh. Nếu quý vị không lựa chọn và thông báo cho Health Net, Health Net sẽ chỉ định một Nha sĩ chính ở gần nơi cư trú chính của Người đăng ký bảo hiểm. Chỉ định này sẽ được thực hiện trong vòng 31 ngày sau ngày hội viên bắt đầu tham gia bảo hiểm, hoặc 31 ngày sau khi nhận được thông tin ghi danh đầy đủ, tùy trường hợp nào muộn hơn.

CÁC DỊCH VỤ VÀ VẬT LIỆU ĐƯỢC ĐÀI THỌ

Khi quý vị nhận được quyền lợi từ Nha sĩ chính đã chọn, quý vị chỉ phải thanh toán Tiền đồng trả áp dụng được nêu dưới đây. Quý vị không cần gửi yêu cầu thanh toán. Health Net đã sắp xếp cung cấp các dịch vụ nha khoa bằng cách ký hợp đồng với các Nha sĩ tham gia để phục vụ quý vị một cách có tổ chức và tiết kiệm chi phí.

Nếu quý vị đã mua một chương trình quyền lợi nha khoa bổ sung cho trẻ em, các quyền lợi nha khoa trẻ em được đài thọ theo chương trình này sẽ được thanh toán trước, với chương trình quyền lợi nha khoa bổ sung cho trẻ em đài thọ cho các dịch vụ không được đài thọ và/hoặc khoản chia sẻ chi phí như được mô tả trong tài liệu bảo hiểm chương trình quyền lợi nha khoa bổ sung cho trẻ em.

QUAN TRỌNG: Nếu quý vị lựa chọn nhận dịch vụ nha khoa không phải là dịch vụ được đài thọ theo chương trình này, nhà cung cấp dịch vụ nha khoa tham gia có thể tính phí cho quý vị theo giá thông thường của những dịch vụ đó. Trước khi cung cấp cho bệnh nhân các dịch vụ nha khoa không thuộc quyền lợi được đài thọ, nha sĩ nên cung cấp cho bệnh nhân một kế hoạch điều trị, bao gồm từng dịch vụ dự kiến sẽ được cung cấp và chi phí ước tính cho mỗi dịch vụ. Nếu quý vị muốn tìm hiểu thêm thông tin về các tùy chọn bảo hiểm nha khoa, quý vị có thể gọi đến Trung tâm Liên lạc Hội viên theo số điện thoại in trên thẻ ID nha khoa của Health Net hoặc gọi điện cho người môi giới bảo hiểm của quý vị. Để hiểu đầy đủ về bảo hiểm của mình, quý vị có thể muốn xem lại kỹ tài liệu *EOC* này.

Việc quản lý thiết kế chương trình nha khoa cho trẻ em này tuân thủ các yêu cầu của chương trình quy chuẩn Quyền lợi y tế thiết yếu (EHB) về nha khoa cho trẻ em, bao gồm bảo hiểm cho các dịch vụ trong trường hợp cần thiết về mặt y tế được xác định trong quyền lợi Khám sàng lọc, chẩn đoán và điều trị sớm và định kỳ (EPSDT) cho các dịch vụ nha khoa cho trẻ em.

Tóm tắt quyền lợi nha khoa cho trẻ em

Phạm vi tiền đồng trả theo loại dịch vụ. Tham khảo *EOC* để biết danh sách đầy đủ các dịch vụ nha khoa cho trẻ em được đài thọ, tiền đồng trả, các trường hợp giới hạn và loại trừ quyền lợi.

Quyền lợi nha khoa	Khoản quý vị phải thanh toán
Dịch vụ chẩn đoán và phòng ngừa	\$0
Bao gồm các dịch vụ như khám răng miệng, chụp X-quang phòng ngừa và làm sạch, chất trám mỗi răng, tráng men florua tại chỗ và bộ phận giữ khoảng cách	
Thủ thuật phục hồi.....	Phạm vi tiền đồng trả từ \$25 - \$310
Dịch vụ nha khoa cần thiết về mặt y tế để khắc phục hoặc phục hồi răng tự nhiên về trạng thái khỏe mạnh	
Nội nha	Phạm vi tiền đồng trả từ \$20 - \$365
Các dịch vụ nha khoa cần thiết về mặt y tế bao gồm điều trị tủy răng, ống tủy răng và chân răng	
Nội nha	Phạm vi tiền đồng trả từ \$10 - \$350
Dịch vụ nha khoa cần thiết về mặt y tế bao gồm điều trị nướu và xương nâng đỡ răng và kiểm soát viêm nướu và nha chu (bệnh nướu)	
Dịch vụ răng giả.....	Phạm vi tiền đồng trả từ \$20 - \$350
Phục hình răng miệng (răng giả tháo lắp), phục hình răng miệng cố định (cầu cố định), lắp bộ phận giả hàm mặt và dịch vụ cấy ghép implant	
Giải phẫu miệng và hàm mặt	Phạm vi tiền đồng trả từ \$30 - \$350
Dịch vụ nha khoa cần thiết về mặt y tế bao gồm nhổ răng và các thủ thuật giải phẫu khác	
Các dịch vụ thông dụng phụ trợ.....	Phạm vi tiền đồng trả từ \$0 - \$210
Chỉnh nha cần thiết về mặt y tế	\$1,000

Các quyền lợi chỉnh nha

Chương trình nha khoa này đài thọ các quyền lợi chỉnh nha như mô tả ở trên. Nhổ răng và chụp X-quang chẩn đoán ban đầu không được bao gồm trong những phí tổn này. Điều trị chỉnh nha phải được cung cấp bởi một Nha sĩ tham gia.

Giới thiệu đến bác sĩ chuyên khoa chăm sóc chỉnh nha

Mỗi Nha sĩ chính của hội viên chịu trách nhiệm định hướng và điều phối việc chăm sóc nha khoa toàn diện cho bệnh nhân để được hưởng Quyền lợi. Nếu Nha sĩ chính của quý vị khuyến nghị chăm sóc chỉnh nha và quý vị muốn nhận được quyền lợi cho dịch vụ chăm sóc đó trong chương trình nha khoa này, Trung tâm Liên lạc Hội viên của Health Net sẽ hỗ trợ quý vị chọn một Bác sĩ chỉnh nha tham gia từ Danh mục bác sĩ chỉnh nha tham gia.

Dịch vụ nha khoa cần thiết về mặt y tế

Các dịch vụ nha khoa cần thiết về mặt y tế là các quyền lợi nha khoa cần thiết và thích hợp để điều trị răng, nướu và các cấu trúc nâng đỡ của một hội viên theo các tiêu chuẩn thực hành đã được công nhận về mặt chuyên môn và là:

- Cần thiết để điều trị sâu răng, bệnh hoặc chấn thương ở răng; hoặc
- Thiết yếu để chăm sóc răng và các mô nâng đỡ của răng

Dịch vụ nha khoa cấp cứu

Các dịch vụ nha khoa cấp cứu là những thủ thuật nha khoa được áp dụng trong phòng mạch của nha sĩ, phòng khám nha khoa, hoặc cơ sở y tế tương đương khác, để đánh giá và ổn định các tình trạng nha khoa của một lần khởi phát gần đây và mức độ nặng đi kèm với chảy máu quá nhiều, đau nhức dữ dội, hoặc nhiễm trùng cấp tính mà một người có thể cho rằng cần chăm sóc nha khoa lập tức.

Tất cả các nha sĩ tổng quát được chọn cung cấp các dịch vụ nha khoa cấp cứu hai tư (24) giờ một ngày, bảy (7) ngày một tuần và chúng tôi khuyến khích quý vị tìm sự chăm sóc từ nha sĩ tổng quát được chọn của quý vị. **Nếu cần đến dịch vụ nha khoa cấp cứu, quý vị có thể tìm đến bất kỳ nhà cung cấp dịch vụ nha khoa nào, đến phòng cấp cứu gần nhất, hoặc gọi 911 để được hỗ trợ, khi cần. Không bắt buộc phải có sự Chấp thuận trước cho các dịch vụ nha khoa cấp cứu.**

CÁC TRƯỜNG HỢP LOẠI TRỪ VÀ GIỚI HẠN CỦA CHƯƠNG TRÌNH CHĂM SÓC NHA KHOA CHO TRẺ EM:

Các trường hợp giới hạn về thủ thuật nha khoa

Các thủ thuật nha khoa được đài thọ phải chịu các giới hạn được trình bày bên dưới. Tham khảo EOC để biết danh sách đầy đủ các dịch vụ nha khoa cho trẻ em được đài thọ, tiền đồng trả, các trường hợp giới hạn và loại trừ quyền lợi.

Đánh giá răng miệng định kỳ: Giới hạn ở 1 lần mỗi 6 tháng.

Dịch vụ phòng bệnh (làm sạch): Giới hạn ở 1 lần mỗi 6 tháng.

Điều trị bằng florua: Được đài thọ 1 lần mỗi 6 tháng.

Chụp X-quang trong khoang miệng: Chụp X-quang trong khoang miệng toàn hàm giới hạn ở một lần chụp mỗi 36 tháng. Chụp X-quang khớp cắn giới hạn ở 2 lần mỗi 6 tháng.

Chụp X-quang răng cánh cắn: Chụp X-quang răng cánh cắn kết hợp với kiểm tra định kỳ giới hạn ở một bộ 4 phim trong giai đoạn 6 tháng bất kỳ. Cho phép chụp X-quang răng cánh cắn hoặc chụp phim quanh chóp riêng trong trường hợp cấp cứu hoặc định kỳ.

Chụp X-quang toàn hàm: Chụp X-quang toàn hàm kết hợp với khám răng định kỳ giới hạn ở một lần mỗi 24 tháng.

Chụp X-quang toàn cảnh: Giới hạn ở một lần mỗi 36 tháng.

Điều trị bằng chất trám răng: Giới hạn ở các răng hàm vĩnh viễn thứ nhất, thứ hai và thứ ba chiếm vị trí của răng hàm thứ hai.

Thay thế răng phục hình: Chỉ được đài thọ khi bị lỗi, có bằng chứng là các tình trạng như tái phát sâu răng hoặc gãy răng và việc thay răng là Cần thiết về mặt y tế.

Mão răng:

Mão răng làm sẵn – răng sữa được đài thọ 12 tháng một lần.

Mão răng làm sẵn – răng vĩnh viễn được đài thọ 36 tháng một lần.

Thay thế mão răng làm sẵn cần thiết về mặt y tế ở răng sữa trong 12 tháng đầu tiên và răng vĩnh viễn trong 36 tháng đầu tiên sẽ được đài thọ.

Chỉ mão răng bằng acrylic và mão răng bằng thép không gỉ là quyền lợi dành cho trẻ em dưới 12 tuổi. Nếu chọn các loại mão răng khác, hội viên sẽ phải thanh toán khoản chênh lệch về chi phí cho trẻ dưới 12 tuổi. Mức quyền lợi nha khoa được đài thọ sẽ bằng với mức quyền lợi của mão răng bằng acrylic.

Cắt bỏ nướu hoặc phục hình nướu và giải phẫu xương: Giới hạn ở một lần/cung hàm mỗi 36 tháng.

Nha chu (không phải Bảo trì): Lấy cao răng, làm láng mặt gốc răng và nạo dưới lợi giới hạn ở một lần/cung hàm mỗi 24 tháng.

Làm sạch nướu: Được đài thọ một lần mỗi 12 tháng cho mỗi cung phần tư.

Các trường hợp loại trừ và giới hạn đối với dịch vụ nha khoa

Các dịch vụ hoặc vật liệu bị loại trừ trong các dịch vụ nha khoa cho trẻ em có thể được đài thọ theo phần các quyền lợi y tế của chương trình của quý vị. Tham khảo EOC của chương trình để biết thêm thông tin.

Sau đây là giới hạn của các quyền lợi, trừ khi được liệt kê rõ khác đi là quyền lợi được đài thọ trên bảng kê quyền lợi của chương trình này:

- Bất kỳ thủ thuật nào mà theo ý kiến chuyên môn của nha sĩ chăm sóc: (a) có tiên lượng kém để có kết quả thành công và độ bền hợp lý căn cứ trên tình trạng của răng hoặc các răng và/hoặc cấu trúc bao quanh hoặc (b) phù hợp với các tiêu chuẩn nha khoa được chấp nhận rộng rãi.
- Dịch vụ cấy ghép implant (D6000-D6199): Dịch vụ cấy ghép implant là quyền lợi chỉ khi các tình trạng y tế đặc biệt được ghi nhận và sẽ được xem xét sự cần thiết về mặt y tế.
- Chỉnh nha cần thiết về mặt y tế (D8000-D8999): Quyền lợi cho điều trị chỉnh nha toàn diện cần thiết về mặt y tế phải được chấp thuận bởi các nhà tư vấn nha khoa của Health Net cho một hội viên có một trong các tình trạng y tế răng so le gây bất lợi, chứng hở hàm ếch và các trường hợp kiểm soát sự tăng trưởng mặt. Chăm sóc chỉnh nha được đài thọ khi cần thiết về mặt y tế để ngăn ngừa bệnh tật và tăng cường sức khỏe răng miệng, khôi phục cấu trúc miệng khỏe mạnh và hoạt động cũng như điều trị các tình trạng cấp cứu.
 - o Chỉ những trường hợp có bộ răng vĩnh viễn mới được xem là bị răng so le gây bất lợi cần thiết về mặt y tế, trừ khi bệnh nhân từ 13 tuổi trở lên vẫn còn răng sữa. Các trường hợp hở hàm ếch và dị thường sọ mặt là quyền lợi đối với răng sữa, răng cố định và răng vĩnh viễn. Dị thường sọ mặt được điều trị bằng cách kiểm soát sự tăng trưởng của mặt.
 - o Tất cả các thủ thuật cần thiết có thể ảnh hưởng đến điều trị chỉnh nha phải được hoàn tất trước khi cân nhắc điều trị chỉnh nha.
 - o Các thủ thuật chỉnh nha là quyền lợi chỉ khi khuôn đúc chẩn đoán xác nhận điểm tối thiểu là 26 điểm trên Bảng điểm số thay đổi California Chỉ số HLD (Handicapping Labio-Lingual Deviation), DC016 (06/09) hoặc một trong sáu điều kiện xét chọn tự động dưới đây tồn tại hoặc khi có văn bản về dị thường sọ mặt từ một bác sĩ chuyên khoa được chứng nhận trên phần tiêu đề thư chuyên nghiệp của họ.

Các điều kiện xét chọn tự động là:

- dị thường hở hàm ếch. Nếu không thấy chứng hở hàm ếch trên khuôn đúc chẩn đoán thì phải nộp văn bản từ bác sĩ chuyên khoa được chứng nhận, trên phần tiêu đề thư chuyên nghiệp của họ, có yêu cầu sự chấp thuận trước,
- dị thường sọ mặt. Nộp văn bản từ bác sĩ chuyên khoa được chứng nhận, trên phần tiêu đề thư chuyên nghiệp của họ, có yêu cầu sự chấp thuận trước,
- răng hô ảnh hưởng sâu trong đó các răng cửa ở hàm dưới phá hủy mô mềm của vòm miệng,
- hàm lệch ở răng cửa riêng lẻ gây phá hủy mô mềm,
- răng cửa trên nhô ra trên 9 mm hoặc răng cửa dưới nhô ra trên 3.5 mm,
- sai lệch chấn thương nặng (chẳng hạn như mất một đoạn mảnh trước hàm do bong, tai nạn hoặc viêm tủy xương hoặc bệnh lý khác). Cần nộp văn bản về chấn thương hoặc bệnh lý với yêu cầu sự chấp thuận trước.

Nếu hội viên không có điểm từ 26 trở lên cũng không đáp ứng một trong sáu điều kiện xét chọn tự động, thì hội viên đó có thể đủ điều kiện theo ngoại lệ Khám sàng lọc, chẩn đoán và điều trị sớm và định kỳ – Các dịch vụ bổ sung (EPSDT-SS) nếu có văn bản về sự cần thiết y tế.

- Các dịch vụ phụ trợ (D9000-D9999); Các dịch vụ phụ trợ bao gồm gây mê/tê, buổi khám và tư vấn với chuyên gia, kiểm soát hành vi, biến chứng sau giải phẫu và dụng cụ bảo vệ mặt cắn;
 - o Điều trị xoa dịu (giảm đau)
 - o Điều trị xoa dịu (cấp cứu), để điều trị đau nhức răng, chỉ giới hạn ở một lần/ngày/hội viên.
 - o Gọi đến cơ sở y tế chăm sóc tại nhà/mở rộng, một lần/hội viên/ngày thực hiện.
 - o Một cuộc gọi đến trung tâm giải phẫu cấp cứu hoặc bệnh viện/ngày/nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe/hội viên.
 - o Các dịch vụ gây tê cho hội viên dưới 19 tuổi, an thần sâu hoặc gây mê toàn thân được đài thọ theo từng trường hợp hoặc khi được chấp thuận trước, ngoại trừ đối với các dịch vụ giải phẫu miệng. Đối với các dịch vụ giải phẫu miệng, dịch vụ an thần sâu hoặc gây mê toàn thân không cần có sự chấp thuận trước.
 - o Dụng cụ bảo vệ mặt cắn khi cần thiết về mặt y tế và có chấp thuận trước, đối với các hội viên từ 12 đến 19 tuổi khi hội viên có bộ răng vĩnh viễn.
 - o Các quyền lợi chăm sóc răng miệng từ xa giới hạn ở hai lần trong giai đoạn 12 tháng. Chương trình này không đài thọ cho dịch vụ Nha khoa từ xa sau hai buổi trong khoảng thời gian 12 tháng.
- Các dịch vụ sau đây, nếu theo ý kiến của nha sĩ chăm sóc hoặc Health Net là không cần thiết về mặt y tế, sẽ không được đài thọ:
 - o Điều trị khớp thái dương hàm (còn được gọi là “TMJ”).
 - o Nha khoa không bắt buộc và nha khoa thẩm mỹ.
 - o Giải phẫu miệng đòi hỏi sắp xếp các mảnh vỡ hoặc lệch chỗ, giải phẫu hàm thẳng và nhổ răng chỉ cho mục đích chỉnh nha (không áp dụng cho răng bị vỡ hoặc lệch (lung lay)).
 - o Điều trị bệnh lý ác tính, nang, khối u hoặc dị dạng bẩm sinh.

- o Thuốc theo toa.
- o Viện phí loại bất kỳ.
- o Mất hoặc bị đánh cắp hàm răng giả toàn bộ hoặc một phần.
- o Bất kỳ thủ thuật cấy ghép implant nào.
- o Bất kỳ thủ thuật mang tính thí nghiệm nào.
- o Gây mê toàn thân hoặc an thần qua tĩnh mạch/còn ý thức, ngoại trừ như nêu rõ trong mục các quyền lợi y tế.
- o Các dịch vụ không thể được thực hiện do giới hạn về thể chất hoặc hành vi của bệnh nhân.
- o Hội viên có trách nhiệm chi trả các lệ phí phải chịu cho những cuộc hẹn bị lỡ hoặc hội viên không đến (mà không thông báo trước 24 tiếng). Tuy nhiên, tiền đồng trả cho các cuộc hẹn bị lỡ có thể không áp dụng nếu: (1) hội viên đã hủy hẹn trước ít nhất 24 giờ; hoặc (2) hội viên đã lỡ cuộc hẹn do tình huống cấp cứu hoặc tình huống vượt ngoài khả năng kiểm soát của hội viên.
- o Bất kỳ thủ thuật nào được thực hiện nhằm mục đích khắc phục đường viền, chỗ tiếp xúc hoặc chỗ tắc.
- o Bất kỳ thủ thuật nào không được liệt kê cụ thể là dịch vụ được đài thọ.
- o Các dịch vụ được cung cấp miễn phí cho hội viên bởi chính quyền tiểu bang hoặc một tổ chức của chính quyền, hoặc bất kỳ khu tự trị, quận hoặc các khu hành chính khác.
- o Chi phí cho kim loại quý được sử dụng dưới bất kỳ dạng nào của các quyền lợi nha khoa.
- o Các dịch vụ của nha sĩ nhi, trừ khi hội viên không thể được điều trị bởi nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe trong danh sách bác sĩ bảo hiểm của mình, hoặc điều trị bởi một nha sĩ nhi là cần thiết về mặt y tế, hoặc nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe theo chương trình của hội viên là một nha sĩ nhi. Các dịch vụ nha khoa trẻ em được nhận tại cơ sở chăm sóc cấp cứu cho các tình trạng không cấp cứu nếu theo lý thì người đăng ký bảo hiểm cần biết rằng tình huống chăm sóc cấp cứu không tồn tại.

Đây chỉ là bản tóm tắt. Tham khảo EOC của chương trình để xác định các điều khoản và điều kiện chính xác cho bảo hiểm của quý vị.

Thông báo không phân biệt đối xử

Nondiscrimination Notice

In addition to the State of California nondiscrimination requirements (as described in benefit coverage documents), Health Net of California, 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:

Individual & Family Plan (IFP) Members On Exchange/Covered California 1-888-926-4988 (TTY: 711)

Individual & Family Plan (IFP) Members Off Exchange 1-800-839-2172 (TTY: 711)

Individual & Family Plan (IFP) Applicants 1-877-609-8711 (TTY: 711)

Group Plans through Health Net 1-800-522-0088 (TTY: 711)

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

Health Net of California, Inc. Appeals & Grievances

PO Box 10348

Van Nuys, CA 91410-0348

Fax: 1-877-831-6019

Email: Member.Discrimination.Complaints@healthnet.com (Members) or

Non-Member.Discrimination.Complaints@healthnet.com (Applicants)

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

If you believe you have been discriminated against because of race, color, national origin, age, disability, or sex, you can also file a civil rights complaint with the U.S. Department of Health and Human Services, Office for Civil Rights (OCR), electronically through the OCR Complaint Portal, at <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, or by mail or phone at: U.S. Department of Health and Human Services, 200 Independence Avenue SW, Room 509F, HHH Building, Washington, DC 20201, 1-800-368-1019 (TDD: 1-800-537-7697).

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

Thông báo về dịch vụ ngôn ngữ

English

No Cost Language Services. You can get an interpreter. You can get documents read to you and some sent to you in your language. For help, call the Customer Contact Center at the number on your ID card or call Individual & Family Plan (IFP) Off Exchange: 1-800-839-2172 (TTY: 711). For California marketplace, call IFP On Exchange 1-888-926-4988 (TTY: 711) or Small Business 1-888-926-5133 (TTY: 711). For Group Plans through Health Net, call 1-800-522-0088 (TTY: 711).

Arabic

خدمات لغوية مجانية. يمكننا أن نوفر لك مترجم فوري. ويمكننا أن نقرأ لك الوثائق بلغتك. للحصول على المساعدة اللازمة، يرجى التواصل مع مركز خدمة العملاء عبر الرقم المبين على بطاقتك أو الاتصال بالرقم الفرعي لخطة الأفراد والعائلة: (TTY: 711) 1-800-839-2172. للتواصل في كاليفورنيا، يرجى الاتصال بالرقم الفرعي لخطة الأفراد والعائلة عبر الرقم: (TTY: 711) 1-888-926-4988 أو المشروعات الصغيرة 1-888-926-5133 (TTY: 711). لخطط المجموعة عبر Health Net، يرجى الاتصال بالرقم (TTY: 711) 1-800-522-0088.

Armenian

Անվճար լեզվական ծառայություններ: Դուք կարող եք բանավոր թարգմանիչ ստանալ: Փաստաթղթերը կարող են կարդալ ձեր լեզվով: Օգնության համար զանգահարեք 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

សេវាកម្មភាសាដោយឥតគិតថ្លៃ។ 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 hádííóót'íí. Naaltsoos da t'áá shí shizaad k'éhjí shichí' yídooltaah nínízingo t'áá ná ákódoolníít. Ákót'éego shíká a'doowoł nínízingo Customer Contact Center hoolyéíhjí' hodíílnih ninaaltsoos nanítingo bee néého'dolzinígíí hodoonihjí' bikáá' éí doodago koji' hólne' Individual & Family Plan (IFP) Off Exchange: 1-800-839-2172 (TTY: 711). California marketplace báhígíí koji' hólne' IFP On Exchange 1-888- 926-4988 (TTY: 711) éí doodago Small Business báhígíí koji' hólne' 1-888-926-5133 (TTY: 711). Group Plans through Health Net báhígíí éí koji' 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. دریافت کمک، با مرکز تماس مشتریان به شماره روی کارت شناسایی یا طرح فردی و خانوادگی (IFP) Off Exchange) به شماره: 1-800-839-2172 (TTY:711) تماس بگیرید. برای بازار کالیفرنیا، با IFP On Exchange شماره 1-888-926-4988 (TTY:711) یا کسب و کار کوچک (TTY:711) 1-888-926-5133 (TTY:711) تماس بگیرید. برای طرح های گروهی از طریق Health Net، با 1-800-522-0088 (TTY:711) تماس بگیرید.

Panjabi (Punjabi)

ਬਿਨਾਂ ਕਿਸੇ ਲਾਗਤ ਵਾਲੀਆਂ ਭਾਸ਼ਾ ਸੇਵਾਵਾਂ। ਤੁਸੀਂ ਇੱਕ ਦੁਭਾਸ਼ੀਏ ਦੀ ਸੇਵਾ ਹਾਸਲ ਕਰ ਸਕਦੇ ਹੋ। ਤੁਹਾਨੂੰ ਦਸਤਾਵੇਜ਼ ਤੁਹਾਡੀ ਭਾਸ਼ਾ ਵਿੱਚ ਪੜ੍ਹ ਕੇ ਸੁਣਾਏ ਜਾ ਸਕਦੇ ਹਨ। ਮਦਦ ਲਈ, ਆਪਣੇ ਆਈਡੀ ਕਾਰਡ ਤੇ ਦਿੱਤੇ ਨੰਬਰ ਤੇ ਗਾਹਕ ਸੰਪਰਕ ਕੇਂਦਰ ਨੂੰ ਕਾਲ ਕਰੋ ਜਾਂ ਵਿਅਕਤੀਗਤ ਅਤੇ ਪਰਿਵਾਰਕ ਯੋਜਨਾ (IFP) ਔਫ਼ ਐਕਸਚੇਂਜ 'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ: 1-800-839-2172 (TTY: 711)। ਕੈਲੀਫੋਰਨੀਆ ਮਾਰਕਿਟਪਲੇਸ ਲਈ, IFP ਔਨ ਐਕਸਚੇਂਜ ਨੂੰ 1-888-926-4988 (TTY: 711) ਜਾਂ ਸਮੇਲ 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 прочитать документы на Вашем родном языке. Если Вам нужна помощь, звоните по телефону Центра помощи клиентам, указанному на вашей карте участника плана. Вы также можете позвонить в отдел помощи участникам не представленным на федеральном рынке планов для частных лиц и семей (IFP) Off Exchange 1-800-839-2172 (TTY: 711). Участники планов от California marketplace: звоните в отдел помощи участникам представленным на федеральном рынке планов IFP (On Exchange) по телефону 1-888-926-4988 (TTY: 711) или в отдел планов для малого бизнеса (Small Business) по телефону 1-888-926-5133 (TTY: 711). Участники коллективных планов, предоставляемых через Health Net: звоните по телефону 1-800-522-0088 (TTY: 711).

Spanish

Servicios de idiomas sin costo. Puede solicitar un intérprete, obtener el servicio de lectura de documentos y recibir algunos en su idioma. Para obtener ayuda, comuníquese con el Centro de Comunicación con el Cliente al número que figura en su tarjeta de identificación o llame al plan individual y familiar que no pertenece al Mercado de Seguros de Salud al 1-800-839-2172 (TTY: 711). Para planes del mercado de seguros de salud de California, llame al plan individual y familiar que pertenece al Mercado de Seguros de Salud al 1-888-926-4988 (TTY: 711); para los planes de pequeñas empresas, llame al 1-888-926-5133 (TTY: 711). Para planes grupales a través de Health Net, llame al 1-800-522-0088 (TTY: 711).

Tagalog

Walang Bayad na Mga Serbisyo sa Wika. Makakakuha kayo ng interpreter. Makakakuha kayo ng mga dokumento na babasahin sa inyo sa inyong wika. Para sa tulong, tumawag sa Customer Contact Center sa numerong nasa ID card ninyo o tumawag sa Off Exchange ng Planong Pang-indibidwal at Pampamilya (Individual & Family Plan, IFP): 1-800-839-2172 (TTY: 711). Para sa California marketplace, tumawag sa IFP On Exchange 1-888-926-4988 (TTY: 711) o Maliliit na Negosyo 1-888-926-5133 (TTY: 711). Para sa mga Planong Pang-grupo sa pamamagitan ng Health Net, tumawag sa 1-800-522-0088 (TTY: 711).

Thai

ไม่มีค่าบริการด้านภาษา คุณสามารถใช้ล่ามได้ คุณสามารถให้อ่านเอกสารให้ฟังเป็นภาษาของคุณได้ หากต้องการความช่วยเหลือ โทรหาศูนย์ลูกค้าสัมพันธ์ได้ที่หมายเลขบนบัตรประจำตัวของคุณ หรือโทรหาฝ่ายแผนบุคคลและครอบครัวของเอกชน (Individual & Family Plan (IFP) Off Exchange) ที่ 1-800-839-2172 (โทรมา TTY: 711) 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)

Liên hệ với chúng tôi

1-800-522-0088 (Tiếng Anh) TTY: 711
1-800-331-1777 (Tiếng Tây Ban Nha)
1-877-891-9053 (Tiếng Quan Thoại)
1-877-891-9050 (Tiếng Quảng Đông)
1-877-339-8596 (Tiếng Hàn)
1-877-891-9051 (Tiếng Tagalog)
1-877-339-8621 (Tiếng Việt)

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

Healthnet.com

Các chương trình HMO, EOA, POS, PPO và Salud con Health Net HMO được cung cấp bởi Health Net of California, Inc. Health Net of California, Inc. là một chi nhánh của Health Net, LLC và Centene Corporation. Health Net là nhãn hiệu dịch vụ đã đăng ký của Health Net, LLC. Bảo lưu mọi quyền.