



Health Net of California, Inc. (Health Net)

# Mẫu tiết lộ thông tin

PPO

Nhóm doanh nghiệp 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 cần được chăm sóc sức khỏe thì thật tuyệt vời khi có nhiều lựa chọn dành cho quý vị. Vì thế, Health Net of California, Inc. (Health Net) cung cấp chương trình bảo hiểm của Tổ chức Nhà cung cấp Ưu tiên (PPO) (gọi tắt là “Health Net PPO”) – một chương trình mang đến cho quý vị sự linh hoạt và lựa chọn. *Mẫu tiết lộ thông tin* này giải đáp các thắc mắc cơ bản về chương trình Health Net PPO này.

*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](http://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 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 .....	5
Yêu cầu về chấp thuận trước.....	7
Giới hạn bảo hiểm .....	10
Quyền lợi và bảo hiểm .....	13
Quản lý việc sử dụng dịch vụ .....	17
Thanh toán lệ phí và chi phí.....	18
Các cơ sở y tế .....	24
Gia hạn, tiếp tục hoặc kết thúc bảo hiểm.....	26
Nếu quý vị không đồng ý với chương trình của chúng tôi .....	29
Thông tin quyền lợi bổ sung của chương trình .....	30
Các dịch vụ sức khỏe hành vi .....	30
Chương trình thuốc theo toa.....	32
Chương trình chăm sóc chăm cứu .....	37
Chương trình chăm sóc thị lực cho trẻ em.....	38
Chương trình nha khoa cho trẻ em.....	41
Thông báo không phân biệt đối xử .....	45
Thông báo về dịch vụ ngôn ngữ .....	46



# Cách thức hoạt động của chương trình

Vui lòng đọc thông tin sau để biết có thể nhận dịch vụ chăm sóc sức khỏe từ đâu.

## LỰA CHỌN NHÀ CUNG CẤP DỊCH VỤ CHĂM SÓC SỨC KHỎE

Khi quý vị ghi danh vào chương trình Health Net PPO, quý vị sẽ lựa chọn bác sĩ và bệnh viện riêng để đáp ứng tất cả các nhu cầu chăm sóc sức khỏe của quý vị. Health Net PPO cung cấp hai cách tiếp cận dịch vụ chăm sóc sức khỏe khác nhau:

- **Trong hệ thống** – Quý vị chọn bác sĩ (hoặc bệnh viện) đã ký hợp đồng trong hệ thống PPO của chúng tôi. Quý vị có thể tiết kiệm chi phí đáng kể khi nhận dịch vụ chăm sóc từ nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe ký hợp đồng với Health Net PPO.
- **Ngoài hệ thống** – Quý vị chọn bác sĩ (hoặc bệnh viện) bên ngoài hệ thống PPO của chúng tôi. Các nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe này không có hợp đồng với Health Net PPO. Quý vị sẽ chịu chi phí tự trả cao hơn khi thăm khám với nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe trong Hệ thống PPO của chúng tôi.



*Ngoại trừ dịch vụ chăm sóc cấp cứu, khi quý vị chọn thăm khám với nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe ngoài hệ thống, quý vị sẽ trả khoản chia sẻ chi phí cho mức quyền lợi ngoài hệ thống, thường cao hơn mức quyền lợi trong hệ thống. **Ngoài ra**, quý vị có trách nhiệm thanh toán khoản chênh lệch giữa số tiền mà nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe ngoài hệ thống lập hóa đơn và số tiền tối đa cho phép (MAA). Xem mục “Thanh toán phí và chi phí” ở phần sau của tài liệu Mẫu tiết lộ thông tin này để biết thêm chi tiết.*

Lựa chọn bác sĩ và bệnh viện của quý vị có thể xác định những dịch vụ nào sẽ được đài thọ, cũng như số tiền quý vị sẽ thanh toán. Các nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe ký hợp đồng với Health Net PPO được gọi là “nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe ưu tiên” và được liệt kê trên trang web của chúng tôi tại [www.healthnet.com](http://www.healthnet.com). Quý vị cũng có thể gọi tới Trung tâm Liên lạc Hội viên theo số điện thoại có trên bìa sau để nhận miễn phí bản sao *Danh mục các nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe ưu tiên của Health Net PPO*.



*Trong một số trường hợp, quý vị cần phải có **sự chấp thuận trước** (còn được gọi là chấp thuận từ trước hoặc xem xét điều trị) để được thanh toán đầy đủ quyền lợi. Tham khảo mục “Yêu cầu về chấp thuận trước” trong tài liệu Mẫu tiết lộ thông tin này để biết những dịch vụ hoặc vật liệu nào cần phải được chấp thuận trước.*

## DỊCH VỤ CHĂM SÓC CỦA BÁC SĨ CHUYÊN KHOA

Nếu quý vị cần được chăm sóc chuyên khoa, quý vị được quyền thăm khám với mọi bác sĩ chuyên khoa mà không cần có giấy giới thiệu. Chỉ cần gọi và đặt lịch hẹn. Để giảm khoản chia sẻ chi phí của quý vị, nhận dịch vụ chăm sóc ở mức quyền lợi trong hệ thống bằng cách thăm khám với bác sĩ chuyên khoa trong hệ thống PPO của chúng tôi. Tham khảo *Danh mục các nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe ưu tiên của Health Net PPO* để tìm bác sĩ chuyên khoa trong hệ thống PPO của chúng tôi.

Quý vị cũng không cần có sự phê duyệt từ Health Net hoặc từ bất kỳ người nào khác 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 có thể phải tuân thủ một số quy trình nhất định, bao gồm việc có được chấp thuận trước cho một số dịch vụ nhất định hoặc tuân theo chương trình điều trị được phê duyệt trước. 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 các nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe ưu tiên của Health Net PPO* trên trang web của Health Net tại [www.healthnet.com](http://www.healthnet.com). Quý vị cũng có thể yêu cầu một bản sao *Danh mục các nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe ưu tiên của Health Net PPO* qua 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 về chấp thuận trước của Tổ chức Quản lý Sức khỏe Hành vi, vui lòng tham khảo mục “Dịch vụ sức khỏe hành vi” và “Yêu cầu về chấp thuận trước” trong *Mẫu tiết lộ thông tin* này.

## 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”.
Các dịch vụ xe cứu thương.....	Tham khảo SBC theo mục “Nếu quý vị cần chăm sóc y tế ngay”.
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 chất gây nghiện”.
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 chất gây nghiện”.
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 có 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.

# Yêu cầu về chấp thuận trước

Đối với một số dịch vụ được đài thọ nhất định, quý vị phải được chấp thuận trước khi nhận dịch vụ, nếu không quý vị sẽ phải nộp tiền phạt cho dịch vụ không được chấp thuận trước được đề cập trong SBC và EOC. Chấp thuận trước thuộc phạm vi quyền hạn của Health Net (y tế), Tổ chức Quản lý Sức khỏe Hành vi (tình trạng rối loạn sức khỏe tâm thần và rối loạn do sử dụng chất gây nghiện) hoặc người được chỉ định nhận ủy quyền.

Chúng tôi có thể sửa đổi danh sách chấp thuận trước tùy từng thời điểm. Mọi thay đổi như vậy, bao gồm việc bổ sung và xóa khỏi danh sách, sẽ được thông báo cho các nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe ưu tiên và được đăng tải trên trang web [www.healthnet.com](http://www.healthnet.com).

**Chấp thuận trước KHÔNG PHẢI là quyết định về quyền lợi. Một số dịch vụ hoặc vật liệu trong số này có thể không được đài thọ theo chương trình của quý vị. Ngay cả khi dịch vụ hoặc vật liệu được chấp thuận trước, quy tắc về tính đủ điều kiện và giới hạn về quyền lợi sẽ vẫn được áp dụng. Tuy nhiên Health Net sẽ không bãi bỏ hoặc sửa đổi sự chấp thuận trước sau khi nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe trên tinh thần thiện chí và tuân theo sự chấp thuận trước, và sẽ thanh toán quyền lợi theo *Chứng từ bảo hiểm* cho các dịch vụ được chấp thuận trước.**



*Các dịch vụ được cung cấp trong trường hợp cấp cứu được đài thọ theo mức quyền lợi trong hệ thống và không yêu cầu chấp thuận trước.*

## CÁC DỊCH VỤ YÊU CẦU CHẤP THUẬN TRƯỚC

### Nhập viện nội trú

Bất kỳ loại cơ sở y tế nào, bao gồm nhưng không giới hạn ở:

- Trung tâm phục hồi chức năng cấp tính
- Cơ sở chăm sóc sức khỏe hành vi
- Dịch vụ chăm sóc giai đoạn cuối đời
- Bệnh viện
  - Cơ sở điều dưỡng chuyên môn
- Cơ sở trị liệu chứng rối loạn do sử dụng dươc chất

### Thủ thuật, dịch vụ hoặc thiết bị dành cho bệnh nhân ngoại trú

- Các kỹ thuật bóc tách để điều trị Barrett thực quản và điều trị khối u gan ác tính nguyên phát & di căn
- Châm cứu (sau khi tư vấn ban đầu)
- Xe cứu thương: dịch vụ xe cứu thương không cấp cứu, đường hàng không hoặc đường bộ
- Thủ thuật giảm cân
- Chỉnh hình phế quản bằng nhiệt

- Nội soi bằng viên nang
- Các thử nghiệm lâm sàng
- Các thủ thuật chẩn đoán bao gồm:
  1. Chụp hình ảnh nâng cao
    - Chụp cắt lớp (CT)
    - Chụp cắt lớp vi tính mạch máu (CTA)
    - Chụp cộng hưởng từ mạch máu (MRA)
    - Chụp cộng hưởng từ (MRI)
    - Chụp xạ hình cắt lớp positron (PET)
  2. Chụp hình ảnh tim
    - Chụp cắt lớp vi tính mạch vành (CCTA)
    - Chụp xạ hình tưới máu cơ tim (MPI)
    - Quét thu nhận đa cổng (MUGA)
    - Điện tâm đồ
  3. Nghiên cứu về giấc ngủ
- Dụng cụ y khoa lâu bền (DME)
- Dịch vụ điều trị bệnh liên quan đến tai, mũi, họng (ENT)
- Phản xung động ngoại biên tăng cường (EECP)
- Các dịch vụ mang tính thử nghiệm hoặc nghiên cứu và công nghệ mới.
- Các dịch vụ xác nhận giới tính
- Xét nghiệm di truyền (Không bắt buộc phải 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)
- Bơm tiêm thuốc giảm đau cấy vào cơ thể gồm dụng cụ luồn hoặc tháo bỏ
- Thuốc tiêm, bao gồm tiêm vào điểm đau kích thích và khớp cùng chậu (SI)
- Phẫu thuật khớp xương
- Dịch vụ điều trị rối loạn sức khỏe tâm thần và rối loạn do sử dụng dược chất ngoài dịch vụ thăm khám tại phòng mạch bao gồm:
  1. Phân tích hành vi ứng dụng (ABA) và các hình thức điều trị sức khỏe hành vi (BHT) khác cho bệnh tự kỷ và chứng rối loạn phát triển lan tỏa
  2. Cai nghiện
  3. Kiểm tra tâm lý
  4. Kiểm tra tâm lý thần kinh
  5. Liệu pháp sốc điện (ECT)
  6. Kích thích từ xuyên sọ (TMS)
  7. Chương trình nằm viện bán phần hoặc Bệnh viện ngoại trú (PHP)
  8. Nhập viện bán phần nửa ngày
  9. Chương trình ngoại trú chuyên sâu (IOP)
- Dụng cụ kích thích cột sống hoặc thần kinh
- Kiểm tra tâm lý thần kinh

- Giải phẫu chỉnh hàm (bao gồm điều trị hội chứng khớp thái dương hàm (TMJ))
- Chỉnh hình (đặt riêng tùy chỉnh)
- Dược phẩm cho bệnh nhân ngoại trú
  1. Thuốc tự tiêm
  2. Tất cả các yếu tố quyết định bệnh ưa chảy máu thông qua quyền lợi thuốc theo toa dành cho bệnh nhân ngoại trú đều yêu cầu có sự chấp thuận trước và phải có được sự chấp thuận trước từ công ty chuyên cung cấp thuốc cho nhà thuốc chuyên khoa.
  3. Một số loại thuốc được bác sĩ cho dùng, bao gồm các thuốc mới được phê duyệt, cho dù được cho dùng tại phòng mạch bác sĩ, trung tâm tiêm truyền độc lập, cho dùng tại nhà, trung tâm giải phẫu ngoại trú, trung tâm lọc máu ngoại trú hoặc bệnh viện ngoại trú. Tham khảo trang web của Health Net, [www.healthnet.com](http://www.healthnet.com), để biết danh sách các thuốc được bác sĩ cho dùng yêu cầu có sự chấp thuận trước.
  4. Hầu hết các loại thuốc chuyên khoa, bao gồm thuốc tự tiêm và yếu tố đông máu, thông qua quyền lợi thuốc theo toa dành cho bệnh nhân ngoại trú đều phải có sự chấp thuận trước và có thể cần được cấp phát qua công ty chuyên cung cấp thuốc cho nhà thuốc chuyên khoa. Vui lòng tham khảo Danh sách thuốc theo toa căn bản và cần thiết để xác định loại thuốc nào cần có sự chấp thuận trước. Có thể lấy thuốc điều trị tình trạng cấp cứu hoặc khẩn cấp cần thiết về mặt y tế ngay tại nhà thuốc bán lẻ.
  5. Các thuốc theo toa khác, như được nêu trong Danh sách thuốc theo toa căn bản và cần thiết, có thể cần phải có sự chấp thuận trước. Vui lòng tham khảo Danh sách thuốc theo toa căn bản và cần thiết để xác định loại thuốc nào cần có sự chấp thuận trước.
  6. Cần dùng sinh phẩm tương tự thay cho biệt dược, trừ khi cần thiết về mặt y tế.
- Vật lý trị liệu (bao gồm môi trường tại nhà)
- Bộ phận cơ thể giả
- Xét nghiệm định lượng thuốc
- Xạ trị
- Phẫu thuật, dịch vụ và vật liệu và vật liệu tái tạo và thẩm mỹ chẳng hạn như:
  1. Thay đổi xương hoặc nắn lại xương như tạo hình xương
  2. Tăng và giảm kích thước bầu vú, trừ khi thực hiện thủ thuật cắt bỏ vú (bao gồm nữ hóa tuyến vú và chứng vú lớn)
  3. Các dịch vụ nha khoa hoặc chỉnh nha là một phần không thể thiếu của giải phẫu tái tạo cho các thủ thuật điều trị chứng hở hàm ếch. Hở hàm ếch bao gồm hở hàm ếch, sứt môi trên hoặc các dị thường sọ mặt khác liên quan đến hở hàm ếch.
  4. Khám da liễu như tẩy tế bào chết bằng hóa chất, điện phân, mài mòn da, lột da bằng hóa chất, điều trị bằng laze, tiêm hoặc cấy ghép da
  5. Cắt bỏ phần da và mô dưới da thừa (bao gồm thủ thuật cắt bỏ mô mỡ và loại bỏ mỡ thừa bụng dưới) ở vùng bụng, đùi, hông, chân, mông, cẳng tay, cánh tay, bàn tay, nọng mỡ dưới cằm và các vùng khác
  6. Các thủ thuật về mắt hoặc lông mày như thủ thuật tạo mi, nâng chân mày bị sụp hoặc tạo hình góc mắt

7. Các thủ thuật phụ khoa hoặc tiết niệu như giải phẫu tạo âm vật, tạo hình môi âm hộ, trẻ hóa vùng kín, giải phẫu thẩm mỹ bìu, tinh hoàn giả, thủ thuật cắt bỏ âm hộ
  8. Nhổ tóc bằng laze, cấy ghép hoặc điện phân tóc
  9. Căng da như cánh tay, cơ thể, mặt, cổ, đùi
  10. Hút mỡ
  11. Giải phẫu mũi như tạo hình mũi hoặc giải phẫu chỉnh hình vách ngăn
  12. Chỉnh hình tai
  13. Cấy ghép dương vật
  14. Điều trị tĩnh mạch bị giãn
  15. Giải phẫu cắt bỏ môi bên ngoài có vật đẩy niêm mạc
- Giải phẫu cột sống bao gồm nhưng không giới hạn ở mở lá đốt sống, nẹp cột sống, cắt bỏ đĩa gian khớp, tạo hình đốt sống, giải phóng áp đĩa qua da, ổn định và thủ thuật X-Stop
  - Trị liệu bằng testosterone
  - Các dịch vụ liên quan đến cấy ghép; các ca cấy ghép phải được tiến hành thông qua hệ thống chuyên khoa cấy ghép do Health Net chỉ định.
  - Giải phẫu cắt bỏ mô vùng miệng và hầu để nới rộng khí quản (UPPP) và giải phẫu UPPP bằng tia laze
  - Tạo hình tiền đình miệng

**Trường hợp ngoại lệ:** Không cần có sự chấp thuận trước trong thời gian nằm viện đối với giải phẫu tái tạo liên quan đến thủ thuật cắt bỏ vú (bao gồm giải phẫu cắt bỏ khối u). Không cần có sự chấp thuận trước trong 48 giờ đầu tiên thực hiện các dịch vụ chăm sóc nội trú tại bệnh viện sau khi sinh thường cũng như trong 96 giờ đầu tiên sau khi sinh mổ. Tuy nhiên, vui lòng thông báo với Health Net trong vòng 24 giờ sau khi sinh hoặc trong thời gian sớm nhất có thể. Phải có sự chấp thuận trước nếu bác sĩ xác định rằng thời gian nằm viện dài hơn là cần thiết về mặt y tế trước hoặc sau khi sinh.

## 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 theo SBC của chương trình của 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, sút 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 phải 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 sọ 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 hoặc Tổ chức Quản lý Sức khỏe Hành vi chấp thuận 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 thế 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 “Gia 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 dược chất có thể điều trị được;
- 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 gọi điện cho bác sĩ 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 chất gây nghiện) 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 chất gây nghiện).

Dịch vụ chăm sóc cấp cứu được đài thọ theo mức quyền lợi trong hệ thống và không yêu cầu chấp thuận trước. Dịch vụ chăm sóc theo dõi (bao gồm chăm sóc 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 sẽ được đài thọ ở bất kỳ mức quyền lợi nào đủ điều kiện (trong hệ thống hoặc ngoài hệ thống), tuân theo mọi yêu cầu áp dụng về chấp thuận trước và các trường hợp loại trừ và giới hạn của chương trình quý vị.



**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 tinh thần cấp cứu** nghĩa là tình trạng rối loạn tâm thần tự biểu hiện các triệu chứng cấp tính ở mức độ nghiêm trọng đủ nặng để khiến bệnh nhân rơi vào một trong các tình huống sau: (1) Mối nguy hiểm trước mắt cho bệnh nhân 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.

**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, các chương trình bảo hiểm sức khỏe theo nhóm và bên phát hành bảo hiểm y tế thường không thể, theo luật liên bang, 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 CỦA NHÀ CUNG CẤP DỊCH VỤ CHĂM SÓC SỨC KHỎE ƯU TIÊN

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. Các nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe trong hệ thống Health Net PPO đồng ý cung cấp khả năng tiếp cận dịch vụ chăm sóc kịp thời.

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.

## 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 sỡ 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 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.

## NHÀ CUNG CẤP DỊCH VỤ CHĂM SÓC SỨC KHỎE NGOÀI TIỂU BANG

Health Net PPO cho phép quý vị tiếp cận các nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe tham gia bên ngoài California. Nếu quý vị ở bên ngoài California, hãy yêu cầu dịch vụ chăm sóc hoặc điều trị y tế và sử dụng nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe từ hệ thống bổ sung, để các dịch vụ của quý vị sẽ được đài thọ ở mức quyền lợi trong hệ thống. Nếu nơi cư trú chính của quý vị ở bên ngoài California, tất cả các dịch vụ trong hệ thống đều được cung cấp thông qua hệ thống bổ sung.

Quý vị sẽ phải chịu các khoản khấu trừ, tiền đồng trả, tiền đồng bảo hiểm, mức tối đa và giới hạn giống như khi quý vị nhận các dịch vụ từ nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe ưu tiên tại California. Có trường hợp ngoại lệ sau: Các chi phí được đài thọ sẽ được tính dựa vào (i) chi phí được tính hóa đơn thực tế hoặc (ii) chi phí mà hệ thống nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe ngoài tiểu bang được phép tính, tùy theo chi phí nào thấp hơn, dựa vào hợp đồng giữa Health Net và hệ thống. Ở một số ít tiểu bang, luật pháp địa phương có thể chỉ định cơ sở tính toán khác cho các chi phí được đài thọ của quý vị.

Hệ thống bổ sung bao gồm các nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe tham gia hệ thống được ghi trên thẻ ID Health Net của quý vị, đồng ý cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe cho các hội viên của Health Net.

## 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 trát 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. Toàn bộ Thông báo về Thủ tục bảo vệ quyền riêng tư của Health Net có trong EOC của chương trình, tại trang [www.healthnet.com](http://www.healthnet.com) trong mục "Miscellaneous Provisions" (Các quy định khác) 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 yêu cầu 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 duyệt xét cho khoảng thời gian trước đây và đồng thời, 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 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

## 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 ĐƯỢC ĐÀÌ THỌ

Chi phí được đải thọ là các chi phí mà quý vị phải chịu cho dịch vụ và vật liệu được đải thọ trong thời gian ghi danh theo chương trình này. Quý vị chịu trách nhiệm thanh toán khoản chia sẻ chi phí cho các dịch vụ (tức là khoản khấu trừ, tiền đồng trả hoặc tiền đồng bảo hiểm). Khoản chia sẻ chi phí của quý vị dựa trên các chi phí được đải thọ.

Chi phí được đải thọ không nhất thiết phải là số tiền mà bác sĩ hoặc nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe lập hóa đơn cho một dịch vụ. Mức chi phí được đải thọ thay đổi tùy theo việc quý vị nhận dịch vụ từ nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe ưu tiên hay nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe ngoài

hệ thống. Đối với nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe ưu tiên, chi phí được đài thọ là mức phí theo hợp đồng. Đối với nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe ngoài hệ thống, chi phí được đài thọ là số tiền tối đa cho phép. Xem “Số tiền tối đa cho phép (MAA) cho nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe ngoài hệ thống” ở đoạn sau của phần này để biết thêm thông tin.

## CÁC CHI PHÍ KHÁC

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.

Với Health Net PPO, quý vị chịu trách nhiệm thanh toán một phần chi phí chăm sóc của quý vị. Số tiền mà quý vị trả được gọi là **khoản khấu trừ**, **tiền đồng trả** và **tiền đồng bảo hiểm**, được mô tả trong SBC. Số tiền quý vị thanh toán có thể khác, dao động từ chi phí cố định đến tỷ lệ phần trăm chi phí đáng kể. Tất cả đều phụ thuộc vào bác sĩ (và bệnh viện) mà quý vị lựa chọn. Nói chung:

- Nếu quyền lợi của quý vị phải chịu khoản khấu trừ, quý vị phải thanh toán khoản khấu trừ trước khi chúng tôi bắt đầu thanh toán cho các quyền lợi đó.
- Quý vị sẽ thanh toán ít hơn khi quý vị nhận dịch vụ chăm sóc từ các bác sĩ hoặc bệnh viện ký hợp đồng với PPO của chúng tôi vì họ đã đồng ý từ trước là sẽ cung cấp các dịch vụ với chi phí cụ thể (mức phí theo hợp đồng). Quý vị sẽ chỉ thanh toán khoản khấu trừ, tiền đồng trả hoặc tiền đồng bảo hiểm áp dụng cho dịch vụ trong hệ thống. Các nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe ưu tiên đã đồng ý chấp nhận mức phí theo hợp đồng là khoản thanh toán đầy đủ và có thể không tính hóa đơn cho quý vị đối với các chi phí vượt quá mức phí theo hợp đồng.
- Nếu quý vị chọn nhận dịch vụ chăm sóc từ các bác sĩ hoặc bệnh viện ngoài hệ thống, quý vị sẽ chịu trách nhiệm về khoản khấu trừ, tiền đồng trả hoặc tiền đồng bảo hiểm ngoài hệ thống áp dụng, **cộng với** bất kỳ chi phí nào vượt quá MAA.

**Trường hợp ngoại lệ:** Trong các trường hợp sau, mức quyền lợi trong hệ thống sẽ được áp dụng và quý vị sẽ không chịu trách nhiệm thanh toán mọi khoản tiền vượt quá MAA:

- Nếu chúng tôi cho phép các dịch vụ cần thiết về mặt y tế thông qua một nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe ngoài hệ thống vì các dịch vụ này không được nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe ưu tiên cung cấp;
- Khi các dịch vụ không phải cấp cứu được nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe ngoài hệ thống cung cấp tại một cơ sở chăm sóc sức khỏe trong hệ thống và quý vị không được thông báo trước khi nhận dịch vụ rằng nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe là một nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe ngoài hệ thống; hoặc
- Khi các dịch vụ cấp cứu được nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe ngoài hệ thống cung cấp.

Để biết thêm chi tiết và yêu cầu, vui lòng xem EOC.

- Đối với một số dịch vụ, cần có chấp thuận trước để nhận đầy đủ các quyền lợi. Vui lòng xem mục “Yêu cầu chấp thuận trước” trong *Mẫu tiết lộ thông tin* này để biết chi tiết.
- Để tránh cho quý vị phải trả các chi phí y tế cao bất thường, có số tiền tối đa (hay còn gọi là **chi phí tự trả tối đa**) mà quý vị sẽ có trách nhiệm thanh toán trong bất kỳ năm xác định. Sau khi tổng khoản thanh toán của quý vị bao gồm khoản khấu trừ, tiền đồng trả và tiền đồng bảo hiểm bằng với chi phí tự trả tối đa được nêu trong SBC của chương trình quý vị, chúng tôi sẽ thanh toán 100% chi phí được đài thọ. (Có các trường hợp ngoại lệ, hãy xem SBC và *Chứng từ bảo hiểm* để biết chi tiết.)



*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.*

## SỐ TIỀN TỐI ĐA CHO PHÉP (MAA) CHO CÁC NHÀ CUNG CẤP DỊCH VỤ CHĂM SÓC SỨC KHỎE NGOÀI HỆ THỐNG

Khi quý vị nhận dịch vụ chăm sóc từ nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe ngoài hệ thống, khoản chia sẻ chi phí của quý vị sẽ dựa trên MAA. Quý vị chịu trách nhiệm thanh toán mọi khoản khấu trừ, tiền đồng trả hoặc tiền đồng bảo hiểm và mọi khoản tiền được tính hóa đơn vượt quá MAA. Quý vị chịu toàn bộ trách nhiệm về tài chính cho dịch vụ chăm sóc mà chương trình này không đài thọ.

MAA có thể thấp hơn số tiền mà nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe lập hóa đơn cho các dịch vụ và vật liệu. Health Net tính MAA là số tiền được nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe ngoài hệ thống lập hóa đơn hoặc số tiền được xác định theo quy định bên dưới, tùy theo số tiền nào thấp hơn. MAA không phải là số tiền mà Health Net thanh toán cho một dịch vụ được đài thọ; khoản thanh toán thực tế sẽ được giảm bớt theo khoản khấu trừ, tiền đồng trả hoặc tiền đồng bảo hiểm áp dụng và các khoản tiền áp dụng khác như nêu trong EOC.

- **MAA cho các dịch vụ và vật liệu được đài thọ, ngoại trừ chăm sóc cấp cứu, Dịch vụ nha khoa cho trẻ em và dược phẩm cho bệnh nhân ngoại trú**, nhận được từ nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe ngoài hệ thống là tỷ lệ phần trăm sẽ được Medicare thanh toán, còn gọi là số tiền cho phép của Medicare.

**Chỉ để minh họa, Nhà cung cấp không thuộc hệ thống: Health Net thanh toán 70% / Hội viên thanh toán tiền đồng bảo hiểm 30%:**

Chi phí được tính hóa đơn của nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe không thuộc hệ thống đối với buổi khám kéo dài tại phòng mạch bác sĩ	\$128.00
Cho phép áp dụng MAA đối với buổi khám kéo dài tại phòng mạch (chỉ nhằm minh họa; không có nghĩa là MAA luôn bằng khoản tiền này)	\$102.40
<b>Khoản đồng bảo hiểm của quý vị là 30% MAA: 30% x \$102.40</b> (giả sử đã đáp ứng khoản khấu trừ)	<b>\$30.72</b>
<b>Quý vị cũng chịu trách nhiệm thanh toán</b> khoản chênh lệch giữa chi phí được tính hóa đơn (\$128.00) và số tiền MAA (\$102.40)	<b>\$25.60</b>
<b>TỔNG CHI PHÍ \$128.00 LÀ SỐ TIỀN QUÝ VỊ PHẢI TRẢ</b>	<b>\$56.32</b>

MAA đối với các dịch vụ tại cơ sở, bao gồm nhưng không giới hạn ở bệnh viện, cơ sở điều dưỡng chuyên môn và cơ sở giải phẫu ngoại trú, được xác định bằng cách áp dụng 150% số tiền cho phép của Medicare.

MAA đối với dịch vụ của bác sĩ và tất cả các loại dịch vụ và vật liệu khác là số tiền được tính hóa đơn hoặc 100% số tiền cho phép của Medicare, tùy theo số tiền nào thấp hơn.



Trong trường hợp không có số tiền cho phép của Medicare đối với mã vật liệu hoặc dịch vụ được tính hóa đơn:

- a. MAA đối với các dịch vụ chuyên môn và dịch vụ phụ trợ sẽ là 100% theo phương pháp bù khoảng chênh lệch Medicare của FAIR Health. Các dịch vụ hoặc vật liệu không được định giá theo phương pháp bù khoảng chênh lệch sẽ là mức thấp hơn trong số: (1) số tiền trung bình được thương lượng với các nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe ưu tiên trong cùng khu vực địa lý đối với cùng dịch vụ hoặc vật liệu được đài thọ được cung cấp; (2) bách phân vị thứ 50 theo cơ sở dữ liệu của FAIR Health về các dịch vụ chuyên môn và dịch vụ phụ trợ không được bao gồm trong phương pháp bù khoảng chênh lệch Medicare của FAIR Health; (3) 100% số tiền cho phép của Medicare đối với cùng dịch vụ hoặc vật liệu được đài thọ theo các quy tắc tính hóa đơn thay thế do Medicare ban hành; hoặc (4) 50% chi phí được lập hóa đơn của nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe ngoài hệ thống đối với các dịch vụ được đài thọ. Sẽ chỉ thay thế bằng một loại cơ sở dữ liệu hoặc dịch vụ định giá tương tự nếu cơ sở dữ liệu hoặc các dịch vụ định giá được chỉ định không khả dụng do nhà cung cấp ngừng tham gia hoặc kết thúc hợp đồng.
  - b. MAA đối với các dịch vụ tại cơ sở sẽ là mức thấp hơn trong số: (1) số tiền trung bình được thương lượng với các Nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe ưu tiên trong cùng khu vực địa lý cho cùng dịch vụ hoặc vật liệu được đài thọ được cung cấp; (2) 100% số tiền tính được bằng phương pháp của Data iSight đối với các dịch vụ tại cơ sở y tế (dịch vụ dữ liệu áp dụng yếu tố biên lợi nhuận cho chi phí ước tính của dịch vụ được cung cấp), hoặc loại cơ sở dữ liệu hoặc dịch vụ định giá tương đương, sẽ chỉ được thay thế nếu cơ sở dữ liệu hoặc dịch vụ định giá được chỉ định không khả dụng do nhà cung cấp ngừng tham gia hoặc kết thúc hợp đồng; (3) 150% số tiền cho phép của Medicare cho cùng dịch vụ hoặc vật liệu được đài thọ theo các quy tắc tính hóa đơn thay thế do Medicare công bố; hoặc (4) 50% chi phí được lập hóa đơn của nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe ngoài hệ thống cho các dịch vụ được đài thọ.
- **MAA đối với chăm sóc cấp cứu ngoài hệ thống** sẽ là số tiền cao nhất trong số: (1) giá trị trung bình của số tiền được thương lượng với các nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe ưu tiên cho dịch vụ cấp cứu được cung cấp, ngoại trừ bất kỳ tiền đồng trả hoặc tiền đồng bảo hiểm nào trong hệ thống; (2) số tiền được tính toán bằng cùng phương pháp thường được Health Net sử dụng để xác định các khoản thanh toán cho nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe ngoài hệ thống, ngoại trừ bất kỳ khoản khấu trừ, tiền đồng trả hoặc tiền đồng bảo hiểm nào trong hệ thống; hoặc (3) số tiền được thanh toán theo chương trình Medicare Phần A hoặc B, ngoại trừ bất kỳ tiền đồng trả hoặc tiền đồng bảo hiểm nào trong hệ thống. Dịch vụ chăm sóc cấp cứu từ nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe ngoài hệ thống sẽ chịu khoản khấu trừ, tiền đồng trả và/hoặc tiền đồng bảo hiểm áp dụng theo mức quyền lợi của nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe ưu tiên. Khoản chia sẻ chi phí sẽ được xác định từ MAA như được định nghĩa ở đây. Quý vị không phải chịu trách nhiệm thanh toán bất kỳ tiền nào vượt quá MAA cho dịch vụ chăm sóc cấp cứu.

- **MAA đối với các dịch vụ không cấp cứu tại một cơ sở y tế trong hệ thống**, tại đó hoặc theo đó, quý vị nhận các dịch vụ được đài thọ không cấp cứu từ nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe ngoài hệ thống, các dịch vụ không cấp cứu do nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe ngoài hệ thống cung cấp sẽ phải được thanh toán ở mức cao hơn trong số hai mức sau: mức giá theo hợp đồng trung bình hoặc 125% số tiền được Medicare hoàn lại trên cơ sở trả phí theo dịch vụ đối với các dịch vụ giống nhau hoặc tương tự trong khu vực địa lý chung có cung cấp các dịch vụ này trừ khi chuyên gia y tế cá nhân không ký hợp đồng và Health Net có thống nhất khác.
- **MAA đối với dược phẩm dành cho bệnh nhân ngoại trú được đài thọ** (bao gồm nhưng không giới hạn ở thuốc dạng tiêm) được cấp phát và cho bệnh nhân dùng, trong môi trường ngoại trú, bao gồm nhưng không giới hạn ở phòng mạch bác sĩ, cơ sở bệnh viện ngoại trú và các dịch vụ tại nhà của bệnh nhân, sẽ là chi phí được tính hóa đơn hoặc giá bán sỉ trung bình cho loại thuốc hoặc dược phẩm đó, tùy theo mức nào thấp hơn.
- **Số tiền tối đa cho phép đối với Dịch vụ nha khoa cho trẻ em** được Health Net tính dựa vào nguồn dữ liệu sẵn có về mức phí cạnh tranh trong khu vực địa lý đó và không được vượt quá mức phí sẽ được nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe nha khoa tính đối với bất kỳ bên thanh toán nào có vị trí địa lý tương tự cho cùng dịch vụ đối với mỗi dịch vụ nha khoa được đài thọ. Nguồn dữ liệu về mức phí cạnh tranh do FAIR Health cung cấp, được cập nhật hai lần một năm. Health Net hoàn lại cho các nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe nha khoa ngoài hệ thống ở tỷ lệ 55% mức phí của FAIR Health. Quý vị phải thanh toán số tiền chênh lệch giữa chi phí tính hóa đơn của nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe ngoài hệ thống và chi phí nha khoa đủ tiêu chuẩn.

MAA cũng có thể phải chịu các giới hạn khác đối với chi phí được đài thọ. Vui lòng xem EOC của chương trình để biết các giới hạn quyền lợi cụ thể, mức tối đa, yêu cầu về chấp thuận trước và các chính sách thanh toán giới hạn số tiền Health Net chi trả cho một số dịch vụ và vật liệu được đài thọ. Health Net sử dụng hướng dẫn sẵn có của Medicare và các nhà thầu của Health Net, các cơ quan quản lý của chính phủ và các tổ chức và hiệp hội y tế được công nhận cấp quốc gia để hỗ trợ việc xác định các dịch vụ và thủ thuật nào đủ tiêu chuẩn được hoàn lại.

Ngoài những điều kể trên, thỉnh thoảng, Health Net cũng ký hợp đồng với các nhà cung cấp đã ký kết thỏa thuận về phí với nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe (“Hệ thống bên thứ ba”). Trong trường hợp Health Net ký hợp đồng với Hệ thống bên thứ ba có hợp đồng với nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe ngoài hệ thống, theo lựa chọn của mình, Health Net có thể sử dụng mức phí được Hệ thống bên thứ ba đồng ý làm MAA. Ngoài ra, theo tùy chọn của mình, chúng tôi có thể chuyển một yêu cầu thanh toán đối với dịch vụ ngoài hệ thống đến dịch vụ thương lượng phí để thương lượng MAA cho dịch vụ hoặc vật liệu được cung cấp trực tiếp qua nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe ngoài hệ thống. Trong bất cứ trường hợp nào trong hai trường hợp này, quý vị sẽ không phải chịu trách nhiệm thanh toán khoản chênh lệch giữa chi phí được tính hóa đơn và MAA. Quý vị sẽ phải chịu trách nhiệm thanh toán bất kỳ khoản khấu trừ, tiền đồng trả và/hoặc tiền đồng bảo hiểm nào áp dụng ở mức quyền lợi ngoài hệ thống.

LƯU Ý: Khi Trung tâm Dịch vụ Medicare và Medicaid (CMS) điều chỉnh số tiền cho phép của Medicare, Health Net sẽ điều chỉnh MAA dựa vào biểu phí hiện hành của CMS mà không cần thông báo. Khoản thanh toán cho yêu cầu thanh toán sẽ được xác định theo biểu phí hiện hành tại thời điểm phát sinh chi phí.

Thanh toán cho các yêu cầu thanh toán cũng sẽ không bao giờ vượt quá chi phí đối với dịch vụ hoặc vật liệu đó của nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe ngoài hệ thống. Quý vị cần liên hệ với Trung tâm Liên lạc Hội viên nếu quý vị muốn xác nhận chi phí đài thọ cho bất cứ biện pháp điều trị hoặc thủ thuật nào đang được quý vị cân nhắc.

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

Nếu quý vị nhận các dịch vụ và vật liệu được đài thọ, quý vị phải chịu trách nhiệm thanh toán khoản chia sẻ chi phí như được mô tả trong tài liệu này. Nếu quý vị nhận các dịch vụ không được chương trình này đài thọ, quý vị sẽ phải chịu trách nhiệm thanh toán toàn bộ chi phí của các dịch vụ đó.



*Ngoại trừ trường hợp cấp cứu, khi quý vị chọn nhận dịch vụ được đài thọ từ nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe ngoài hệ thống, quý vị phải chịu trách nhiệm thanh toán khoản chia sẻ chi phí ở mức quyền lợi ngoài hệ thống **cộng** với số tiền mà nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe lập hóa đơn vượt quá MAA.*

## CÁC ĐIỀU KHOẢN BỒI HOÀN

Quý vị sẽ không bao giờ phải chịu trách nhiệm với các khoản thanh toán mà Health Net phải trả cho các chi phí được đài thọ.

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 các chi phí này trừ đi bất kỳ khoản khấu trừ, tiền đồng trả, tiền đồng bảo hiểm bắt buộc hoặc số tiền vượt quá chi phí được đài thọ.

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 Tổ chức Quản lý Sức khỏe Hành vi (rối loạn sức khỏe tâm thần và rối loạn do sử dụng chất gây nghiện) 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](http://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](http://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.*

## TIẾT LỘ VỀ KHOẢN BỒI HOÀN

Health Net trả cho các nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe ưu tiên trên cơ sở trả phí theo dịch vụ, theo mức giá ký kết trong hợp đồng đã thỏa thuận. Quý vị có thể yêu cầu thêm thông tin về các phương thức thanh toán của chúng tôi bằng cách liên lạc với Trung tâm Liên lạc Hội viên theo số điện thoại ở bìa sau.

## Các cơ sở y tế

Dịch vụ chăm sóc sức khỏe sẽ được cung cấp tại các cơ sở được sử dụng bởi bác sĩ mà quý vị chọn tại thời điểm quý vị tìm dịch vụ chăm sóc. Các nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe và các cơ sở có hợp đồng với Health Net PPO được liệt kê trong *Danh mục các nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe Health Net PPO*.

## 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 ngoài hệ thống tại mức quyền lợi trong hệ thống, tùy theo khoản khấu trừ, tiền đồng trả hoặc tiền đồng bảo hiểm áp dụng và mọi trường hợp loại trừ và giới hạn của chương trình 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 ngoài hệ thống phải sẵn sàng chấp nhận cùng các điều khoản hợp đồng áp dụng cho các nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe hiện đang ký hợp đồng với Health Net, những người không được đóng phí theo đầu người và hành nghề trong cùng khu vực địa lý hoặc khu vực 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 tại mức quyền lợi trong hệ thống.

### 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 nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe ưu tiên kết thúc, Health Net sẽ nỗ lực hết sức để đảm bảo dịch vụ chăm sóc đó tiếp tục. Quý vị có thể yêu cầu tiếp tục dịch vụ chăm sóc từ một nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe ngoài hệ thống ở mức quyền lợi trong hệ thống nếu, tại thời điểm hợp đồng kết thúc, quý vị đang nhận dịch vụ chăm sóc từ nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe đó cho các tình trạng được liệt kê dưới đây. Đối với các nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe và bệnh viện chấm dứt hợp đồng với Health Net, hội viên sẽ nhận được thông báo bằng văn bản kèm theo sự chấp thuận trước công khai trong vòng năm ngày sau ngày kết thúc hợp đồng có hiệu lực.

Health Net có thể cung cấp bảo hiểm cho việc hoàn tất các dịch vụ tại mức quyền lợi trong hệ thống từ một nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe đã chấm dứt hợp đồng, tùy theo khoản khấu trừ, tiền đồng trả hoặc tiền đồng bảo hiểm áp dụng và bất kỳ trường hợp loại trừ và giới hạn nào khác của chương trình 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 dịch vụ chăm sóc sức khỏe đó trước khi hợp đồng với nhà cung cấp đó kết thúc. 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.

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.

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 đòi hỏi 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 đòi hỏi 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.dmhca.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](http://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.

Quý vị có thể nhận được dịch vụ chăm sóc sức khỏe tâm thần và điều trị rối loạn do sử dụng dược chất từ mọi nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe hành vi. Để nhận được dịch vụ chăm sóc ở mức quyền lợi trong hệ thống, 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 Sức khỏe Hành vi sẽ giúp quý vị xác định một chuyên gia về sức khỏe hành vi tham gia ở gần để quý vị có thể đặt lịch.

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 cần Tổ chức Quản lý Sức khỏe Hành vi chấp thuận trước để được đài thọ. Vui lòng xem mục “Yêu cầu chấp thuận trước” trong *Mẫu tiết lộ thông tin* này để biết thêm chi tiết.

Vui lòng tham khảo EOC của chương trình để biết mô tả đầy đủ hơn về dịch vụ và vật liệu được đài thọ để điều trị chứng rối loạn sức khỏe tâm thần và rối loạn do sử dụng chất gây nghiện.

## 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 chất gây nghiện 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 tại mức quyền lợi trong hệ thống, chịu các khoản khấu trừ, tiền đồng trả hoặc tiền đồng bảo hiểm áp dụng cũng như bất kỳ trường hợp loại trừ và giới hạn nào khác của chương trình này.

Chuyên gia sức khỏe tâm thần ngoài hệ thống 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 được điều trị rối loạn 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 để được thanh toán cho các dịch vụ được đài thọ ở mức quyền lợi trong hệ thống.

## 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.

## CÁC DỊCH VỤ VÀ VẬT LIỆU KHÔNG ĐƯỢC ĐÀI 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](http://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 mục thuốc. 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 nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe ưu tiên của Health Net tham khảo Danh mục thuốc này khi chọn thuốc cho bệnh nhân là hội viên của 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 bác sĩ chuyên khoa và PCP ký hợp đồng
- Các ấn phẩm khoa học và y khoa;
- Kinh nghiệm sử dụng liên quan; và
- Khuyến cáo của bác sĩ.

Để nhận bản sao Danh mục thuốc cập nhật nhất của Health Net, hãy truy cập trang web của chúng tôi theo địa chỉ [www.healthnet.com](http://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 sự chấp thuận trước bằng cách truy cập trang web của chúng tôi theo địa chỉ [www.healthnet.com](http://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](http://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 MUA THUỐC THEO 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 thông qua chương trình 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. Để nhận được đầy đủ thông tin, vui lòng gọi đến Trung tâm Liên lạc Hội viên của Health Net theo số điện thoại trên bìa sau.



*Thuốc gây nghiện Phụ lục II (là các loại thuốc có nguy cơ lạm dụng 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 - Các thuốc được liệt kê là Bậc 1 trong Danh mục thuốc không bị loại trừ khỏi bảo hiểm (bao gồm hầu hết các thuốc gốc và một số biệt dược ưu tiên chi phí thấp khi được liệt kê trong Danh mục thuốc);
- Thuốc Bậc 2 - Thuốc được liệt kê là Bậc 2 trên Danh mục thuốc không bị loại trừ khỏi bảo hiểm (bao gồm các loại thuốc gốc không ưu tiên, biệt dược ưu tiên, insulin và vật liệu dùng cho bệnh tiểu đường, cũng như một số loại biệt dược nhất định có thuốc gốc tương đương khi được liệt kê trong Danh mục thuốc);
- Thuốc Bậc 3 - Thuốc được liệt kê trong Danh mục thuốc là Bậc 3 (bao gồm biệt dược không ưu tiên, biệt dược có thuốc gốc tương đương khi cần thiết về mặt y tế, các thuốc được liệt kê là thuốc Bậc 3, thuốc được chỉ ra là “NF”, nếu được phê duyệt, hoặc các thuốc không được liệt kê trong Danh mục thuốc);
- Thuốc chuyên khoa - Thuốc được liệt kê trong Danh mục thuốc là Thuốc chuyên khoa (bao gồm thuốc chuyên khoa, thuốc 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); Thuốc chuyên khoa không được liệt kê trong Danh mục thuốc và được đài thọ theo trường hợp ngoại lệ khi cần thiết về mặt y tế; 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 bệnh hen suyễn sẽ được đài thọ. 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 chuyên khoa phải được công ty chuyên cung cấp thuốc cho nhà thuốc chuyên khoa chấp thuận trước, và sau khi được phê duyệt, công ty chuyên cung cấp thuốc cho nhà thuốc chuyên khoa sẽ sắp xếp để cấp phát thuốc. 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. 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 thuốc dạng tiêm) được kê toa để điều trị rối loạn chức năng tình dục khi không cần thiết về mặt y tế, bao gồm các loại thuốc thiết lập, duy trì hoặc tăng cường chức năng hoặc sự thỏa mãn về tình dục;
- Thuốc thí 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 bệnh 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 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;
- Ngoại trừ trường hợp chăm sóc cấp cứu hoặc khẩn cấp, các thuốc theo toa được mua tại nhà thuốc ngoài hệ thống không được đài thọ trừ khi SBC của chương trình quý vị cung cấp quyền lợi nhà thuốc ngoài hệ thống;
- Thuốc theo toa do bác sĩ không có giấy phép kê toa;



- 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 ký hợp đồng 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. 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*.

ASH Plans sẽ sắp xếp các dịch vụ chăm cứu được đài thọ cho quý vị. Quý vị có thể tiếp cận bất kỳ bác sĩ chăm cứu nào ký hợp đồng mà không cần có sự giới thiệu từ nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe tham gia, bác sĩ hoặc bác sĩ chăm sóc chính của quý vị.

Quý vị có thể nhận các dịch vụ chăm cứu được đài thọ từ bất kỳ bác sĩ chăm cứu có hợp đồng nào và quý vị không bắt buộc phải chỉ định trước một bác sĩ chăm cứu có hợp đồng trước buổi thăm khám mà quý vị sẽ nhận được dịch vụ chăm cứu được đài thọ. Quý vị phải nhận các dịch vụ chăm cứu được đài thọ từ bác sĩ chăm cứu ký hợp đồng, ngoại trừ:

- Nếu các dịch vụ chăm cứu được đài thọ không có sẵn và quý vị không thể tiếp cận ở quận quý vị sinh sống, quý vị có thể nhận các dịch vụ chăm cứu được đài thọ từ một bác sĩ chăm cứu không có hợp đồng sẵn sàng tiếp nhận bệnh nhân và quý vị có thể tiếp cận ở một quận lân cận khi được ASH Plans giới thiệu.

Tất cả các dịch vụ chăm cứu được đài thọ có thể cần được ASH Plans xác minh sự cần thiết về mặt y tế 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.

## CÁC DỊCH VỤ VÀ VẬT LIỆU KHÔNG ĐƯỢC ĐÀÌ 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 đòi 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.

- Thiết bị và dịch vụ phụ trợ không được đòi thọ.
- Các dịch vụ được cung cấp bởi bác sĩ chăm cứu hành nghề bên ngoài California không được đòi thọ.
- 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 đòi 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;
- 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); và
- Chỉ các dịch vụ nằm trong phạm vi giấy phép của bác sĩ chăm cứu có giấy phép hành nghề ở California mới được đòi 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 đòi thọ cho đến ngày cuối cùng của tháng mà trẻ bước sang tuổi mười chín.

## CÁC DỊCH VỤ VÀ VẬT LIỆU ĐƯỢC ĐÀÌ 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 đòi 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](http://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 người, 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
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Kính đơn tròng, hai tròng, ba tròng, thấu kính</li> <li>• Thủy tinh hoặc nhựa</li> </ul>	
Mắt kính tùy chọn và các biện pháp điều trị bao gồm: .....	\$0
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Điều trị bằng tia UV</li> <li>• Màu (Thời trang &amp; Gradient &amp; Kính-xám)</li> <li>• Lớp phủ chống xước nhựa tiêu chuẩn</li> <li>• Polycarbonate tiêu chuẩn</li> <li>• Nhựa đổi màu/chuyển màu</li> <li>• Lớp phủ chống lóa tiêu chuẩn</li> <li>• Phân cực</li> <li>• Mắt kính đa tròng tiêu chuẩn</li> <li>• Mắt kính Hi-Index</li> <li>• Mắt kính phân đoạn hỗn hợp</li> <li>• Mắt kính thị lực trung gian</li> <li>• Mắt kính siêu đa tròng hoặc chọn lọc</li> </ul>	

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 tuyến 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 ĐÀÌ 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 đòi hỏi 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 đòi hỏi 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 đòi hỏi.
- 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. Đòi hỏi cho một lần khám mắt định kỳ có giãn con người 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 đòi hỏi, 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 đòi hỏi.
- 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.**

## Chương trình nha khoa cho trẻ em

### CÁC DỊCH VỤ VÀ VẬT LIỆU 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 (19). Có các quyền lợi cho dịch vụ nha khoa cần thiết về mặt y tế. Quý vị có thể thăm khám với nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe trong hệ thống hoặc ngoài hệ thống.

#### Chi phí nha khoa đủ điều kiện

Chi phí nha khoa đủ điều kiện cho các dịch vụ nha khoa được đài thọ được xác định như bên dưới.

**Quyền lợi trong hệ thống:** Chi phí nha khoa đủ điều kiện dựa trên chi phí theo hợp đồng giữa chúng tôi và nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe trong hệ thống. Quý vị không phải chịu trách nhiệm thanh toán cho số tiền vượt quá chi phí theo hợp đồng này.

**Quyền lợi ngoài hệ thống:** Chi phí nha khoa đủ điều kiện được tính dựa trên số tiền tối đa cho phép của Health Net, có thể nhiều hơn số tiền mà nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe ngoài hệ thống lập hóa đơn. Quý vị phải chịu trách nhiệm thanh toán cho số tiền vượt quá số tiền tối đa cho phép. Xem “Số tiền tối đa cho phép (MAA) cho nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe ngoài hệ thống” để biết thêm thông tin.

#### Tóm tắt quyền lợi

Số tiền bên dưới là số tiền quý vị thanh toán cho các quyền lợi và không phải chịu bất kỳ khoản khấu trừ nào. Tỷ lệ phần trăm dựa trên chi phí nha khoa đủ điều kiện. Tham khảo EOC để biết danh sách đầy đủ các dịch vụ nha khoa cho trẻ em được đài thọ, các trường hợp giới hạn và loại trừ quyền lợi.

Mô tả quyền lợi	Quyền lợi trong hệ thống	Quyền lợi ngoài hệ thống
Quyền lợi chẩn đoán	\$0	10%
Quyền lợi phòng ngừa	\$0	10%
Quyền lợi phục hình	20%	30%
Dịch vụ nha chu bảo trì	20%	30%
Nội nha	50%	50%
Nha chu (không phải Nha chu bảo trì)	50%	50%
Lắp bộ phận giả răng hàm mặt	50%	50%

Dịch vụ cấy ghép implant	50%	50%
Răng giả (Tháo lắp được)	50%	50%
Răng giả cố định	50%	50%
Giải phẫu miệng và hàm mặt	50%	50%
Chỉnh nha cần thiết về mặt y tế	50%	50%
Các dịch vụ phụ trợ	50%	50%

## Giới hạn quyền lợi:

Giới hạn quy định là bất kỳ kết hợp nào giữa quyền lợi trong hệ thống và quyền lợi ngoài hệ thống trừ khi được quy định khác. Giới hạn quyền lợi được tính theo năm tính theo lịch trừ khi có quy định khác.

### Khám răng miệng định kỳ

Khám răng miệng định kỳ giới hạn ở 1 lần mỗi 6 tháng.

### Phòng bệnh

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

### Điều trị bằng florua

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 mỗi 24 tháng.

Trong khoang miệng – 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 giới hạn ở bốn ảnh chụp X-quang 6 tháng một lần.

### Chụp X-quang toàn cảnh

Ảnh chụp X-quang toàn hàm giới hạn ở một lần mỗi 36 tháng.

### Chất trám răng

Chất trám răng, mỗi 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

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 thế 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.

**Cắt bỏ nướu hoặc phục hình nướu và giải phẫu xương**

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**

Làm sạch nướu chỉ được đài thọ một lần mỗi quý theo lịch trong khoảng thời gian 24 tháng sau lần lấy cao răng và làm láng mặt gốc răng gần nhất.

**Chỉnh nha cần thiết về mặt y tế:**

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 bình thường, cũng như điều trị các tình trạng cấp cứu

**Các dịch vụ phụ trợ:**

- Điều trị xoa dịu (cấp cứu), để điều trị đau nhức răng, chỉ giới hạn ở một lần/ngày/hội viên.
- Gọi đến cơ sở y tế chăm sóc tại nhà/mở rộng, một lần/hội viên/ngày thực hiện.
- 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.
- Các quyền lợi chăm sóc răng miệng từ xa giới hạn ở hai lần trong giai đoạn 12 tháng

**CÁC TRƯỜNG HỢP LOẠI TRỪ VỀ QUYỀN LỢI NHA KHOA CHO TRẺ EM**

- 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.
- Điều trị khớp thái dương hàm (còn được gọi là “TMJ”).
- Nha khoa không bắt buộc và nha khoa thẩm mỹ.
- 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)).
- Điều trị bệnh lý ác tính, nang, khối u hoặc dị dạng bẩm sinh.
- Thuốc theo toa.

- Viện phí loại bất kỳ.
- Mất hoặc bị đánh cắp hàm răng giả toàn bộ hoặc một phần.
- Bất kỳ thủ thuật cấy ghép implant nào.
- Bất kỳ thủ thuật mang tính thí nghiệm nào. Có thể kháng cáo trường hợp bị từ chối điều trị thử nghiệm thông qua quy trình Duyệt xét y khoa độc lập và dịch vụ đó sẽ được đài thọ và cung cấp nếu cần thiết theo quy trình Duyệt xét y khoa độc lập. Vui lòng tham khảo phần “Duyệt xét y khoa độc lập liệu pháp mang tính thử nghiệm hoặc nghiên cứu” của mục “Các điều khoản chung” trong *Chứng từ bảo hiểm* dành cho chương trình bảo hiểm sức khỏe của quý vị với Health Net để biết thêm thông tin.
- Gây mê toàn thân hoặc tiêm thuốc an thần qua tĩnh mạch/trong trạng thái tỉnh táo, ngoại trừ trường hợp được nêu rõ trong mục các quyền lợi y tế của EOC này. Xem “Các trường hợp loại trừ và giới hạn” “Dịch vụ nha khoa”.
- Các dịch vụ không thể được thực hiện do giới hạn về thể chất hoặc hành vi của bệnh nhân.
- 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.
- Bất kỳ thủ thuật nào được thực hiện nhằm mục đích khắc phục đường viền, chỗ tiếp xúc hoặc chỗ tắc.
- Bất kỳ thủ thuật nào không được liệt kê cụ thể là dịch vụ được đài thọ.
- 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.
- Chi phí cho kim loại quý được sử dụng dưới bất kỳ dạng nào của các quyền lợi nha khoa.
- 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 thực hiện 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 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](mailto:Member.Discrimination.Complaints@healthnet.com) (Members) or  
[Non-Member.Discrimination.Complaints@healthnet.com](mailto: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](http://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 لخدمة الأفراد والعائلة: 1-800-839-2172 (TTY: 711). للتواصل في كاليفورنيا، يرجى الاتصال بالرقم الفرعي لخدمة الأفراد والعائلة عبر الرقم: 1-888-926-4988 (TTY: 711) أو المتروقات الصغيرة 1-888-926-5133 (TTY: 711). لخطط المجموعة عبر Health Net، يرجى الاتصال بالرقم 1-800-522-0088 (TTY: 711).

## Armenian

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

## Chinese

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

## Hindi

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

## Hmong

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



**Japanese**

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

**Khmer**

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

**Korean**

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

**Navajo**

Doo bąąh ílínígóó saad bee háká ada'iiyeed. Ata' halne'ígíí da ła' ná hádííóót'íí. Naaltsoos da t'áá shí shizaad k'éhjí shichí' yídooltah nínízingo t'áá ná ákódoolníít. Ákót'éego shíká a'doowoł nínízingo Customer Contact Center hoolyéhjí' hodíílnih ninaaltsoos nanítingo bee néého'dolzinígíí hodoonihjí' bikáá' éí doodago kojí' hólné' Individual & Family Plan (IFP) Off Exchange: 1-800-839-2172 (TTY: 711). California marketplace báhígíí kojí' hólné' IFP On Exchange 1-888- 926-4988 (TTY: 711) éí doodago Small Business báhígíí kojí' hólné' 1-888-926-5133 (TTY: 711). Group Plans through Health Net báhígíí éí kojí' hólné' 1-800-522-0088 (TTY: 711).

**Persian (Farsi)**

خدمات زبان بدون هزینه. می توانید یک مترجم شفاهی بگیرید. می توانید درخواست کنید اسناد به زبان شما برایتان خوانده شوند. برای دریافت کمک، با مرکز تماس مشتریان به شماره روی کارت شناسایی یا طرح فردی و خانوادگی (IFP) Off Exchange) به شماره: 1-800-839-2172 (TTY:711) تماس بگیرید. برای بازار کالیفرنیا، با IFP On Exchange شماره 1-888-926-4988 (TTY:711) یا کسب و کار کوچک 1-888-926-5133 (TTY:711) تماس بگیرید. برای طرح های گروهی از طریق Health Net، با 1-800-522-0088 (TTY:711) تماس بگیرید.

### **Panjabi (Punjabi)**

ਬਿਨਾਂ ਕਿਸੇ ਲਾਗਤ ਵਾਲੀਆਂ ਭਾਸ਼ਾ ਸੇਵਾਵਾਂ। ਤੁਸੀਂ ਇੱਕ ਦੁਭਾਸ਼ੀਏ ਦੀ ਸੇਵਾ ਹਾਸਲ ਕਰ ਸਕਦੇ ਹੋ। ਤੁਹਾਨੂੰ ਦਸਤਾਵੇਜ਼ ਤੁਹਾਡੀ ਭਾਸ਼ਾ ਵਿੱਚ ਪੜ੍ਹ ਕੇ ਸੁਣਾਏ ਜਾ ਸਕਦੇ ਹਨ। ਮਦਦ ਲਈ, ਆਪਣੇ ਆਈਡੀ ਕਾਰਡ ਤੇ ਦਿੱਤੇ ਨੰਬਰ ਤੇ ਗਾਹਕ ਸੰਪਰਕ ਕੇਂਦਰ ਨੂੰ ਕਾਲ ਕਰੋ ਜਾਂ ਵਿਅਕਤੀਗਤ ਅਤੇ ਪਰਿਵਾਰਕ ਯੋਜਨਾ (IFP) ਐਂਡ ਐਕਸਚੇਂਜ 'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ: 1-800-839-2172 (TTY: 711)। ਕੈਲੀਫੋਰਨੀਆ ਮਾਰਕਿਟਪਲੇਸ ਲਈ, IFP ਐਨ 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 представленных на федеральном рынке планов для частных лиц и семей (IFP) Off Exchange 1-800-839-2172 (TTY: 711). Участники планов от California marketplace: звоните в отдел помощи участникам представленных на федеральном рынке планов IFP (On Exchange) по телефону 1-888-926-4988 (TTY: 711) или в отдел планов для малого бизнеса (Small Business) по телефону 1-888-926-5133 (TTY: 711). Участники коллективных планов, предоставляемых через Health Net: звоните по телефону 1-800-522-0088 (TTY: 711).

### **Spanish**

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

### **Tagalog**

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

### **Thai**

ไม่มีค่าบริการด้านภาษา คุณสามารถใช้ล่ามได้ คุณสามารถให้อ่านเอกสารให้ฟังเป็นภาษาของคุณได้ หากต้องการความช่วยเหลือ โทรหาศูนย์ลูกค้าสัมพันธ์ได้ที่หมายเลขบนบัตรประจำตัวของคุณ หรือโทรหาฝ่ายแผนบุคคลและครอบครัวของเอกชน (Individual & Family Plan (IFP) Off Exchange) ที่ 1-800-839-2172 (โทรทศ TTY: 711) สำหรับเขตแคลิฟอร์เนีย โทรหาฝ่ายแผนบุคคลและครอบครัวของรัฐ (IFP On Exchange) ได้ที่ 1-888-926-4988 (โทรทศ TTY: 711) หรือ ฝ่ายธุรกิจขนาดเล็ก (Small Business) ที่ 1-888-926-5133 (โทรทศ TTY: 711) สำหรับแผนแบบกลุ่มผ่านทาง Health Net โทร 1-800-522-0088 (โทรทศ 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

## Health Net

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](http://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.*