



Health Net of California, Inc.(Health Net)

공개 양식

HMO

소규모 그룹

본 플랜에서 보장하는 서비스 및 용품에 대해 귀하가 부담해야 할 비용은 혜택 및 보장 요약(SBC) 문서를 참조해 주십시오.



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

1/2024 SG HMO DF

다양한 선택

건강 의료 서비스에 있어서 최상의 결정은 최상의 선택 사항이 있을 때 이루어집니다. Health Net of California, Inc.(이하 Health Net)은 다양한 방식으로 귀하에게 적합한 의료 서비스를 제공해 드리고 있습니다. 본 공개 양식은 이 건강 관리 기구(Health Maintenance Organization, HMO) 플랜에 관한 기본적인 질문에 답변해 드립니다.

본 공개 양식에 기술된 보장 내용은 건강 보험 개혁법(Affordable Care Act, ACA)에 따른 필수 보건 혜택(Essential Health Benefits) 보장 요건과 일치해야 합니다. 필수 보건 혜택은 연간 금액 한도의 적용 대상이 아닙니다.

본 공개 양식에 기술된 보장 혜택은 인종, 민족, 국적, 성, 성 정체성, 성 표현, 나이, 장애, 성적 지향, 유전자 정보 또는 종교를 근거로 차별하지 않으며, 일체의 기존 건강 상태 또는 예외 기간의 적용을 받지 않습니다.

자세한 사항은 다음 연락처로 문의해 주십시오.



전화: 1-800-522-0088



우편:

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



온라인: www.healthnet.com

본 공개 양식(해당 공개 양식 특약포함)과 혜택 및 보장 요약(SBC) 문서는 귀하의 건강 보험에 대한 요약 정보를 담고 있습니다. 자세한 Health Net 보장 약관은 가입 후 제공되는 본 플랜의 보험 보장 증서(EOC)에 수록되어 있습니다. 귀하에게는 가입 전에 EOC를 살펴볼 권리가 있습니다. EOC 사본이 필요하시면 1-800-522-0088번으로 고객 서비스 센터에 문의해 주십시오. 또한 준거 계약 조항을 알아보시려면 그룹 병원 및 전문가 서비스 계약(귀하의 고용주에게 발행)을 살펴보시기 바랍니다. 본 공개 양식, SBC, 본 플랜의 EOC를 주의 깊게 살펴봐 주십시오. 특히 특별 의료 서비스가 필요한 분들에게 적용되는 섹션들을 정독해 주십시오. 본 공개 양식에는 "혜택 표" 섹션에 혜택 관련 표가 포함되어 있습니다. 본 공개 양식과 함께 발행되는 SBC에는 귀하의 플랜에서 보장하는 내용과 보장 서비스 및 용품에 대해 귀하가 부담하는 비용이 설명되어 있습니다.



Advanced Choice Pharmacy Network 특약(특약)

Health Net of California, Inc.(Health Net)는 동봉된 보장 문서와 함께 이 특약을 발행합니다. 특약에는 귀하 플랜의 보장에 대해 이용 가능한 공급자 네트워크가 설명되어 있습니다. 본 플랜에서 보장하는 사항 및 보장 서비스와 용품에 대해 귀하가 부담하는 비용을 알아보시려면 동봉된 문서와 함께 이 특약을 검토해 주십시오.

ADVANCED CHOICE PHARMACY NETWORK

HHEALTH NET ADVANCED CHOICE PHARMACY NETWORK의 약국에서 처방약을 받는 것에 관한 본 중요 공지를 읽어보시기 바랍니다.

본 플랜은 Health Net Advanced Choice Pharmacy Network를 이용합니다. Health Net과 계약을 맺은 모든 약국이 Health Net Advanced Choice Pharmacy Network에 속해 있는 것은 아닙니다. 응급 상황을 제외하고 Advanced Choice Pharmacy Network의 참여 약국으로 명시된 약국만 본 플랜에 따라 처방약 혜택을 제공할 수 있습니다.

Advanced Choice Pharmacy Network에 참여하는 약국 목록은 Health Net 고객 서비스 센터에 문의하시거나 당사 웹 사이트 www.healthnet.com을 참조해 주십시오.

Advanced Choice Pharmacy Network에 속하지 않는 약국은 본 플랜에서 비참여 약국으로 간주됩니다.

달리 구체적으로 명시되지 않는 한, 본 보장 문서에서 아래 용어가 사용되는 경우 위에서 설명된 Advanced Choice Pharmacy Network를 의미합니다.

- 참여 약국
- Health Net과 계약한 소매 약국
- 계약 약국



Health Net CommunityCare Network 특약(특약)

Health Net of California, Inc.(Health Net)는 동봉된 보장 문서와 함께 이 특약을 발행합니다. 특약에는 귀하 플랜의 보장에 대해 이용 가능한 공급자 네트워크가 설명되어 있습니다. 본 플랜에서 보장하는 사항 및 보장 서비스와 용품에 대해 귀하가 부담하는 비용을 알아보시려면 동봉된 문서와 함께 이 특약을 검토해 주십시오.

HEALTH NET HMO COMMUNITYCARE NETWORK

HEALTH NET HMO COMMUNITYCARE NETWORK 건강 보험 서비스 지역 및 COMMUNITYCARE NETWORK 소속 의사와 병원 공급자로부터 서비스를 받는 것에 관한 본 중요 공지를 읽어 보시기 바랍니다.

응급 진료를 제외하고, 본 **Health Net HMO CommunityCare Network** ("CommunityCare Network") 플랜에서 제공하는 의사와 병원 서비스 혜택은 CommunityCare Network 서비스 지역에 거주하거나 근무하면서 CommunityCare Network 소속 의사와 병원을 이용하는 경우에만 제공됩니다. 본 CommunityCare Network 플랜에 가입하게 되면 CommunityCare Network 소속 의사와 병원만 이용할 수 있으며, CommunityCare Network 소속 일차 진료의를 선택해야 합니다.

Health Net HMO CommunityCare Network 플랜에서 보장 서비스 받기

공급자 유형	이용 가능처
• 병원.....	CommunityCare Network 병원만 가능*
• 의사.....	CommunityCare Network 의사만 가능*
• 보조 서비스.....	모든 Health Net 계약 보조 서비스 공급자
• 행동 건강	모든 Health Net 계약 행동 건강 공급자

* 의사와 병원 서비스에 대한 본 플랜의 혜택은 CommunityCare Network 의사와 또는 병원으로부터 받은 보장 서비스에 대해서만 제공됩니다. 단, 다음의 경우는 예외로 인정됩니다. (1) 담당 의사 그룹의 반경 30마일 밖에서 긴급하게 필요한 진료 및 모든 응급 진료, (2) CommunityCare Network 의사 그룹에서 CommunityCare Network 소속이 아닌 공급자에게 발급한 진료 의뢰, (3) Health Net의 승인을 받아 CommunityCare Network 소속이 아닌 공급자가 제공한 보장 서비스. 진료 의뢰 및 응급 진료 이용 방법에 관한 자세한 내용은 보장 문서를 참조하시기 바랍니다.



Health Net과 계약을 맺은 모든 의사와 병원이 CommunityCare Network 공급자인 것은 아닙니다. 위의 표에서 설명된 경우를 제외하고, CommunityCare Network의 참여자로 명시된 의사와 병원만이 본 플랜에 따라 서비스를 제공할 수 있습니다.

CommunityCare Network 서비스 지역과 소속 의사 및 병원 공급자 목록은 Health Net CommunityCare Network 공급자 명부에 수록되어 있으며, 당사 웹 사이트 www.healthnet.com에서 온라인으로 확인하실 수 있습니다. 또한 **1-800 522-0088**번으로 Health Net 고객 서비스 센터에 연락하여 공급자 정보를 요청하실 수 있습니다. CommunityCare Network 공급자 명부는 다른 Health Net 공급자 명부와는 다릅니다.

달리 구체적으로 명시되지 않는 한, 본 보장 문서에서 아래 용어가 사용되는 경우 위에서 설명된 CommunityCare Network만을 의미합니다.

- Health Net
- Health Net 서비스 지역
- 병원
- 가입자 의사, 참여 의사 그룹, 일차 진료의, 의사, 참여 공급자, 계약 의사 그룹 및 계약 공급자
- 네트워크
- 제공자 명부

Health Net HMO CommunityCare Network 대체 이용 기준

CommunityCare Network에는 CommunityCare Network 서비스 지역 내의 참여 일차 진료의 및 전문의와 병원이 포함됩니다. 하지만 아래 우편 번호 지역에 거주하는 CommunityCare 가입자는 참여 PCP의 진료 및/또는 비응급 병원 서비스를 이용하기 위해 지정된 장소로 이동하셔야 합니다.

16~30마일

- Los Angeles 카운티** **90263** – Malibu(병원), **90264** – Malibu(병원),
90265 – Malibu(PCP 및 병원), **91301** – Agoura Hills(병원),
91310 – Castaic(병원), **91350** – Santa Clarita(병원),
91354 – Valencia(병원), **91355** – Valencia(병원),
91383 – Santa Clarita(병원), **91384** – Castaic(병원),
91390 – Santa Clarita(병원), **93535** – Lancaster(PCP 및 병원),
93536 – Lancaster(PCP), **93543** – Littlerock(병원),
93544 – Llano(병원), **93553** – Pearblossom(병원),
93563 – Valyermo(병원), **93591** – Palmdale(병원)
- Orange 카운티** **92607** – Laguna Niguel(병원), **92610** – Foothill Ranch(병원),
92624 – Capistrano Beach(병원), **92629** – Dana Point(병원),
92630 – Lake Forrest(병원), **92651** – Laguna Beach(병원),
92653 – Laguna Beach(병원), **92656** – Aliso Viejo(병원),
92673 – San Clemente(병원), **92674** – San Clemente(병원),

92675 – San Juan Capistrano(병원), **92677** – Laguna Niguel(병원),
92678 – Trabuco Canyon(병원), **92679** – Trabuco Canyon(병원),
92688 – Rancho Santa Margarita(병원), **92690** – Mission Viejo(병원),
92691 – Mission Viejo(병원), **92692** – Mission Viejo(병원),
92693 – San Juan Capistrano(병원), **92694** – Ladera Ranch(병원)
San Diego 카운티 **91901** – Alpine(병원), **91903** – Alpine(병원), **91917** – Dulzura(병원),
91935 – Jamul(병원), **92019** – El Cajon(병원), **92021** – El Cajon(병원),
92028 – Fallbrook(병원), **92036** – Julian(PCP), **92040** – Lakeside(병원),
92059 – Pala(병원), **92060** – Palomar Mountain(병원),
92061 – Pauma Valley(병원), **92065** – Ramona(병원),
92070 – Santa Ysabel(병원), **92086** – Warner Springs(PCP)

30마일 초과

Los Angeles 카운티 **93532** – Lake Hughes(병원: 37마일), **93536** – Lancaster(병원: 35마일)

Orange 카운티 **92672** – San Clemente(병원: 31마일)

San Diego 카운티 **91905** – Boulevard(병원: 50마일), **91906** – Campo(병원: 45마일),
91916 – Descanso(병원: 35마일), **91931** – Guatay(병원: 35마일),
91934 – Jacumba(병원: 60마일), **91948** – Mount Laguna(병원: 40마일),
91962 – Pine Valley(병원: 45마일), **91963** – Potrero(병원: 35마일),
91980 – Tecate(병원: 35마일), **92004** – Borrego Springs(PCP 45마일,
 병원 60마일), **92036** – Julian(병원: 50마일), **92055** – Camp Pendleton
 (병원: 35마일), **92066** – Ranchita(PCP: 35마일, 병원: 40마일),
92086 – Warner Springs(병원: 40마일)

CommunityCare Network 서비스 지역, CommunityCare Network 일차 진료의 선택 방법,
 전문의 진료를 받는 방법 또는 본인의 보험 혜택 이용 방법에 대한 궁금한 사항은
1-800- 522-0088번으로 Health Net 고객 서비스 센터에 문의해 주십시오.

목차

다양한 선택	1
Advanced Choice Pharmacy Network 특약(특약).....	3
Health Net CommunityCare Network 특약(특약).....	1
플랜 운영 방식.....	3
혜택 표	6
보장 제한 사항.....	7
혜택 및 보장	9
이용 관리	13
비용 및 부과금 지불	14
시설.....	16
보장의 갱신, 지속 또는 종료.....	18
당사 플랜에 동의하지 않을 경우.....	20
추가 플랜 혜택 정보	22
행동 건강 서비스.....	22
처방약 프로그램.....	23
침술 치료 프로그램.....	28
소아 시력 진료 프로그램	29
소아 치과 서비스.....	31
차별 금지 공지.....	38
언어 서비스 공지.....	40

플랜 운영 방식

다음 사항을 읽고, 누가 또는 어떤 의사 그룹이 귀하에게 의료 서비스를 제공할 수 있는지 알아보시기 바랍니다. 네트워크 특약이 본 문서와 함께 발행된 경우 특약에 관한 추가 정보를 참조해 주십시오.

의사 및 의사 그룹의 선택

- Health Net에 가입할 때 계약 의사 그룹을 선택하게 됩니다. 귀하가 선택한 의사 그룹에서 기본 건강 의료 서비스를 제공해 드릴 의사 한 명을 선택하게 되는데 이 의사를 일차 진료의(PCP)라고 합니다.
- Health Net을 이용하려면 PCP를 지정해야 합니다. PCP는 의료 서비스를 제공하고 조율합니다. 의사 그룹의 요건에 따라 귀하에게는 당사 네트워크에 참여하고 귀하 또는 귀하의 가족 가입자에게 진료를 제공할 수 있는 PCP를 지정할 권리가 있습니다. 어린이의 경우, 소아과 의사를 PCP로 지정할 수 있습니다. 귀하가 PCP를 지정할 때까지 Health Net에서 PCP를 지정해 드립니다. PCP 선택 방법과 Health Net 서비스 지역의 참여 PCP 목록에 대한 정보는 *Health Net Group HMO 명부(Health Net HMO 명부)*를 참조하시기 바랍니다. 또한 *Health Net HMO 명부*는 Health Net 웹 사이트 www.healthnet.com에서 찾아보실 수 있습니다. 또한 Health Net ID 카드에 기재된 전화번호로 고객 서비스 센터에 전화하여 공급자 정보를 받아 보실 수 있습니다.
- 귀하 또는 보장 대상 가족 가입자에게 의료 서비스가 필요한 경우 담당 PCP가 의학적으로 필요한 의료 서비스를 제공합니다. PCP 또는 의사 그룹의 진료 의뢰를 통해 전문의 진료도 받을 수 있습니다.
- 귀하의 모든 가족 가입자에 대해 동일한 의사 그룹 혹은 PCP를 선택하지 않아도 됩니다. 의사 이름을 포함한 의사 그룹은 *Health Net HMO 명부*에 수록되어 있습니다.

의사 선택 방법

귀하가 받을 의료 서비스의 품질은 PCP 선택에 달려 있습니다. 만족스러운 선택이 될 수 있도록 다음 사항을 따라 주시기 바랍니다.

- 중요한 건강 문제는 귀하가 선택한 PCP와 의논해 주십시오.
- 담당 PCP 또는 의사 그룹에 전문의 진료 의뢰 정책 및 해당 의사 그룹이 사용하는 병원을 문의해 주십시오.
- 귀하 및 가족 가입자가 의료 서비스를 적절하게 이용할 수 있도록 자택 혹은 직장으로부터 30마일 이내에 위치한 의사를 선택해 주십시오.

전문의 및 진료 의뢰

담당 PCP가 제공할 수 없는 의료 서비스가 필요한 경우, 담당 PCP는 전문의 혹은 다른 의료 서비스 공급자에게 해당 서비스에 대한 진료를 의뢰할 수 있습니다. 정신 건강 및 약물 사용 장애 치료에 대한 정보는 아래 "정신 건강 및 약물 사용 장애" 섹션을 참조해 주십시오.

산과, 부인과 또는 생식 및 성 건강을 전문으로 하는 네트워크 내 의료 전문가로부터 산과, 부인과, 생식 또는 성 건강 진료를 받기 위해 Health Net 또는 기타 다른 사람(일차 진료의 포함)의 사전 승인을 받지 않아도 됩니다. 하지만 의료 전문가는 특정 서비스에 대한 사전 승인 받기, 사전 승인된 치료 계획 또는 진료 의뢰 발급을 위한 절차 이행을 포함한 특정 절차를 준수해야 합니다. 산과, 부인과 또는 생식 및 성 건강을 전문으로 하는 참여 의료 전문가의 목록은 Health Net 웹 사이트 www.healthnet.com에서 Health Net Group HMO 명부(Health Net HMO 명부)를 참조하시기 바랍니다. Health Net HMO 명부의 사본은 온라인으로 요청하시거나 1-800 522-0088번으로 Health Net 고객 서비스 센터에 연락하여 받아보실 수도 있습니다.

정신 건강 및 약물 사용 장애

진료를 받는 방법과 Health Net의 사전 승인 요건에 관한 자세한 내용은 본 공개 양식의 "행동 건강 서비스" 섹션을 참조하시기 바랍니다.

CVS MINUTE CLINIC 서비스

CVS MinuteClinic은 의료 기관으로, 보통 CVS/약국 매장 내에 위치하며, 패혈성 인두염, 유행성 결막염 또는 계절성 알레르기 등과 같은 비응급 질환 또는 부상의 비예약 치료를 위한 의사 진료소 방문을 대체하는 수단으로 제공됩니다. CVS MinuteClinic 방문은 "보험 혜택 및 코페이먼트 수가표" 섹션에 표시된 바와 같이 보장됩니다.

CVS MinuteClinic 서비스 이용에는 귀하의 일차 진료의 또는 계약을 맺은 의사 그룹의 사전 승인이나 진료의뢰가 필요하지 않습니다. 하지만 전문의 상담에는 계약을 맺은 의사 그룹 또는 일차 진료의의 진료 의뢰가 필요합니다. CVS MinuteClinic에 관한 자세한 내용은 본 플랜의 EOC를 참조하시거나 뒤표지에 기재된 전화번호로 Health Net에 문의해 주십시오.

가입 방법

가입 꾸러미에 있는 가입 양식을 작성하여 고용주에게 제출해 주십시오. 양식이 들어있지 않은 경우 고용주는 귀하에게 온라인 가입 양식 또는 자동 음성 가입 시스템을 이용하도록 할 수 있습니다. 자세한 내용은 귀하의 고용주에게 문의해 주십시오.

다음은 귀하 또는 귀하의 가족 가입자가 필요로 하고 본 플랜의 보험 보장 증서에 따라 혜택이 보장되는 서비스입니다. 다만 모든 병원과 의료 공급자가 해당 서비스를 제공하는 것은 아닙니다.

- 가족 계획
- 응급 피임약을 포함한 피임 서비스

- 출산 및 분만 시의 난관 결찰술을 포함한 불임술
- 불임 치료
- 낙태

가입하기 전에 자세한 정보를 얻으시는 것이 좋습니다. 진찰을 받을 의사, 의료 그룹, 독립 의사 협회 혹은 클리닉에 문의하시거나 뒤표지에 기재된 전화번호로 **Health Net** 고객 서비스 센터에 문의하여 필요한 의료 서비스를 받을 수 있는지를 확인하시기 바랍니다.

혜택 표

아래 표에는 본 플랜에 따라 제공되는 서비스의 예가 나와 있습니다. 보장 서비스 및 용품에 대한 귀하의 지불금에 대해서는 본 공개 양식과 함께 발행되는 SBC를 참조해 주십시오.

이 표는 보장 혜택들을 비교하는 데 도움을 주기 위한 것이며 요약된 내용만 포함하고 있습니다. 보장 혜택 및 제한 사항에 대한 자세한 설명은 보험 보장 증서(EOC)를 참조하시기 바랍니다.

주요 혜택	지불 금액
공제액.....	SBC는 당사에서 혜택에 대해 지불을 시작하기 전에 귀하의 플랜에 충족되어야 하는 공제액이 있는지 보여줍니다.
평생 최대 한도	본 플랜에는 평생 최대 한도가 없습니다.
전문가 서비스	SBC의 "의료 공급자의 진료소 또는 클리닉을 방문하는 경우"를 참조해 주십시오.
외래 환자 서비스.....	SBC의 "외래 수술을 받아야 하는 경우"를 참조해 주십시오.
입원 서비스	SBC의 "입원하는 경우"를 참조해 주십시오.
응급 의료 보장	SBC의 "즉각적인 치료가 필요한 경우"를 참조해 주십시오.
구급 이송 서비스.....	SBC의 "즉각적인 치료가 필요한 경우"를 참조해 주십시오.
처방약 보장	SBC의 "질병이나 상태를 치료하기 위해 의약품이 필요한 경우"를 참조해 주십시오.
내구성 의료 장비.....	SBC의 "회복에 도움이 필요하거나 다른 특별한 건강상 요구 사항이 있는 경우"를 참조해 주십시오.
정신 건강 서비스.....	SBC의 "정신 건강, 행동 건강, 약물 남용 관련 서비스가 필요한 경우"를 참조해 주십시오.
약물 사용 장애 서비스	SBC의 "정신 건강, 행동 건강, 약물 남용 관련 서비스가 필요한 경우"를 참조해 주십시오.
가정 건강 서비스.....	SBC의 "회복에 도움이 필요하거나 다른 특별한 건강상 요구 사항이 있는 경우"를 참조해 주십시오.
기타 서비스	SBC의 "검사를 받아야 하는 경우" 및 "회복에 도움이 필요하거나 다른 특별한 건강상 요구 사항이 있는 경우"를 참조해 주십시오.
소아 시력 진료	소아 시력 혜택은 Envolve Vision, Inc.에서 주관합니다. 안경류 수가표를 포함하여 자세한 혜택 정보는 본 공개 양식의 뒷부분에 있는 "소아 시력 진료 프로그램" 섹션을 참조해 주십시오.
소아 치과 서비스.....	소아 치과 혜택은 Dental Benefit Providers of California, Inc.(DBP)에서 제공 및 주관합니다. DBP는 Health Net의 제휴사가 아닙니다. 자세한 혜택 정보는 본 공개 양식의 뒷부분에 있는 "소아 치과 프로그램" 섹션을 참조해 주십시오. 자세한 내용은 EOC를 참조해 주십시오.

보장 제한 사항

비보장 대상(예외 및 제한 사항)

- 의학적으로 필요하면서 사전 승인을 받은 서비스를 제외하고 이송이 필요하지 않거나 응급 치료의 기준에 부합하지 않는 구급 이송 및 구급 요원 서비스.
- 바이오피드백 요법은 의학적으로 필요한 특정 신체 장애(예: 실금 및 만성 통증)와 정신 건강 및 약물 사용 장애의 치료로 제한됩니다.
- 가석방 또는 집행 유예의 조건인 정신 건강 치료 또는 법원 명령에 따른 정신 건강 및 약물 사용 장애 검사(해당 서비스가 의학적으로 필요한 경우 제외). **예외:** 본 플랜은 복지 및 기관법 5977.1항에 따른 평가 개발 비용과 커뮤니티 지원, 회복 및 역량 강화(CARE) 계약 또는 법원이 승인한 CARE 플랜에 따라 가입자에게 필요하거나 권장되는 모든 의료 서비스 제공에 대해 해당 서비스를 네트워크 내 또는 네트워크 외 공급자가 제공하는지에 관계없이 그 비용을 보장합니다. 서비스는 비용 분담 없이 가입자에게 제공됩니다.
- 해당 플랜의 SBC에 보장 사항으로 표시된 경우를 제외한 카이로프랙틱 서비스.
- 교정 신발류는 해당 가입자 전용으로 맞춤 제작되고, 본 플랜에 따른 보장 혜택인 의학적으로 필요한 보조기 또는 당뇨병 관련 합병증을 예방하거나 치료하기 위한 족부 의학 기기에 영구적으로 부착된 의학적으로 필요한 신발류로 제한됩니다. 해당 플랜의 EOC에 명시적으로 기재된 경우를 제외한 기타 교정 신발류는 보장되지 않습니다.
- 미용 서비스 및 용품.
- 보호 또는 거주 간호.
- 만 19세 이상 가입자에 대한 치과 서비스. 단, 구개열 시술을 위한 재건 성형의 불가분한 일부로서 의학적으로 필요한 치과 또는 치열 교정 서비스는 보장됩니다. 구개열은 구개열, 구순열 또는 구개열과 관련된 기타 두개 안면 기형을 포함합니다.
- 특정 일회용 인공 항문 또는 비뇨기 용품을 제외한 가정용 일회용 용품.
- 본 공개 양식의 "임상 시험"과 "당사 플랜에 동의하지 않는 경우" 섹션에 명시된 경우를 제외한 실험적 혹은 연구적 시술.
- 생식력 보존 보장에는 다음이 포함되지 않습니다. 인공 수정, 체외 수정 및/또는 배아 이식과 같은 향후 임신을 위한 후속 보조 생식 기술(ART), 이식 전 유전자 진단, 기증 난자, 정자나 배아 또는 임신 대리자(대리모).
- 유전자 검사는 Health Net이 의학적으로 필요하다고 결정한 경우를 제외하고 보장되지 않습니다. 처방의는 보장에 대한 사전 승인을 요청해야 합니다. 하지만 3기 또는 4기의 진행성 또는 전이성 암 질환이 있는 가입자를 위한 바이오마커 검사에는 사전 승인이 필요하지 않습니다.
- 보청기.
- 해외 여행/직업적 목적을 위한 예방 접종 및 주사.
- 해당 플랜의 SBC에 보장 사항으로 표시된 경우를 제외한 불임 치료 서비스 및 용품.

- 치료 가능한 정신 건강 또는 약물 사용 장애에 대해 제공된 서비스와 연계되어 이루어진 경우를 제외한 결혼 생활 상담.
- 자격 요건을 충족하지 않는 기관. 본 플랜은 면허 소지 병원, 호스피스, Medicare에서 승인한 전문 간호 시설, 주거 치료 센터 또는 본 플랜의 EOC에서 명시된 적절한 면허 소지 의료시설에서 제공하는 의료적으로 필요한 서비스 또는 용품만을 보장합니다. 의료 서비스 및 용품을 제공할 수 있는 면허를 인가받지 못한 기관은 지정 방식에 상관없이 적격 기관이 아닙니다.
- 시각 교정술(시기능 훈련).
- 가입자의 신체에 맞게 맞춤 제작되지 않은 보조기(예: 교정기, 받침대 및 캐스트). 추가 발보장구 제한 사항은 위의 "교정 신발류"를 참조하시기 바랍니다.
- 외래 처방약("처방약 프로그램"에 기술된 사항 제외).
- 개인 또는 편의 용품.
- 의사 자가 치료.
- 의사가 본인의 직계 가족을 치료하는 경우.
- 의학적으로 필요한 경우를 제외한 입원 시 개인 병실.
- 개인 간호.
- 의학적으로 필요하고 가입자의 치료의가 권장하며 Health Net이 승인한 경우를 제외한 안구 굴절 수술.
- 불임 복원술.
- 당뇨병 치료를 위해 처방된 경우가 아닌 티눈, 굳은살, 발톱 정리 치료를 위한 정기 발 치료.
- 보험, 면허, 고용, 학교, 캠프 또는 기타 비예방적 목적을 위한 정기 신체 검사(심리 검사 혹은 약물 선별 검사 포함).
- Health Net의 절차에 따라 Health Net 또는 의사 그룹에서 승인하지 않은 서비스 및 용품.
- 대리모가 Health Net의 보험 가입자인 경우 대리모 임신에 대한 서비스가 보장됩니다. 단, 대리 임신에 대해 보상이 이루어진 경우, Health Net은 의료 비용을 회수하기 위해 그러한 보상에 대해 유치권을 설정합니다.
- 본 플랜 EOC의 "혜택의 연장" 섹션에서 구체적으로 명시된 경우를 제외하고 효력 발생일 전이나 보장이 종료된 후에 받은 서비스.
- 전반적 발달 장애 또는 자폐증에 대한 행동 건강 치료를 제외한 고용 또는 직업적 목적을 포함한 교육 또는 훈련과 관련된 서비스.
- 응급 또는 긴급하게 필요한 진료의 결과로 이루어진 치료를 제외한 주 정부 병원 치료.
- 치료 가능한 정신 건강 또는 약물 사용 장애에 대해 제공된 서비스와 연계되어 이루어진 경우를 제외한 스트레스.
- 엄선된 원격 진료 서비스 공급자를 통한 원격 진료 상담은 전문의 서비스를 보장하지 않으며, DEA 관리 약물, 비치료성 의약품, 남용 위험 때문에 유해할 수 있는 기타 의약품의 처방을 보장하지 않습니다.

- 의학적으로 필요한 경우를 제외한 하악 관절 장애의 치료 또는 하악을 줄이거나 재정렬하기 위한 외과적 시술.
- 병적 비만의 치료를 제외한 비만 치료, 체중 감량 또는 체중 관리. 특정 서비스는 본 플랜의 EOC에 설명된 바와 같이 예방 진료 서비스로 보장받을 수 있습니다.

위 목록은 Health Net 플랜의 의료 부문에 적용되는 주요 예외 및 제한 사항 중 일부에 해당합니다. 본 플랜의 가입자에게 제공되는 EOC에는 전체 목록이 포함되어 있습니다.

혜택 및 보장

의학적으로 필요한 진료

Health Net 플랜에서는 본 플랜하에서 명시적으로 제외되지 않는 한, 의학적으로 필요한 모든 서비스를 보장합니다. 모든 보장 서비스 또는 용품은 본 플랜의 EOC에 나와 있습니다. 이외의 모든 서비스나 용품은 보장되지 않습니다.

응급 상황

Health Net은 전 세계에 모든 곳에서 발생한 응급 상황과 긴급하게 필요했던 진료에 대해 보험 보장을 제공합니다. 응급 혹은 긴급 진료가 필요할 경우, 즉시 받을 수 있는 곳에서 진료를 받으시기 바랍니다. 상황에 따라 긴급하게 필요한 진료의 경우 귀하의 의사 그룹(의료) 또는 참여 정신 건강 전문가(정신 건강 및 약물 사용 장애) 또는 긴급 진료 센터를 방문하여 진료를 받을 수 있습니다. 응급 상황의 경우 가장 가까운 응급 시설로 가거나 **911**에 전화하십시오.

긴급 대응이 필요한 응급 의료 상황(정신 건강 및 약물 사용 장애 포함)이 발생할 때 응급 대응 시스템이 수립 및 운영 중인 지역에서는 적절히 **911** 긴급 대응 시스템을 이용하는 것이 좋습니다. **911** 호출에 따라 제공된 모든 항공 및 지상 구급 이송과 구급차 이용 서비스는 해당 요청이 응급 의료 상황(정신 건강 및 약물 사용 장애 포함)에 대해 이루어진 경우 보장됩니다. 전국 자살 및 정신 건강 위기 상담 전화 시스템인 **988**번으로 전화할 수도 있습니다.

긴급 상황이 지나고 귀하의 상태가 안정된 후의 모든 후속 진료(정신 건강 및 약물 사용 장애 포함)는 담당 의사 그룹(의료) 또는 참여 정신 건강 전문가(정신 건강 및 약물 사용 장애)가 제공해야 하며, 필요한 경우 담당 의사 그룹(의료) 또는 Health Net(정신 건강 및 약물 사용 장애)의 승인을 받아야 합니다. 그렇지 않은 경우 Health Net에서 보장하지 않습니다.



응급 진료에는 응급 의료 상황 또는 출산이 임박한 상황인지 판단하기 위해 의사 (또는 관련 법률에서 허용하는 범위 내에서 자신의 면허 및 권한 범위 내에 있는 다른 의료진)가 수행하는 의료 선별 검사, 검진, 평가가 포함되며, 해당인의 면허 범위 내에서 이러한 상황이 존재한다면 해당 시설의 능력 내에서 응급 의료 상황을 완화 또는 제거하는 데 필요한 진료, 치료 및 수술도 포함됩니다. "출산 임박"이란 다음 중 하나가 발생할 것이라고 합리적으로 예상되는 때의 분만입니다. (1) 출산 전에 다른 병원으로 안전하게 이송할 시간이 충분하지 않음, 또는 (2) 이송할 경우 가입자 또는 태아의 건강과

안전에 위협이 됨. 또한 응급 진료에는 정신 의학적 응급 의료 상황이 존재하는지 판단하기 위해 의사(또는 관련 법률에서 허용하는 범위 내에서 자신의 면허 및 권한 범위 내에 있는 다른 의료진)가 수행하는 추가 선별 검사, 검진, 평가가 포함되며, 해당 시설의 능력 내에서 또는 의학적 필요에 따라 가입자를 일반 급성 병원 내의 정신과로 이송하거나 급성 정신과 병원으로 이송하여 정신 의학적 응급 의료 상황을 완화 또는 제거하는 데 필요한 진료와 치료도 포함됩니다.

911 호출로 인해 제공된 모든 항공 및 지상 구급 이송과 구급 이송 서비스는 해당 요청이 응급 의료 상황(정신 건강 및 약물 사용 장애 포함)에 대해 이루어진 경우 보장됩니다.

응급 의료 상황은 즉각적인 의학적 조치를 취하지 않을 경우, 다음과 같은 결과로 이어질 수 있는 충분히 심각한 급성 증상(중증 통증 포함)이 명백히 나타나는 의료 상태입니다.

(1) 환자의 건강이 심각한 위협에 처하게 되거나, (2) 신체 기능에 심각한 손상을 초래하거나, (3) 신체 장기 또는 일부에 심각한 장애를 초래할 수 있습니다.

응급 정신 의학적 의료 상태란 중증 급성 증상으로 나타나는 정신 건강 또는 약물 사용 장애를 의미하며 환자는 다음 중 하나에 해당합니다. (1) 본인 또는 다른 사람에게 즉각적인 위협이 되거나, (2) 정신 건강 또는 약물 사용 장애로 인해 음식, 주거지 또는 의복을 즉시 제공하거나 이용할 수 없습니다.

긴급하게 필요한 진료에는 본 섹션에 정의된 바와 같이 응급 진료에는 해당하지 않으나 심각한 건강 악화를 방지하기 위해 부상, 예상치 못한 질환 혹은 임신을 포함한 기존 상태의 합병증을 치료하기 위한 보장 의료 서비스가 포함됩니다. 여기에는 응급 상황이 존재하지 않았다고 알 수 있었을 서비스도 포함됩니다.

필수 보장의 참고 사항

본 플랜의 혜택은 1996년 연방 산모 및 신생아 건강 보호법(Federal Newborns' and Mothers' Health Protection Act)과 1998년 여성 건강 및 암 권리법(Women's Health and Cancer Right Act)에서 요구하는 보장을 제공합니다.

1996년 산모 및 신생아 건강 보호법은 분만 후 최소 병원 입원 기간에 대한 요건을 규정합니다. 일반적으로 그룹 건강 보험과 건강 보험 회사는 연방법에 따라 자연 분만 후 48시간 미만 또는 제왕 절개술 이후 96시간 미만의 산모 혹은 신생아에 대해 출산과 관련된 병원 입원 기간 관련 보험 혜택을 제한할 수 없습니다. 다만 일반적으로 연방법은 산모 혹은 신생아의 주치의가 산모와 상담 후 48시간(또는 적용 가능한 경우 96시간) 전에 산모 혹은 신생아를 퇴원시키는 것을 금지하지는 않습니다. 어떠한 경우에도 건강 보험과 건강 보험 회사는 연방법에 따라 48시간(또는 96시간)을 초과하지 않는 입원 기간을 처방하는 것에 대해 공급자가 해당 건강 보험 또는 건강 보험 회사의 승인을 받도록 요구할 수 없습니다.

의학적으로 필요한 유방 절제술에 적용되는 1998년 여성 건강 및 암 권리법(Women's Health and Cancer Right Act of 1998)은 대칭의 복원 및 형성을 위해 제공되는 유방의 보형 장치와 재건 성형에 대한 보장을 명시하고 있습니다.

의료 서비스를 적시에 이용할 수 있는 접근성

California 보건 관리부(DMHC)는 비응급 의료 서비스를 적시에 이용할 수 있는 접근성을 제공하도록 하는 조례(California 주 조례, 제28조, 1300.67.2.2항)를 제정하였습니다.

중증도 분류 또는 선별 검사 서비스를 이용하시려면 뒤표지에 기재된 전화번호로 365일 24시간 언제든지 Health Net에 문의하실 수 있습니다. Health Net은 보장 의료 서비스를 적시에 이용하실 수 있도록 합니다. 자세한 내용은 본 플랜의 EOC를 참조하거나 뒤표지에 기재된 Health Net 고객 서비스 센터 번호로 연락해 주십시오.

무료 통역 서비스 이용에 관한 정보는 "언어 서비스 공지" 섹션을 참조하시기 바랍니다.

임상 시험

I, II, III, IV상 임상 시험에 참여하게 된 암 혹은 기타 생명을 위협하는 질병 또는 상태의 진단을 받은 환자에 대한 정기 환자 진료 비용은 의학적으로 필요하고, 해당 가입자의 치료 의사가 추천하고, Health Net이 승인할 때 보장됩니다. 의사는 임상 시험 참여를 통해 해당 가입자가 의미 있는 잠재적 혜택을 받을 수 있으며 그 시험이 치료에 목적이 있다는 판단을 해야 합니다. 자세한 내용은 본 플랜의 EOC를 참조해 주십시오.

2차 소견

귀하에게는 다음과 같은 경우 2차 소견을 요청할 권리가 있습니다.

- 담당 PCP 또는 진료 의뢰 의사가 만족스럽지 못한 진단을 내리거나 치료 계획을 권장하는 경우
- 치료 결과에 만족하지 않는 경우
- 사망, 관절 또는 신체 기능의 손실 혹은 중증 만성 증상을 포함하지만 이에 국한되지 않은 상당한 장애의 위험이 있는 상태의 진단을 받거나 그러한 상태에 대해 권장되는 치료 계획을 받은 경우
- 담당 또는 진료 의뢰 의사가 귀하의 상태를 진단할 수 없거나 상충하는 검사 결과가 나온 경우

2차 소견을 요청하실 경우 귀하는 적용 가능한 코페이먼트에 대해 책임을 지게 됩니다.

Health Net의 2차 소견 정책 사본을 받아 보시려면 뒤표지에 기재된 전화번호로 고객 서비스 센터에 문의해 주십시오.

신생아에 대한 보장

귀하의 가입일 이후에 태어난 자녀는 31일(출생일 포함) 동안 자동으로 보장됩니다. 자녀의 혜택 보장을 유지하기 위해서는 해당 자녀를 생후 60일 안에 귀하의 고용주를 통해 보험에 가입시켜야 합니다. 해당 자녀를 60일(출생일 포함) 이내에 보험에 가입시키지 않을 경우 다음 두 가지 상황이 발생합니다.

- 보장은 31일(출생일 포함) 이후 종료됩니다.
- 31일(출생일 포함) 이후 제공된 모든 의료 서비스에 대해서는 귀하가 의사 그룹에 지불해야 합니다.

2009년 어린이 건강 보험 프로그램 재승인 법안(CHILDREN'S HEALTH INSURANCE PROGRAM REAUTHORIZATION ACT, CHIPRA)에 따른 특별 가입 권리

2009년 어린이 건강 보험 프로그램 재승인 법안(CHIPRA)에 따라 생성된 특별 가입 기간 동안에는 Medi-Cal 플랜에 가입할 수 있는 자격을 잃게 되어 보장을 상실한 후 60일 이내에 해당 개인 및 그 피부양자가 본 플랜에 가입을 요청할 수 있는 자격이 부여됩니다.

혜택의 연장

귀하의 고용주가 Health Net과의 그룹 서비스 계약을 종료하더라도 귀하 혹은 보장 대상 가족 가입자에게 총체적 장애가 있으면, 다음 중 하나가 발생할 때까지 해당 장애에 대한 치료가 보장될 수 있습니다.

- 계약일로부터 최대 연속 12개월이 경과됨.
- 이용 가능한 보험금이 소진됨.
- 장애 기능이 회복됨.
- 가입자가 장애를 보장하는 다른 플랜에 가입함.

장애에 대한 보험 혜택의 연장 신청서는 귀하의 고용주가 당사와의 계약을 종료한 후 90일 안에 Health Net에 제출해야 합니다. 당사는 지정된 기간마다 총체적 장애에 대한 의학적 증거를 요구할 것입니다.

비밀 보장 및 가입자 정보의 공개

Health Net은 귀하의 의료 기록에 있는 개인 정보의 비밀이 보장되어야 한다는 것을 잘 알고 있습니다. 따라서 당사는 모든 환경(구두, 서면, 전자 정보 포함)에서 귀하의 개인 건강 정보를 보호합니다. 당사가 귀하의 비밀 정보를 귀하의 승인 없이 공개하는 유일한 경우는 지불, 치료, 건강 의료 운영(이용 관리, 품질 향상, 질병 혹은 사례 관리 프로그램을 포함하지만 이에 국한되지 않음)의 목적으로 또는 법원 명령 혹은 소환과 같은 법률에 의해 허용되거나 요구될 때입니다. 당사는 귀하의 기밀 정보 세부 내용을 귀하 고용주 혹은 에이전트에게 공개하지 않습니다. Health Net은 총량 측정과 자료 보고 의무를 이행해야 합니다. 그러한 경우 당사는 가입자를 식별할 수 있는 정보를 공개하지 않음으로써 귀하의 개인 정보를 보호합니다.

개인 정보 보호 정책

귀하가 Health Net의 가입자가 되시면 Health Net은 가입자의 보호되는 건강 정보와 비공개 개인 재정 정보*를 치료, 지불, 건강 의료 운영의 목적 및 법에 따라 허용되거나 요구될 때 사용 및 공개합니다. Health Net은 보호되는 건강 정보의 이용 및 공개 방법, 보호되는 건강 정보를 열람하고 수정, 제한, 공개 목록을 요청할 개인의 권리, 불편 사항을 제기하는 절차에 대해 설명하는 "개인 정보 보호 관행 통지"를 가입자에게 제공합니다. Health Net은 마케팅과 같은 비정기적 공개에 대해 개인 정보의 공개를 승인 혹은 거부할 수 있는 기회를 귀하에게 제공합니다.

Health Net은 당사에서 관리하는 지정 기록 세트에 포함된 가입자의 보호되는 건강 정보를 가입자가 점검하거나 해당 사본을 받아볼 수 있는 열람권을 제공합니다. Health Net은 합리적이고 적절한 보안 안전 조치를 사용하여 조직 전체에 걸쳐 구두, 서면, 전자 정보를 보호합니다. 이러한 안전장치에 따라 지불 처리, 치료, 건강 의료 운영을 위해 알 필요가 있는 사람만으로 개인의 보호되는 건강 정보의 열람이 제한되거나 법에 따라 허용되거나 요구되는 경우로 열람 제한됩니다. Health Net은 자체적으로 자금을 조달하는 플랜의 관리를 위해 플랜 후원자에게 보호되는 건강 정보를 공개하지만, 플랜 후원자가 해당 플랜에 대한 지불 또는 의료 운영 기능을 수행하지 않는 한 보험 상품의 플랜 후원자/고용주에게 보호되는 건강 정보를 공개하지 않습니다. Health Net의 "개인 정보 보호 관행 통지" 전문은 www.healthnet.com의 "법적 고지"에 있는 본 플랜의 EOC에서 확인하실 수 있으며, 사본을 받아 보시려면 본 책자의 뒷표지에 기재된 전화번호로 고객 서비스 센터에 문의해 주십시오.

- * 비공개 개인 재무 정보에는 귀하가 건강 보험 보장을 받기 위해 당사에 제공했거나 당사가 귀하에게 혜택을 제공할 때 입수한, 개인 신원 파악이 가능한 재무 정보가 포함됩니다. 여기에는 사회 보장 번호, 계좌 잔액, 지불 이력 등이 포함됩니다. 법에서 허용하는 경우를 제외하고 당사는 귀하에 대한 비공개 개인 정보를 누구에게도 공개하지 않습니다.

이용 관리

이용 관리는 건강 의료 관리에 있어 매우 중요한 요소입니다. 당사는 사전 승인, 동시/소급 심사와 의료 관리의 절차를 통해 가입자에게 제공된 서비스가 의학적으로 필요했고 해당 시설과 주어진 시간이 적절했는지 확인하기 위한 평가를 진행합니다. 이러한 절차들은 Health Net의 고품질 의료 관리 표준을 유지하는 데 도움이 됩니다.

사전 승인

제시된 특정 서비스는 승인되기 전에 평가를 받아야 합니다. 해당 시술이 의학적으로 필요하고 적절한 기반(예: 입원, 외래 수술 등)에서 계획된 것인지 여부를 평가하기 위해 증거 기반 기준이 사용됩니다.

동시 심사

이 절차는 환자 입원 또는 외래 환자 가정 의료 서비스처럼 가입자의 경과에 따라 입원과 특정 외래 환자 상태를 동시에 계속해서 승인합니다.

퇴원 계획

이 동시 심사 과정의 요소는 가입자의 안전한 퇴원 계획이 의사의 퇴원 지시와 함께 이루어지는지 확인하고 필요한 경우 후속 병원 서비스를 승인하기 위함입니다.

소급 심사

이 의료 관리 절차는 서비스가 제공된 후 사례별로 의료 서비스의 적절성을 평가합니다. 일반적으로 사전 승인이 필요했지만 받지 않았던 사례에 대해 이루어집니다.

의료 또는 사례 관리

간호사 케어 매니저는 주요 급성 및/또는 만성 장기 건강 문제에 대해 가입자(그 가족도 포함)에게 지원, 교육, 안내를 제공하며, 가입자, 담당 의사, 지역 사회 자원과 긴밀하게 협조합니다.

Health Net의 이용 관리 절차에 관한 자세한 내용은 뒤표지에 기재된 전화번호로 Health Net 고객 서비스 센터에 문의해 주십시오.

비용 및 부과금 지불

코페이먼트 및 공제액

SBC에서는 서비스의 보장 및 지불에 대해 설명합니다. 잠시 시간을 내어 살펴보시기 바랍니다.

선지급 비용

귀하의 고용주는 귀하와 가입된 모든 가족 가입자들에 대한 월 가입 비용을 Health Net에 지불합니다. 귀하가 지불해야 할 분담금에 관해서는 귀하의 고용주와 확인하시기 바랍니다. 귀하의 분담금이 인상될 경우, 귀하의 고용주가 사전에 귀하에게 알려 줍니다.

기타 요금

귀하에게는 본 플랜에서 보장하는 서비스의 비용 중 귀하의 분담액을 지불할 책임이 있습니다. 귀하가 지불하는 금액을 코페이먼트라고 하며 SBC에 설명되어 있습니다. 이러한 청구액 이외에 보장 서비스의 나머지 비용은 Health Net에서 지불합니다.

귀하가 지불하는 총 코페이먼트 금액이 SBC에 설명된 최대 본인 부담금과 동일하게 될 경우, 귀하의 의사 그룹이 제공하거나 승인한 대부분의 서비스에 대해 당해 연도 나머지 기간에는 추가 코페이먼트를 지불하지 않아도 됩니다.



본 플랜에서 보장하지 않는 서비스에 대한 지불금은 연간 최대 본인 부담금으로 가산되지 않습니다. 또한 특정 공제액과 코페이먼트는 SBC에 표시된 바와 같이 최대 본인 부담금으로 가산되지 않습니다. 자세한 내용은 본 플랜의 EOC를 참조해 주십시오.

등록자 또는 가입자의 지불 책임

담당 PCP 또는 의사 그룹(의료) 또는 참여 정신 건강 전문가(정신 건강 및 약물 사용 장애)의 필수 진료 의뢰 없이 또는 필요한 경우 담당 의사 그룹(의료) 또는 Health Net(정신 건강 및 약물 사용 장애)의 승인 없이 의료 서비스를 받는 경우, 해당 서비스 비용은 귀하가 부담하셔야 합니다.



본 플랜은 응급 상황 또는 서비스 지역 이외에서 받는 긴급 진료를 제외하고 PCP 또는 의사 그룹 또는 참여 정신 건강 전문가가 제공하거나 필요한 경우 담당 의사 그룹(의료) 또는 Health Net(정신 건강 및 약물 사용 장애)의 승인을 받은 서비스만 보장합니다. Health Net 과 계약한 의사의 전체 목록은 HMO 명부를 참조해 주십시오.

환급 조항

귀하의 의사 그룹(의료) 또는 참여 정신 건강 전문가(정신 건강 및 약물 사용 장애)가 제공하거나 이들을 통해 제공되는 서비스에 대해 Health Net이 지불해야 하는 금액은 귀하의 책임이 아닙니다.

보장되는 서비스에 대해 본인 부담금 비용이 발생할 경우, 청구 양식 및 작성 요강에 대해서는 Health Net 고객 서비스 센터에 문의해 주십시오. 이러한 비용에서 필요한 코페이먼트 또는 공제액을 제외한 금액을 환급받게 됩니다. (귀하의 PCP 또는 의사 그룹이 제공한 의료 서비스에 대해서는 클레임을 제출할 필요가 없습니다.)

귀하의 의사 그룹(의료)이 제공하거나 지시하지 않은 응급 서비스 또는 Health Net(정신 건강 및 약물 사용 장애)이 지시하지 않은 응급 서비스를 받을 경우, 서비스를 받을 때 귀하가 비용을 지불해야 할 수 있습니다. 이러한 비용에 대해 환급을 받으려면 받은 서비스에 대한 전체 명세서와 가능한 경우 응급실 기록의 사본을 받아야 합니다.

클레임 양식을 요청하고 작성한 양식을 귀하의 의사 그룹(의료) 또는 Health Net에 보내야 하는지 알아보시려면 뒤표지에 기재된 전화번호로 Health Net 고객 서비스 센터에 문의해 주십시오. 환급을 받으시려면 서비스를 받은 날로부터 1년 이내에 Health Net에 의료 및 정신 건강 클레임을 접수하셔야 합니다.

클레임 제출 방법

의료 또는 정신 건강 및 약물 사용 장애 서비스의 경우, 작성한 클레임 양식을 서비스를 받은 날로부터 1년 이내에 다음 주소로 보내 주십시오.

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

클레임 양식을 받으시려면, 본 책자의 뒤표지에 기재된 전화번호로 Health Net 고객 서비스 센터에 문의하시거나 당사 웹 사이트 www.healthnet.com을 참조해 주십시오.

외래 환자 처방약의 경우, 작성한 처방약 클레임 양식을 다음 주소로 보내주십시오.

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

처방약 클레임 양식을 받으시려면, 본 책자의 뒤표지에 기재된 전화번호로 Health Net 고객 서비스 센터에 문의하시거나 당사 웹 사이트 www.healthnet.com을 참조해 주십시오.



서비스를 받은 날로부터 1년이 경과한 후 제출된 보장 비용에 대한 클레임은 해당 기간 내에 클레임을 제출하는 것이 합리적으로 가능하지 않았고 합리적으로 가능한 한 빨리 제출했음을 입증할 수 있지 않는 한 지불되지 않습니다.

공급자 진료 의뢰 및 환급 고지

당사 플랜 가입을 고려하고 계신 경우, 필요한 진료 의뢰 및 기타 서비스의 이용에 영향을 줄 수 있는 당사 의사와의 특별한 재정 협약이 체결되어 있는지 여부를 문의하실 수 있습니다.

Health Net은 공급자에 지불할 때 재정적 인센티브와 다양한 위험 공유 계획을 이용합니다.

이러한 정보를 요청하시려면 뒤표지에 기재된 전화번호로 Health Net 고객 서비스 센터에 문의해 주십시오. 또한 담당 의사 그룹 또는 PCP에게 연락하여 당사의 의사 지불 계획에 대해 알아보실 수도 있습니다.

시설

귀하와 귀하의 가족 중 적격한 가입자에 대한 의료 서비스는 다음 장소에서 제공됩니다.

- 가입 시 선택한 의사 그룹의 시설 또는
- 입원이 요구되는 경우 가까운 Health Net 계약 병원.

다수의 Health Net과 계약을 맺은 의사 그룹에는 24시간 대기 중인 의사가 있거나 항상 의료 서비스를 제공하는 긴급 진료 센터가 있습니다.

귀하가 선택한 의사 그룹은 또한 지역 병원(급성, 아급성, 이행 진료 목적) 및 전문 요양 시설과 계약 관계를 맺고 있습니다. 이러한 내용은 Health Net HMO 명부에 수록되어 있습니다.

의사 그룹 변경

동일한 의사 그룹 내에서 수시로 의사 변경이 가능합니다. 또한 매월 다른 의사 그룹으로 변경할 수도 있습니다. www.healthnet.com 또는 본 책자의 뒤표지에 기재된 전화번호로 Health Net에 연락하시면 다음 달 1일에 변경 효력이 발생합니다.

병원을 한정하는 경우가 아니라면 변경 요청은 일반적으로 받아들여집니다. (단, Health Net은 비정상적이거나 심각한 특정 상황에 대해 이 상태에서 이전을 승인할 수도 있습니다. 자세한 내용은 본 안내서의 뒤표지에 기재된 Health Net 고객 서비스 센터 번호로 문의해 주십시오.)

지속적인 치료

신규 가입자의 치료 서비스 전환

Health Net에 가입 시 아래 "공급자 계약 종료 후의 지속적인 치료" 조항에 기재된 증상에 대해 진료를 받고 있었다면 Health Net과 계약하지 않은 공급자에게 지속적인 치료를 요청하실 수 있습니다.

Health Net은 해당 코페이먼트 및 귀하 플랜의 예외 및 제한 사항을 조건으로 비참여 공급자로부터의 서비스가 완료될 때까지 보장을 제공할 수 있습니다. 해당 그룹의 효력 발생일로부터 60일 이내에 요청하는 것이 합리적으로 가능하지 않았고 합리적으로 가능해지자마자 요청하게 된 것이라는 것을 입증할 수 있지 않는 한, 해당 그룹의 효력 발생일로부터 60일 이내에 보장을 요청해야 합니다. 비참여 공급자는 인두세를 사용하지 말고 동일하거나 유사한 지리학적 지역에서 의료 행위를 하고 있는 Health Net과 현재 계약을 맺고 있는 공급자에게 적용되는 동일한 계약 조건을 수용해야 합니다. 의료 공급자가 이와 같은 조건을 수용하지 않는 경우, Health Net은 해당 의료 공급자에게 보장을 제공할 의무가 없습니다.

의료 공급자 계약 종료 후의 지속적인 치료

Health Net과 의사 그룹/기타 공급자와의 계약이 종료된 경우, Health Net은 영향을 받는 모든 가입자를 계약을 맺은 다른 의사 그룹/공급자로 변경하여 지속적인 의료 서비스를 보장합니다. 가입자가 서비스를 받도록 배정된 의사 그룹 혹은 급성 진료 병원과의 계약이 종료되기 60일 전에 Health Net은 영향을 받는 가입자에게 서면 통지서를 발송합니다. Health Net과의 계약이 종료된 다른 모든 병원들의 경우, 계약 종료 효력 발생일 후 5일 이내에 영향을 받는 모든 가입자에게 서면 통지서가 발송됩니다.

관련 코페이먼트 및 플랜의 예외 및 제한 사항을 따르면서 계약이 종료되기 전에 해당 공급자에게 적용되는 조건과 동일한 계약 조건을 공급자가 받아들이는 경우, Health Net은 계약이 종료된 공급자가 제공하는 서비스의 완료에 대해 보장을 제공할 수 있습니다. 공급자의 계약 종료 후 30일 이내에 요청하는 것이 합리적으로 가능하지 않았고 합리적으로 가능해지자마자 요청하게 된 것이라는 것을 입증할 수 있지 않는 한, 해당 공급자의 계약 종료일로부터 30일 이내에 지속적인 치료를 요청해야 합니다.

계약 종료 시 가입자가 계약이 종료되는 공급자에게 진료를 받고 있었다면, 해당 공급자에게 지속적인 치료를 요청하실 수 있습니다.

다음과 같은 상태인 경우 지속적인 치료를 받을 수 있습니다.

- 급성 증상
- 12개월을 초과하지 않는 중증 만성 증상
- 임신(임신 기간 및 산후 관리 포함)
- 산모 정신 건강(진단 후 또는 임신 종료일 중 나중에 발생하는 날짜로부터 12개월로 제한)
- 신생아(생후 36개월까지 12개월로 제한)

- 말기 질환(말기 질환을 앓고 있는 기간 내내)
- 문서화된 치료 과정의 일환으로 Health Net(또는 신규 가입자의 경우 해당 가입자의 이전 건강 보험)이 승인한 수술 또는 기타 시술

또한 본 플랜보다 더 큰 네트워크를 포함한 다른 Health Net HMO 플랜에 가입했을 경우, 병원을 포함한 의료 제공자로부터 지속적인 치료를 요청할 수 있습니다. Health Net은 귀하가 다음 중 하나를 선택하여 현재 의료 제공자를 계속 유지할 수 있는 기회가 있었는지 여부에 상관없이 서비스 완료에 대해 동일한 의료 지속 범위를 제공할 것입니다.

- 네트워크 외 혜택이 있는 Health Net 상품
- 현재 제공자를 포함한 다른 Health Net HMO 네트워크 상품 또는
- 다른 건강 보험 혹은 보험사 상품

지속적인 치료를 요청하시려면, 지속적인 치료 요청서를 작성하셔야 합니다. 지속적인 치료를 요청하는 방법에 대한 추가 정보를 원하시거나 지속적인 치료 요청서 또는 Health Net의 지속적인 치료 정책 사본을 요청하시려면 뒤표지에 있는 전화번호로 Health Net 고객 서비스 센터에 문의해 주십시오.

보장의 갱신, 지속 또는 종료

갱신 조항

Health Net과 귀하의 고용주와의 계약은 일반적으로 매년 갱신됩니다. 귀하의 계약이 개정되거나 종료되는 경우에는 귀하 고용주가 서면으로 통보하게 됩니다.

혜택의 개별 지속



이 보험 보장을 거부하기 전에 귀하의 선택 사항을 신중하게 검토해 주십시오.

현재 고용주와의 고용 관계가 종료된 경우, 귀하 및 보장 대상 가족 가입자는 다음에 따라 지속적인 그룹 보장을 받을 자격이 될 수 있습니다.

- **1985년 통합 옴니버스 예산 화해법(Consolidated Omnibus Budget Reconciliation Act of 1985, 이하 COBRA):** COBRA는 20명 이상의 직원이 있는 대부분의 그룹에서 직원과 자격이 있는 피부양자에게 적용되며, California 주가 아닌 곳에 거주하고 있어도 적용됩니다. 귀하 및 보장 대상 피부양자의 자격 여부는 그룹을 통해 확인하시기 바랍니다.
- **소규모 고용주 Cal-COBRA 지속 보장:** 전년도 고용주의 영업일 중 50%에 대해 고용주의 건강 보험에 가입 자격을 갖고 있던 직원 수가 20명 미만인 고용주의 경우, Health Net은 주 법률에 따라 지속적인 보장을 제공해야 합니다. 이러한 보장의 자격에 관한 자세한 내용은 EOC에 수록되어 있습니다.

- **Cal-COBRA 지속 보장:** COBRA가 소진되었고 California에 거주하고 있는 경우에는 주 Cal-COBRA 법에 따라 추가 지속 보장을 받으실 수 있습니다. 이 보장은 귀하의 연방 COBRA 보장이 소진되었고, 36개월 미만 동안 COBRA 보장을 받았으며, Medicare의 자격이 없는 경우에 이용 가능합니다. 귀하에게 자격이 있으면 연방 COBRA 보장이 시작되었던 날로부터 최대 36개월 동안 Cal-COBRA를 통해 본 플랜하에서 계속해서 그룹 보장을 받을 기회가 있습니다.
- **USERRA 보장:** 군 복무 고용 및 재고용 권리법(Uniformed Services Employment and Reemployment Rights Act, USERRA)으로 알려진 연방법에 따라 고용주는 군 복무로 인해 휴직할 직원과 그룹 건강 보장을 상실할 그 피부양자에게 최대 24개월 동안 지속 보장을 선택할 기회를 제공해야 합니다. 귀하의 자격 여부는 그룹을 통해 확인하시기 바랍니다.

또한 귀하의 고용주가 Health Net과의 계약을 종료하더라도, 장애 증상에 대해 최대 12개월간 지속된 보장을 받을 자격이 있습니다. 자세한 내용은 본 공개 양식의 "혜택의 연장" 섹션을 참조해 주십시오.

혜택 종료

다음 정보는 본 플랜에서 귀하의 혜택 보장이 종료될 경우의 상황에 대해 설명합니다. 혜택 종료에 대한 자세한 설명은 본 플랜의 EOC를 참조하시기 바랍니다.

가입 비용의 미납으로 인한 종료

본 플랜에 따른 보장은 고용주의 가입 비용 미납으로 인해 고용주와 Health Net 간의 계약이 종료될 때 종료됩니다. Health Net은 체납된 가입 비용을 납부하도록 30일간의 유예 기간을 고용주에게 제공합니다. 귀하의 고용주가 30일간의 유예 기간 마지막 날까지 필요한 가입 비용을 지불하지 않으면 Health Net과 귀하의 고용주 간의 계약이 해지되고 Health Net은 유예 기간 마지막 날에 귀하의 혜택 보장을 종료합니다.

가입 자격 상실로 인한 종료

가입 자격이 상실되는 날에 본 플랜에 따른 보장이 종료됩니다. 본 플랜에서 가입 자격을 상실하게 되는 일부 이유는 다음 상황을 포함하지만 이에 국한되지 않습니다.

- 본 플랜에 따라 보장되는 고용주와 Health Net 간의 계약이 종료되는 경우
- Health Net의 서비스 지역 내에 거주하거나 근무하는 것을 중단한 경우
- 더 이상 본 플랜에 따라 보장되는 고용주와 근무하지 않을 경우

유책 사유로 인한 종료

본 Health Net 플랜에 따른 혜택 보장은 다음을 포함하여 사기를 구성하는 행위나 관행을 행한 가입자에 대해 또는 다음을 포함하는 계약 조건에 따른 사실을 의도적으로 허위 진술하는 경우에 대해 30일 전까지 서면 통지를 발송하여 정당한 사유로 종료될 수 있습니다.

- 본인 또는 가족 구성원에 관한 가입 자격 정보를 허위 진술한 경우
- 유효하지 않은 처방전 혹은 의사 지시서를 제시한 경우

- Health Net 가입자 ID 카드를 오용(또는 타인이 사용하도록 함)한 경우
- 귀하의 가입 자격 혹은 혜택에 영향을 줄 수 있는 가족 상태의 변경에 대해 당사에 통지하지 않은 경우

당사는 형사상의 사기 및 기타 불법 행위에 대해 처벌을 위해 당국에 신고할 수 있습니다.

종료에 대해 이의를 신청하는 방법

귀하는 보장이 부적절하게 종료되었거나 갱신되지 않았다고 생각되면 불편 사항을 제기할 권리가 있습니다. 불만 제기는 고충 처리 또는 이의 제기라고도 합니다. Health Net의 보장 종료 결정에 이의를 신청하는 방법에 관한 내용은 "당사 플랜에 동의하지 않을 경우" 섹션을 참조하시기 바랍니다.

귀하의 혜택 보장이 가입 비용 미납 이외의 다른 이유로 인해 종료되고 귀하가 불만 사항을 제출할 때 혜택 보장이 계속해서 유효한 경우, Health Net은 해당 가입 비용을 수령하는 것을 조건으로 심사 절차가 끝날 때까지 귀하의 혜택 보장을 계속 제공합니다. 또한 심사 절차 중 보장이 계속 유지되는 동안 받은 모든 서비스와 용품에 대해 귀하는 해당 공제액 및 코페이먼트를 계속 지불해야 합니다.

심사 요청 제출 시 귀하의 혜택 보장이 이미 종료된 경우 Health Net은 귀하의 혜택 보장을 계속 제공하지 않아도 됩니다. 하지만 "당사 플랜에 동의하지 않을 경우" 섹션에서 설명된 불편 사항 처리 절차를 이행함으로써 Health Net의 보장 종료 결정에 대한 심사를 요청하실 수 있습니다.



위의 활동에 연관된 사람이 가입된 직원인 경우, 본 플랜에 따른 보장은 보장 대상 가족 구성원에 대해서도 종료됩니다.

당사 플랜에 동의하지 않을 경우

아래에 설명된 대로 본 제목 아래에 인용된 조항은 본 공개 양식에 따라 보장되는 서비스 및 용품에 적용됩니다. California 보건 관리부(California Department of Managed Health Care)에서는 의료 서비스 플랜을 관리하고 있습니다.

Health Net에 대한 고충 사항이 있으시면 보건 관리부에 연락하시기 전에 먼저 뒤표지에 기재된 전화번호로 Health Net에 문의하여 해당 플랜의 고충 사항 처리 절차를 이용해 주십시오. 이러한 고충 처리 절차를 활용해도 귀하에게 적용되는 잠재적 법적 권리나 구제책이 금지되지는 않습니다. 응급 상황이 관련된 고충 처리, Health Net에 의해 만족스럽게 해결되지 않은 고충 처리, 30일 이상 해결되지 않고 있는 고충 처리에 대해 도움이 필요하신 경우, 보건 관리부에 연락해 도움을 요청하실 수 있습니다.

또한 귀하는 독립 의료 심사(IMR)의 자격이 있을 수도 있습니다. IMR의 자격이 있는 경우, 제안된 서비스 또는 치료의 의학적 필요성, 실험적 또는 연구적 특성을 지닌 치료에 대한 보장 결정 및 응급/긴급 의료 서비스에 대한 지불 분쟁과 관련하여 건강 보험에서 내린 의학적 결정에 대해 IMR 절차에 의한 공정한 심사를 받게 됩니다. 보건 관리부에는 수신자 부담 전화번호(**1-888-466-2219**) 및 청각 및 언어 장애를 가진 분들을 위한 **TDD 회선(1-877-688-9891)**도 마련되어 있습니다. 보건 관리부의 웹사이트 <http://www.dmhc.ca.gov>에서 불편 사항 양식, IMR 신청서 양식, 작성 요강을 찾아보실 수 있습니다.

가입자 고충 처리 및 이의 신청 절차

받은 의료 품질이 만족스럽지 않거나 서비스 혹은 클레임이 부적절하게 거부되었다고 생각되면 고충 사항 혹은 이의 신청을 제기하실 수 있습니다.

고충 사항 또는 이의 신청 방법

뒤표지에 기재된 전화번호로 고객 서비스 센터에 문의하시거나 Health Net 웹사이트인 www.healthnet.com을 통해 가입자 고충 처리 양식을 제출하실 수 있습니다.

다음 주소로 편지를 보낼 수도 있습니다.

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

Health Net ID 카드에 있는 모든 정보와 함께 우려 사항 또는 문제의 세부 내용을 기입해 주십시오.

Health Net은 5일 이내로 귀하의 불만 사항 혹은 이의제기가 접수되었음을 알려 드립니다. 또한 불만 사항이 접수된 지 30일 이내에 해당 내용을 심사하여 당사 결정을 서면으로 알려 드립니다. 중증 통증 혹은 사망, 사지 절단 또는 주요 신체 기능 상실의 잠재적 가능성을 포함해 귀하의 건강에 즉각적이고 심각한 위험이 있는 상태인 경우, Health Net은 고충 처리의 상태에 대해 모든 필요한 정보가 접수된 날로부터 3일 안에 통보합니다. 긴급 고충 처리의 경우, Health Net은 보건 관리부에 연락할 권리에 대해 즉시 통보합니다. 긴급 고충 처리의 심사를 보건 관리부에 신청하시기 전에 Health Net의 고충 사항 처리 절차에 참여해야 한다는 요건은 없습니다.



또한 본 플랜에 따라 보장 및 지불을 받을 자격이 있는 의료 서비스를 Health Net 또는 계약을 맺은 공급자가 부적절하게 거부, 변경 혹은 지연했다고 생각되면, 보건 관리부에 분쟁이 발생한 의료 서비스에 대한 독립 의료 심사를 요청하실 수 있습니다.

Health Net 이 의학적 필요성 부족으로 인한 거부에 대해 귀하가 제기한 이의 신청을 거부하거나 실험적 또는 연구적 목적의 의약품, 기구, 시술 또는 요법과 관련해 요청한 치료에 대한 보장을 거부하거나 지연하는 경우에도, 귀하는 본 플랜의 EOC에 명시된 자격 기준에 부합할 경우 Health Net의 결정에 대해 보건 관리부에 독립 의료 심사를 요청하실 수 있습니다.

중재

고충 처리 청문회와 이의 신청 과정의 결과에 만족하지 못한 경우, 해당 문제를 강제 중재에 제출하실 수 있습니다. Health Net은 의료 사고 등의 분쟁을 해결하기 위해 강제 중재를 이용합니다. Health Net에 가입하면 배심원 혹은 법정 재판 대신 분쟁을 중재에 회부하는 데 동의하는 것입니다.

추가 플랜 혜택 정보

다음 플랜 혜택은 귀하의 플랜에서 이용 가능한 혜택을 보여줍니다. 코페이먼트, 서비스 예외 및 제한 사항에 대한 자세한 내용은 본 플랜의 EOC를 참조해 주십시오.

행동 건강 서비스

뒤표지에 기재된 전화번호로 Health Net 고객 서비스 센터에 문의해 주십시오. Health Net은 귀하 거주지 혹은 직장 근처에 있으면서 귀하가 진료 예약을 할 수 있는 네트워크 내 참여 정신 건강 전문가, 참여 독립 의사 또는 서브 계약을 체결한 공급자 협회를 찾는 데 도움을 드릴 것입니다.

정신 건강 및 약물 사용 장애에 대한 특정 서비스 및 용품을 보장받으려면 Health Net의 사전 승인이 필요할 수도 있습니다.

Health Net의 사전 승인이 필요한 항목을 포함하여 정신 건강 및 약물 사용 장애 서비스 및 용품에 대한 자세한 설명은 본 플랜의 EOC를 참조하시기 바랍니다.

신규 가입자에 대한 치료 서비스 전환

Health Net 가입 시 Health Net과 제휴하지 않은 공급자로부터 급성, 중증 또는 만성 정신 건강 또는 약물 사용 장애에 대해 지속적인 치료를 받고 있는 경우, 당사는 일시적으로 해당 공급자가 제공하는 서비스를 보장할 수 있습니다. 단, 해당 코페이먼트와 본 플랜의 다른 예외 및 제한 사항이 적용될 수 있습니다.

귀하의 비참여 정신 건강 전문가는 Health Net의 표준 정신 건강 공급자 계약 조건을 수락해야 하며 본 플랜의 서비스 지역에 위치해 있어야 합니다.

지속적인 치료를 요청하시려면, 지속적인 치료 요청서를 작성하셔야 합니다. 지속적인 치료를 요청하는 방법에 대한 추가 정보를 원하시거나 지속적인 치료 요청서 또는 당사의 지속적인 치료 정책 사본을 요청하시려면, 뒤표지에 있는 전화번호로 Health Net 고객 서비스 센터에 문의해 주십시오.

정신 건강 및 약물 사용 장애

정신 건강 및 약물 사용 장애란 국제 질병 분류(International Classification of Diseases) 최신 개정판의 정신 및 행동 장애 장애 수록된 진단 범주 중 하나에 해당하거나 **정신 장애의 진단 및 통계 설명서(Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders)** 최신판에 수록된 정신 건강 상태 또는 약물 사용 장애를 의미합니다. 미국 정신과 협회(American Psychiatric Association)의 **정신 장애의 진단 및 통계 설명서(Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders)** 또는 세계 보건 기구(World Health Organization)의 질병 및 관련 건강 문제에 대한 국제 통계 분류(International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems)의 향후 개정판에서 정신 건강 및 약물 사용 장애의 용어, 조직, 분류에 변경이 있더라도, 관련 임상 전문 분야에서 의료 행위를 하는 의료 공급자가 정신 건강 또는 약물 사용 장애로 일반적으로 이해하는 한 이 정의에 따라 보장되는 질환에 영향을 미치지 않습니다.

지속적인 치료

정신 건강 또는 약물 사용 장애에 대한 치료를 받고 있을 경우 Health Net ID 카드에 기재된 전화번호로 문의하시면 해당 진료를 네트워크 공급자로 변경하는 데 도움을 받으실 수 있습니다.

보장 대상

보장 서비스와 코페이먼트에 대한 설명은 SBC를 참조하시기 바랍니다.

비보장 대상(예외 및 제한 사항)

정신 건강 및 약물 사용 장애의 치료를 위한 서비스 또는 용품에는 본 플랜의 일반적인 예외 및 제한 사항이 적용됩니다. 본 플랜에서 보장하지 않는 항목의 목록은 본 공개 양식의 "보장 제한 사항" 섹션을 참조하시기 바랍니다.

이 문서는 요약서일 뿐입니다. 보장의 정확한 약관을 알아보려면 본 플랜의 EOC를 참조하시기 바랍니다.

처방약 프로그램

Health Net은 California 주 소재 다수의 주요 약국 체인, 슈퍼마켓 기반 약국, 개인 소유 동네 약국과 계약을 맺고 있습니다. 참여 약국의 전체 최신 목록은 당사 웹 사이트 www.healthnet.com을 참조하시거나 뒤표지에 기재된 전화번호로 Health Net 고객 서비스 센터에 문의해 주십시오.

HEALTH NET 필수 처방약 목록

본 플랜은 필수 처방약 목록을 사용합니다. Health Net 필수 처방약 목록(또는 처방집 또는 목록)은 질병과 증상에 대해 보장되는 승인된 약물 목록입니다. Health Net 가입자를 위한 가장 안전하고 효과적인 약물을 식별하는 한편 저렴한 약국 혜택을 유지하기 위해 개발되었습니다.

특히 Health Net과 계약을 맺은 모든 PCP와 전문의에게 Health Net 가입자인 환자를 위한 의약품 선택할 때 이 필수 처방약 목록을 참조할 것을 권장합니다. 이로써 담당 의사가 필수 처방약 목록에 등재된 의약품을 처방할 때 높은 가치의 고품질 의약품을 받으실 수 있습니다.

필수 처방약 목록은 Health Net의 약국 및 치료제(Pharmacy and Therapeutics, P&T) 위원회의 결정에 따라 정기적으로 갱신됩니다. 이 위원회의 구성원은 다양한 의료 전문 분야에서 현재 진료 활동을 하고 있는 의사와 임상 약사입니다. 투표권을 행사하는 가입자는 경험, 지식, 전문성에 기초하여 California 주 전반에 걸쳐 계약 의사 그룹에서 모집됩니다. 또한 P&T 위원회는 추가 의견을 위원회에 제공하기 위해 기타 의료 전문가들과의 상담을 자주 진행합니다. 필수 처방약 목록과 의약품 사용 지침서는 새 임상 정보와 새 의약품이 이용 가능할 때마다 갱신됩니다. P&T 위원회는 필수 처방약 목록을 최신 상태로 유지하기 위해 다음을 통해 임상 효과, 안전성 및 전반적인 가치를 평가합니다.

- 의학 및 과학 출판물
- 관련 활용 경험
- 의사 권장 사항

Health Net의 최신 필수 처방약 목록의 사본을 받아 보시려면 당사 웹 사이트

www.healthnet.com을 참조하시거나 뒤표지에 기재된 전화번호로 Health Net 고객 서비스 센터에 문의해 주십시오. 필수 처방약 목록을 검색하여 특정 의약품의 보장 여부를 확인할 수 있습니다.

"사전 승인"이란 무엇인가요?

일부 의약품의 경우 사전 승인이 필요합니다. 사전 승인은 귀하의 의사가 Health Net에 사전에 연락하여 해당 약물을 처방하는 의학적 사유를 밝혀야 한다는 것을 의미합니다. 당사 웹 사이트 www.healthnet.com을 참조하시거나 뒤표지에 기재된 전화번호로 Health Net 고객 서비스 센터에 문의하시면 사전 승인이 필요한 의약품 목록을 받아 보실 수 있습니다.

사전 승인 요청 방법

사전 승인 요청은 온라인, 전화 또는 팩스로 제출하실 수 있습니다. 의사의 사전 승인 요청이 접수되면 Health Net은 제출된 정보를 평가하고 특정 약물에 대해 수립된 임상 기준에 따라 결정을 내립니다. 사전 승인에 사용되는 기준은 Health Net P&T 위원회 뿐만 아니라 의사, 전문의, 전문가의 의견에 따라 수립됩니다. 귀하의 의사는 Health Net에 연락하여 특정 약물에 대한 사용 지침을 받을 수 있습니다.

Health Net이 승인을 거부하면 구체적인 거부 사유가 포함된 서면 통신문을 받게 됩니다. 이 결정에 동의할 수 없는 경우, 이의 신청을하실 수 있습니다.

이의 신청은 서면, 전화 또는 이메일을 통해 제출하실 수 있습니다. 당사는 거부 통지서 날짜로부터 365일 이내에 이의 신청을 받아야 합니다. 이의 신청 권리에 대한 자세한 내용은 본 플랜의 EOC를 참조해 주십시오.

이의 신청을 제기하려면:

- 뒤표지에 기재된 전화번호로 Health Net 고객 서비스 센터에 문의해 주십시오.
- 고객 서비스 센터에 이메일을 보내는 것에 대해서는 www.healthnet.com을 참조해 주십시오.
또는
- 다음 주소로 서신을 보내 주십시오.

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

우편 의약품을 통한 처방 프로그램

유지약(장기간 복용할 의약품)에 대한 처방인 경우, 당사의 편리한 우편 의약품을 통한 처방 프로그램을 통해 조제를 받을 수 있습니다. 이 프로그램을 이용하면 당사 네트워크 우편 주문 약국에서 최대 연속 90일분의 유지약을 받으실 수 있습니다. 전체 내용은 www.healthnet.com을 참조하시거나 뒤표지에 기재된 전화번호로 Health Net 고객 서비스 센터에 문의해 주십시오.



4군 의약품(특수 의약품) 및 표II 마약성 의약품(연방 마약 단속국에서 남용 위험성이 높은 것으로 분류한 의약품)은 우편 주문을 통해 보장되지 않습니다.

보장 대상

보장 서비스와 코페이먼트에 대한 설명은 SBC를 참조하시기 바랍니다.

본 플랜은 다음을 보장합니다.

- 1군 의약품 - 필수 처방약 목록에 1군으로 기재된 의약품으로, 보장에서 제외되지 않는 의약품(대부분의 복제약 및 일부 저가 선호 유명 상표약 포함)
- 2군 의약품 - 필수 처방약 목록에 2군으로 기재된 의약품으로, 보장에서 제외되지 않는 의약품(비선호 복제약, 선호 유명 상표약, 안전성, 효능, 비용에 근거하여 Health Net 약국 및 치료 위원회가 권장하는 기타 의약품 포함)
- 3군 의약품 - 필수 처방약 목록에 3군으로 기재된 의약품(비선호 유명 상표약 또는 안전성, 효능, 비용에 근거하여 Health Net 약국 및 치료 위원회가 권장하거나 일반적으로 더 낮은 군에서 선호되고 종종 비용이 덜 드는 치료 대안이 있는 의약품 포함)
- 4군 의약품(특수 의약품) - 필수 처방약 목록에 4군 의약품(특수 의약품)으로 기재된 의약품(생물학적 제제인 의약품, 미국 보건복지부의 식품 의약품 또는 제조업체가 특수 약국을 통해 유통하도록 요구하는 의약품, 가입자가 자가 투여를 위한 특별한 교육 또는 임상 모니터링을 받아야 하는 의약품, Health Net이 1개월 복용량에 대해 600달러(\$600) 이상을 부담해야 하는 의약품 포함)
- 예방약 및 피임제

당사가 보장하는 의약품에 관한 추가 정보

- 처방약 보장 비용은 Health Net과 계약한 약국의 요율 또는 보장되는 처방약에 대한 해당 약국의 소매 가격 중 더 저렴한 비용입니다.
- 처방약 공제액(달력 연도 기준 가입자당)이 적용되는 경우, Health Net에서 지불을 시작하기 전에 처방약 보장 비용에 대해 이 금액을 지불하셔야 합니다. 당뇨병 용품, 예방약 및 피임제는 공제액 적용 대상이 아닙니다. 공제액이 충족된 후에는 코페이먼트 금액이 적용됩니다.
- 처방약 재조제는 한 번의 코페이먼트로 Health Net 계약 약국에서 처방당 최대 연속 30일 복용량까지 보장됩니다. 각 처방전마다 코페이먼트를 지불해야 합니다. 일부의 경우 의약품의 연속 30일 복용량은 미 식품 의약국(FDA) 또는 Health Net의 이용 지침에 따른 적절한 의약품 치료 계획이 아닐 수 있습니다. 이 경우, 조제되는 약물의 양은 연속 30일 복용량 미만일 수 있습니다.
- 백분율 코페이먼트는 Health Net과 계약한 약국 요율을 기준으로 합니다.
- 우편 주문 의약품은 최대 90일분까지 보장됩니다. 소매 약국 코페이먼트가 백분율일 경우, 우편 주문 코페이먼트는 소매 약국 코페이먼트와 동일한 Health Net 비용의 백분율입니다.
- 천식 치료용 처방약은 필수 처방약 목록에 명시된 바와 같이 보장됩니다. 흡입 보조기, 최대 호기량 검사기는 의학적으로 필요한 경우 약국 혜택을 통해 보장됩니다. 천식 치료용 연무기(안면 마스크 및 튜빙 포함)는 "내구성 의료 장비"에 따라 보장되고 천식 관리를 위한 교육 프로그램은 의료 혜택을 통해 "환자 교육"에 따라 보장됩니다.
- 금연 의약품을 포함한 예방 의약품은 미국 예방 의학 특별 위원회 A 및 B 권장 사항에 따른 예방 의학 목적으로 사용되는 처방 일반의약품 또는 처방약입니다. FDA 승인을 받은 모든 금연 치료제에는 치료 과정의 일수에 대한 연간 한도가 적용되지 않습니다. 보장되는 피임제는 비처방약으로 구입할 수 있거나 처방전이 있어야만 구입할 수 있는 FDA 승인 피임제입니다. 질, 경구, 경피 및 응급 피임제와 콘돔은 이 약국 혜택에 따라 보장됩니다. 삽입, 주입 가능한 피임제인 IUD는 의사가 투여할 경우 의료 혜택에 따라 보장됩니다. 자세한 내용은 본 플랜의 EOC를 참조해 주십시오.
- 당뇨병 용품(혈당 검사 용지, 란셋, 바늘 및 주사기)은 50, 100, 200개 단위 패키지로 포장됩니다. 패키지는 "나눌" 수 없습니다. 즉 이미 포장된 것 이외의 다른 수량으로 제품을 나누기 위해 개봉할 수 없습니다. 처방전 조제 시 최대 30일 동안 담당 의사가 처방한 횟수만큼 검사하는 데 필요한 패키지의 크기 및/또는 패키지 수량을 받게 됩니다.
- 혈우병 치료제를 포함한 자가 주사제(인슐린 제외) 및 이러한 자가 주사제에 사용되는 바늘과 주사기는 4군 의약품(특수 의약품)에 포함되며, 사전 승인을 받아야 하고 Health Net과 계약을 맺은 특수 약국 업체를 통해 구입해야 합니다. 귀하의 PCP 또는 치료 의사가 승인을 조율하고, 승인을 받는 즉시 특수 약국 업체가 해당 의약품, 바늘 및 주사기의 조제를 준비하게 됩니다. 특수 약국 업체는 약물 배송 조율을 위해 귀하에게 직접 연락할 수 있습니다.
- 4군 의약품(특수 의약품)은 필수 처방약 목록에 "SP"로 표시되어 있으며 Health Net의 사전 승인을 받아야 합니다. 당사는 특수 약국 업체를 통해 4군 의약품(특수 의약품)을 구입하도록 요구할 수 있습니다. 4군 의약품(특수 의약품)은 우편 주문으로 이용할 수 없습니다. 추가 내용은 본 플랜의 EOC를 참조하시기 바랍니다.

비보장 대상(예외 및 제한 사항)

약국 서비스에서 제외되는 서비스 또는 용품은 귀하 플랜의 의료 혜택에 따라 보장될 수 있습니다. 처방약 혜택에는 아래 수록된 예외 및 제한 사항 외에도 해당 플랜의 일반 예외 및 제한 사항이 적용됩니다. 자세한 내용은 본 플랜의 EOC를 참조해 주십시오.

- 알레르기 혈청은 의료 혜택으로 보장됩니다.
- 기구에 대한 보장은 FDA 승인 질 피임 기구, 최대 호기량 검사기, 흡입 보조기, 당뇨병 용품으로 제한됩니다. 다른 기구들은 참여 의사가 처방했다라도 보장되지 않습니다.
- 비만 치료를 위해 처방된 의약품은 병적 비만 치료를 위해 의학적으로 필요한 경우 혹은 Health Net 사전 승인 보장 요건에 부합하는 경우에 보장됩니다. 그러한 경우, 해당 의약품은 Health Net의 사전 승인을 받아야 합니다.
- 의사 또는 의사 직원이 투여하는 약 혹은 의약품.
- 정기 치과 치료를 위해 처방된 약.
- 일반 감기 기간을 단축하기 위해 처방된 약.
- 성 기능 장애 치료에 의학적으로 필요한 경우 의약품(주사 약물 포함)은 30일 기간 중 최대 8회 투여로 제한됩니다. 성 기능 장애 약품은 우편 주문 프로그램으로 구입할 수 없습니다.
- 실험적 의약품("주의 - 연방법에 의해 연구용으로만 제한됨"이라는 라벨이 부착된 의약품). 의약품이 연구적 또는 실험적이란 이유로 해당 의약품의 보장이 거부된 경우, 귀하에게는 독립 의료 심사를 받을 권리가 있습니다. 자세한 내용은 본 공개 양식의 "당사 플랜에 동의하지 않을 경우" 섹션을 참조해 주십시오.
- 인슐린 주사바늘 및 주사기와 특정 상표의 펜 기구를 제외한 피하 주사바늘 또는 주사기.
- 면역제, 주사(인슐린 제외), 외과적 이식을 위한 약, 생물학적 혈청, 혈액, 혈액 유도체 또는 처방전을 통해 구입한 혈장.
- 플라스틱, 단위 투여량 또는 호일 포장으로 조제되는 개별 의약품 용량(의학적으로 필요하거나 그러한 형태로만 이용 가능한 경우는 제외함).
- 수량, 용량, 치료 기간의 제한이 일부 의약품에 적용될 수 있습니다. "필요에 따른" 기준으로 복용하는 약물에는 특정 수량, 기본 패키지, 물약병, 앰플, 튜브, 기타 표준 단위에 따른 코페이먼트가 있을 수 있습니다. 그러한 경우 조제되는 약물 양은 30일분 미만일 수 있습니다. 의학적으로 필요한 경우, 귀하의 의사는 Health Net에 대량 수량을 요청할 수 있습니다.
- 처방 없이 구입할 수 있는 의료 장비 및 용품(인슐린 포함)은 당뇨병 관리와 치료를 위해 의사가 처방하거나 미국 예방 의학 특별 위원회 A 및 B 권장 사항에 따른 예방 목적 또는 FDA가 승인한 피임 목적으로 의사가 처방한 경우 보장됩니다. 처방전 없이 구입할 수 있는 기타 처방약, 의료 장비 또는 용품은 그러한 약, 장비 또는 용품에 대해 의사가 처방전을 발급한 경우에도 보장되지 않습니다. 하지만 더 높은 용량의 처방약 또는 일반 의약품(OTC)을 처방을 받은 경우에만 구입할 수 있는 경우, 이와 같은 더 높은 용량의 약물이 보장됩니다.
- 응급 상황 또는 긴급 진료 상황을 제외하고 Health Net 약국 네트워크에 속해 있지 않거나 California 주에 소재하지 않은 약국에서 조제받은 처방약.

- 가입자 의사 또는 승인된 전문의가 아닌 의사가 처방한 처방약은 해당 의사의 서비스가 승인되었거나 의료 응급상황, 질병 혹은 부상으로 인하거나 긴급하게 필요한 진료이거나 또는 구체적으로 명시된 경우를 제외하고는 보장되지 않습니다.
- 의약품을 소유한 후 분실, 도난 또는 손상된 의약품의 교체는 보장되지 않습니다.
- FDA 또는 Health Net이 표시한 권장 사용 용량을 초과한 처방약의 복용량은 의학적으로 필요하고 Health Net의 사전 승인을 받지 않은 한 보장되지 않습니다. FDA의 승인을 받지 않은 의약품은 보장되지 않습니다. 단, 본 플랜의 EOC에서 설명된 경우는 제외됩니다.
- 본 플랜에서 보장하지 않는 상태 또는 치료에 대해 처방된 약품은 보장되지 않습니다. 단, 본 플랜은 비보장 서비스의 비정기 합병증으로 인해 유발된 의료 질환에 대한 의약품은 보장합니다.

이 문서는 요약서일 뿐입니다. 보장의 정확한 약관을 알아보려면 본 플랜의 EOC를 참조하시기 바랍니다.

침술 치료 프로그램

Health Net은 일반적으로 구토 치료 또는 만성 통증 치료를 위한 종합적인 통증 관리 프로그램의 일부로만 제공되는 침술 서비스를 제공합니다. Health Net은 저렴한 가격에 양질의 침술 치료 보장을 제공하기 위해 American Specialty Health Plans of California, Inc.(ASH Plans)와 협력 관계를 맺어 고품질의 저렴한 침술 보장을 제공합니다. 물론 언제든지 담당 PCP와 상의하실 수 있지만 계약 침술사의 진료를 받는 데 진료 의뢰가 필요한 것은 아닙니다.

이 프로그램에서는 ASH Plans 계약 침술사 명부에 있는 계약 침술사에게 자가 진료 의뢰하여 치료를 받으실 수 있습니다. 모든 보장 서비스는 ASH Plans의 사전 승인이 필요하지만 다음의 경우는 예외입니다.

- 전문적으로 인정되는 의료 행위 기준에 부합되는 범위 내에서 계약 침술사에 의한 신규 환자 검진 및 신규 환자 검진에서 의학적으로 필요한 보장 침술 서비스의 제공 또는 개시.

ASH Plans가 치료 계획을 승인하는 경우, 치료 계획에 따라 보장되는 후속 진료소 방문에 대한 승인된 서비스에는 해당 승인된 서비스뿐만 아니라, 계약 침술사가 필요하다고 간주하는 경우 ASH Plans의 추가 승인 없이 후속 진료소 방문 시마다 실시되는 재검사도 포함됩니다.

비보장 대상(예외 및 제한 사항)

침술 치료 프로그램에서 제외되는 서비스 또는 용품은 귀하 플랜의 의료 혜택 부분에서 보장될 수 있습니다. 자세한 내용은 본 플랜의 EOC를 참조해 주십시오.

- 진단 스캐닝, MRI, CAT 스캔 또는 체열 촬영술.
- X-레이, 임상병리실 검사, X-레이 2차 소견.
- 최면 요법, 행동 훈련, 수면 요법, 체중 프로그램, 교육 프로그램, 자가 치료 용품 또는 서비스 또는 신체 운동 트레이닝.
- 실험적 또는 조사적 목적으로 분류되는 물리 치료 서비스.

- 실험적 또는 조사적 목적의 침술 서비스. 비연구적 목적의 침술 서비스로, 침술 공급자 커뮤니티 내에서 전문적으로 인정된 의료 행위 기준에 부합되는 침술 서비스만 보장 대상입니다. 실험적 또는 연구적 목적인지 여부는 ASH Plans가 결정합니다.
- 병원 입원 및 관련 서비스에 대한 비용.
- 마취 비용.
- ASH Plans가 승인하지 않았거나 승인이 필요한 경우 계약 침술사가 제공하지 않은 치료 또는 서비스, 계약 침술사가 제공하지 않은 치료(ASH Plans가 승인한 비계약 침술사에게 진료 의뢰하는 경우 제외).
- California에서 면허 소지 침술사의 면허 범위 내에 해당되는 서비스에 한해 보장이 적용됩니다.

이 문서는 요약서일 뿐입니다. 보장의 정확한 약관을 알아보려면 본 플랜의 EOC를 참조하시기 바랍니다.

소아 시력 진료 프로그램

소아 시력 서비스 혜택은 Health Net에서 제공합니다. Health Net은 소아 시력 서비스 혜택을 주관하도록 Envolv Vision, Inc.와 계약을 체결했습니다.

소아 시력 서비스는 환자가 만 19세가 되는 달의 말일까지 보장됩니다.

보장 대상

소아 시력 서비스 및 용품은 아래 설명된 대로 보장받으려면 참여 시력 공급자가 제공해야 합니다. 참여 안경류 판매점을 찾아보시려면, 1-866-392-6058번으로 Health Net Vision Program에 연락하시거나 당사 웹 사이트 www.healthnet.com을 참조해 주십시오.

안경류 추가료

전문가 서비스	귀하의 지불금
의학적으로 필요하여 실시하는 팽창제 사용 정기 안구 검사.....	\$0
콘택트렌즈 검사	
일반 콘택트렌즈 시험 착용 및 후속 조치.....	\$0*
프리미엄 콘택트렌즈 시험 착용 및 후속 조치.....	\$0*

제한 사항:

- * 전문적으로 인정되는 의료 행위 기준에 따라, 본 플랜은 12개월마다 시력 검사 1회를 보장합니다.

용품(안경테 및 렌즈 포함)	귀하의 지불금
공급자 선택 안경테(12개월마다 1개)	\$0
표준 플라스틱 안경 렌즈(12개월마다 한 쌍)	\$0
• 단일시, 이중 초점, 삼중 초점, 수정체	
• 유리 또는 플라스틱	

다음에 포함된 선택적 렌즈 및 치료:..... \$0

- 자외선 처리
- 틸트(패션, 그레이디언트 및 글라스-그레이)
- 표준 플라스틱 스크래치 코팅
- 표준 폴리카보네이트
- 광변색 렌즈/변색 플라스틱 렌즈
- 표준 반사 방지 코팅
- 편광화
- 표준 다중 초점 렌즈
- 하이인덱스 렌즈
- 혼합 세그먼트 렌즈
- 중간 거리 시력 렌즈
- 셀렉트 또는 울트라 다중 초점 렌즈

프리미엄 다중 초점 렌즈 \$0

공급자 선택 콘택트렌즈(안경 렌즈 대신)..... \$0

- 장기 착용 일회용품: 월 단위 또는 2주 단위 1회용품 최대 6개월 분량, 단일시 구체 또는 원환체 콘택트렌즈
- 일 단위 착용/1회용품: 일 단위 1회용품 최대 3개월 분량, 단일시 구체 콘택트렌즈
- 일반용: 공급자 지정 콘택트렌즈 중 한 쌍
- 의학적으로 필요해야 함

의학적으로 필요한 콘택트렌즈

의학적으로 필요한 콘택트렌즈의 보장에는 의학적 필요성 및 해당하는 모든 예외 및 제한사항이 적용됩니다. 다음 증상 중 하나에 대해 진단을 받은 경우, 콘택트렌즈가 의학적으로 필요하다고 정의합니다.

- 메리디언 파워로 -10D 또는 +10D를 초과하는 고굴절
- 메리디언 파워로 3D 굴절
- 표준 안경 렌즈를 착용한 경우 가입자의 한쪽 또는 양쪽 눈의 시력을 20/25로 교정할 수 없는 원추 각막
- 시각 교정 표준 안경 렌즈와 비교했을 때 시력 검사표에서 두 줄의 시력 교정이 가능한 시력 개선

비보장 대상(예외 및 제한 사항)

시력 진료 프로그램에서 제외되는 서비스 또는 용품은 귀하 플랜의 의료 혜택 부분에서 보장될 수 있습니다. 자세한 내용은 본 플랜의 EOC를 참조해 주십시오.

위에 기술된 제한 사항 이외에 본 플랜은 다음 사항도 보장하지 않습니다.

- 참여 시각 의료 제공자가 아닌 의료 제공자가 제공하는 서비스 및 용품은 보장되지 않습니다.
- Health Net이 의료적으로 필요하지 않은 것으로 결정하는 서비스 및 용품에 대한 비용은 제외 대상입니다. 팽창제 사용 정기 안구 검사는 매년 1회에 한해 보장되며 의료적 필요성 기준의 적용 대상이 아닙니다.
- 플라노(비처방) 렌즈는 제외됩니다.
- 콘택트렌즈 처방에 대한 보장에는 의학적 필요성 및 해당하는 모든 예외 및 제한 사항이 적용됩니다. 보장 대상인 경우, 콘택트렌즈에는 본 시력 혜택에 따라 안경 렌즈와 동일한 간격으로 보장이 적용됩니다. 이러한 콘택트 렌즈는 모든 안경 렌즈와 안경테를 대신합니다.
- 병원에서 받은 모든 시각 서비스, 눈에 대한 의료 또는 외과 수술적 치료에 대한 병원 및 의료 비용은 보장되지 않습니다.
- 이중초점 렌즈를 대신하는 두 번째 안경은 기본 혜택에서 제외됩니다. 하지만 Health Net 참여 시력 공급자는 최초 혜택이 소진되고 나면 두 번째 구입분에 대해서는 정상 가격에서 최대 40%까지 할인 혜택을 제공합니다.

지불 책임

Health Net과 제휴 관계가 없는 의료 공급자를 선택하는 경우, 시력 검사, 안경 또는 콘택트렌즈 비용을 본인이 부담해야 합니다.

또한 비용 보장 범위를 초과하는 렌즈, 안경테 또는 콘택트렌즈를 선택하시는 경우, 제휴 제공자를 이용하더라도 추가 비용을 부담해야만 합니다. Health Net은 근로자 상해 보험의 보장 대상이거나 직업병에 관한 법에 따라 요구되는 시력 및 안경류 서비스에 대해 환급을 요청합니다.

이 문서는 요약서일 뿐입니다. 보장의 정확한 약관을 알아보려면 본 플랜의 EOC를 참조하시기 바랍니다.

소아 치과 서비스

다음의 모든 서비스는 선택한 Health Net 참여 일차 치과 공급자가 제공해야 보장받을 수 있습니다. 보장 대상 소아 치과 서비스에 대한 제한 사항은 이 섹션의 뒷부분에 "소아 치과 치료 프로그램 예외 및 제한 사항"을 참조해 주십시오.

소아 치과 서비스는 환자가 만 19세가 되는 달의 말일까지 보장됩니다.

치과 주치의 선택 방법

등록자는 본인과 가입된 가족 가입자를 위해 **참여 치과 의사 명부**에서 거주 지역에 해당하는 치과 주치의 1명을 선택해야 합니다. 즉, 가입된 가족 가입자는 동일한 치과 주치의를 이용해야 합니다. 참여 치과 공급자 명부를 요청하시려면, Health Net ID 카드에 기재된 전화번호로 고객 서비스 센터에 연락해 주십시오. 각 가입자의 치과 주치의는 해당 가입자의 종합적인 치과 진료를 제공, 지시, 조율할 책임이 있습니다. 가입자는 가입 시 치과 주치의를 선택해야 합니다. 이 선택을 하지 않고 Health Net에 알리지 않는 경우, Health Net에서 등록자의 주 거주지와 가까운 지역에 있는 치과 주치의를 배정해 드립니다. 배정은 가입자의 보장 개시일로부터 31일 이내 또는 전체 가입 정보를 수령한 후 31일 중에서 더 늦은 시점에 이루어집니다.

보장 대상

선택한 치과 주치의로부터 혜택을 받는 경우 아래에 명시된 해당 코페이먼트만 지불하시면 됩니다. 귀하는 클레임을 제출할 필요가 없습니다. Health Net은 조직적이고 비용 효과적인 방식으로 가입자에게 서비스를 제공하기 위해 참여 치과 의사들과 계약을 맺어 치과 서비스를 제공하고 있습니다.

보조 소아 치과 혜택 플랜을 구입하신 경우, 본 플랜에 따라 보장되는 소아 치과 혜택이 먼저 지급되고, 보조 소아 치과 혜택 플랜은 보조 소아 치과 혜택 플랜 보장 문서에 기술된 바에 따라 비보장 서비스 및/또는 비용 분담을 보장합니다.

중요: 본 플랜에 따라 보장되지 않는 치과 서비스를 받기로 선택하면 참여 치과 공급자는 해당 서비스에 대해 귀하에게 통상적인 비용을 청구할 수 있습니다. 혜택이 보장되지 않는 치과 서비스를 환자에게 제공하기 이전에 치과의사는 제공될 각 서비스와 각 서비스의 예상 비용을 포함한 치료 계획을 환자에게 제공해야 합니다. 치과 보장 옵션에 관한 자세한 내용이 필요하시면, Health Net 치과 ID 카드에 기재된 전화번호로 고객 서비스 센터에 문의하시거나 귀하의 보험 중개인에게 문의해 주십시오. 보장 내용을 완벽하게 이해하시려면 EOC 문서를 자세히 살펴보시기 바랍니다.

이러한 소아 치과 플랜 설계의 관리는 소아 치과 서비스의 조기 정기 검진, 진단 및 치료(EPSTD) 혜택에 정의된 바와 같이 의학적으로 필요한 상황에서의 서비스 보장을 포함한 소아 치과 EHB 벤치마크 플랜의 요건을 준수합니다.

소아 치과 혜택 요약

코페이먼트는 서비스 범주에 따라 다릅니다. 보장되는 소아 치과 서비스, 코페이먼트, 혜택 제한 사항 및 예외 규정의 전체 목록은 EOC를 참조해 주십시오.

치과 혜택	귀하의 지불금
진단 및 예방 서비스.....	\$0
구강 검사, 예방 목적 X-레이 및 클리닝, 치아당 실란트, 국소 불소 도포, 간격 유지 장치와 같은 서비스 포함	

복원 시술.....	코페이먼트 \$25~\$310
자연 치아를 건강한 상태로 수복하거나 복원하기 위해 의학적으로 필요한 치과 서비스	
근관 치료.....	코페이먼트 \$20~\$365
치수, 치근관, 뿌리 치료를 포함하는 의학적으로 필요한 치과 서비스	
치주.....	코페이먼트 \$10~\$350
치아를 지지하는 잇몸과 뼈의 치료 및 치은염(잇몸 염증) 및 치주염(잇몸 질환)의 관리를 포함하는 의학적으로 필요한 치과 서비스	
보철 서비스.....	코페이먼트 \$20~\$350
가철성 보철(의치 제거), 고정성 보철(고정 브릿지), 악안면 보철, 임플란트 서비스	
구강 위턱 얼굴 수술.....	코페이먼트 \$30~\$350
발치 및 기타 외과적 시술을 포함하는 의학적으로 필요한 치과 서비스	
부가적인 일반 서비스.....	코페이먼트 \$0~\$210
의학적으로 필요한 치열 교정	\$1,000

교정 혜택

본 치과 플랜에서 보장하는 교정 혜택은 다음과 같습니다. 발치 및 최초 진단 목적 X-레이는 이 비용에 포함되지 않습니다. 교정 치료는 참여 치과 의사가 제공해야 합니다.

교정 치료를 위한 전문의 진료 의뢰

각 가입자의 치과 주치의는 해당 가입자의 혜택 대상인 종합적인 치과 진료를 지시 및 조율하는 책임이 있습니다. 치과 주치의가 교정 치료를 권장하고, 귀하가 본 치과 플랜에 따라 해당 치료에 대해 혜택을 받고자 원하시는 경우, Health Net의 고객 서비스 센터는 참여 교정 전문의 명부에서 참여 교정 전문의를 선택하실 수 있도록 도와 드립니다.

의학적으로 필요한 치과 서비스

의학적으로 필요한 치과 서비스란 전문적으로 인정된 의료 기준에 따라 가입자의 치아, 잇몸, 지지 구조의 치료에 필요하고 적절한 치과 혜택으로,

- 치아의 충치나 질병, 상처의 치료에 필요하거나
- 치아 및 치아의 지지 조직 치료에 필수적인 치과 혜택을 말합니다.

응급 치과 서비스

응급 치과 서비스는 즉각적인 치과 진료가 필요하다고 합리적으로 기대할 수 있는 과도한 출혈, 심한 통증 혹은 급성 감염을 동반한 최근 발병 및 중증도의 치과 상태를 평가하고 안정화하기 위해 치과 진료소, 치과 클리닉 또는 이와 견줄 수 있는 시설에서 시행되는 치과 시술입니다.

선택된 모든 일반 치과 의사는 하루 24시간, 연중무휴 응급 치과 서비스를 제공하며, 귀하가 선택하신 일반 치과 의사로부터 진료를 받으실 것을 권장합니다. 응급 치과 서비스가 필요하시면, 아무 치과 서비스 공급자를 방문하시거나, 가까운 응급실을 방문하시거나, 필요에 따라 911로 전화하여 지원을 받으실 수 있습니다. 응급 치과 서비스에 사전 승인은 필요하지 않습니다.

소아 치과 진료 프로그램 예외 및 제한 사항:

치과 시술 제한 사항

보장되는 치과 시술에는 아래 표시된 제한이 적용됩니다. 보장되는 소아 치과 서비스, 코페이먼트, 혜택 제한 사항 및 예외 규정의 전체 목록은 EOC를 참조해 주십시오.

정기 구강 검사: 6개월마다 1회로 제한됩니다.

구강 예방 서비스(클리닝): 6개월마다 1회로 제한됩니다.

불소 처리: 6개월마다 1회 보장됩니다.

구강 내 방사선 영상: 전체 방사선 영상은 36개월마다 1회로 제한됩니다. 교합 방사선 영상은 6개월에 두 번으로 제한됩니다.

교익형 X-레이: 정기 검사와 연계되어 제공된 교익형 X-레이 촬영은 6개월에 일련의 필름 4매로 제한됩니다. 격리 교익 또는 치근단 주위 필름은 응급 또는 증상 발현 기준으로 허용됩니다.

구강 전체 X-레이: 정기 검사와 연계되어 제공된 구강 전체 X-레이 촬영은 24개월마다 1회로 제한됩니다.

파노라마 필름 X-레이: 36개월마다 1회로 제한됩니다.

치과 실란트 치료: 둘째 어금니 위치를 차지하고 있는 첫째, 둘째, 셋째 영구치 어금니로 제한됩니다.

보철물 교체: 충치 또는 파절의 재발생과 같은 상태처럼 입증되는 결함이 있고 의학적으로 필요한 교체일 때에만 보장됩니다.

크라उन:

기성 크라운 - 유치는 12개월에 한 번 보장됩니다.

기성 크라운 - 영구치는 36개월에 한 번 보장됩니다.

사전 제작된 크라운의 교체는, 유치의 경우 12개월 이내에, 영구치의 경우 36개월내에 필요에 따라 교체될 경우 보장됩니다.

12세 미만 어린이의 경우, 아크릴 크라운과 스테인리스 크라운에만 보험 혜택이 적용됩니다. 다른 종류의 크라운을 선택할 경우, 가입자가 만 12세 미만 아동에 대한 비용 차액을 지불해야 합니다. 보장되는 치과 혜택 수준은 아크릴 크라운 수준입니다.

잇몸 절제술 또는 치은 성형술 및 골 수술: 36개월마다 사분면당 1회로 제한됩니다.

치주(관리 이외): 치주 스케일링, 치근 활택술, 치은하 소파술은 24개월마다 사분면당 1회로 제한됩니다.

치주 관리: 12개월마다 사분면당 1회 보장됩니다.

치과 서비스 예외 및 제한 사항

소아과 치과 서비스에서 제외되는 서비스 또는 용품은 귀하 플랜의 의료 혜택에서 보장을 받을 수 없습니다. 자세한 내용은 본 플랜의 EOC를 참조하시기 바랍니다.

다음은 혜택의 제한 사항에 대한 설명입니다. 단, 본 플랜의 혜택 수가표에 보장 대상 혜택으로 구체적으로 명시되어 있는 경우는 예외로 합니다.

- 진료 치과 의사의 전문적 소견상 (a) 치아 상태나 주변 구조를 근거로 성공적인 결과 및 합리적인 수명에 대한 예후가 나쁜 경우 또는 (b) 치과업계에서 일반적으로 용인되는 표준에 부합하지 않는 시술.
- 임플란트 서비스(D6000-D6199): 임플란트 서비스는 특수 의료 상태가 문서화되고 그 의학적 필요성이 검토될 경우에만 혜택으로 제공됩니다.
- 의학적으로 필요한 치과 교정(D8000-D8999): 의학적으로 필요한 포괄적 치과 교정 치료에 대한 혜택은 장애가 있는 부정교합, 구순열, 안면 성장 관리와 같은 의료 상태 중 하나에 해당되는 가입자에 대해 반드시 Health Net 치과 상담사의 승인을 받아야 합니다. 교정 치료는 질병을 예방하고, 구강 건강을 증진하며, 건강하고 기능적인 구강 구조로 복구하며, 응급 상황을 치료하기 위해 의학적으로 필요한 경우에 보장됩니다.
 - 영구 치열 문제의 경우는 유치가 남아 있는 만 13세 이상의 환자가 아닌 이상, 의학적으로 필요한 장애가 있는 부정교합에 대해서만 고려됩니다. 구순열과 머리얼굴 이상은 유치, 혼합 치열 및 영구치가 있는 치열 문제에 대한 혜택입니다. 머리얼굴 이상은 안면 성장 관리를 이용해 치료됩니다.
 - 치과 교정 치료에 영향을 줄 수 있는 모든 필요한 시술은 치과 교정 치료를 받기 전에 완료되어야 합니다.
 - 치과 교정 시술은 Handicapping Labio-Lingual Deviation(HLD) Index California Modification Score Sheet Form, DC016(06/09)에서 최소 26점의 진단을 받거나 아래 6개의 자동 유자격 상태 중 하나에 해당되거나 전문으로부터 머리얼굴 이상에 대한 공식 서면 진단서를 받았을 경우에만 보험 혜택을 받을 수 있습니다.

자동 유자격 상태는 다음과 같습니다.

- 구개열 변형. 진단용 캐스트에서 구개열이 보이지 않을 경우, 전문의의 공식 진단서를 사전 승인 요청서와 함께 제출해야 합니다.
- 머리 얼굴 이상. 자격을 갖춘 전문의의 공식 진단서를 사전 승인 요청서와 함께 제출해야 합니다.
- 아래 앞니가 입천장의 연조직에 손상을 주는 심한 수직 피개 교합
- 각각의 앞니가 연조직에 손상을 주는 교차 교합
- 9mm 이상의 수평 피개 교합 또는 3.5mm 이상의 역수평 피개 교합
- 중증 외상 편차(예: 화상, 사고로 인한 앞 위턱뼈 부분의 손실 또는 골수염 혹은 기타 육안 병리학적 문제). 외상 또는 병리학적 문제의 서면 설명서를 사전 승인 요청서와 함께 제출해야 합니다.

가입자가 26점 이상을 받지 못하거나 6가지 자동 유자격 상태 중 하나에 부합되지 못하더라도 의학적 필요성이 문서화된 경우, EPSDT-SS(조기 및 정기 검진, 진단 및 치료-보조 서비스)의 예외 적용을 받을 수 있습니다.

- 부가 서비스(D9000-D9999). 부가 서비스는 마취, 전문가 진료 및 상담, 행동 관리, 수술 후 합병증, 교합 가드가 포함됩니다.
 - 완화 치료(통증 완화).
 - 치통 치료를 위한 완화(응급) 치료. 가입자당 하루에 1회로 제한됨.
 - 자택/확대 요양원에서의 호출, 서비스 당일 가입자당 1회.
 - 가입자당 하루 한 명의 제공자에 대해 1회의 병원 혹은 외래 수술 센터 호출.
 - 19세 미만의 가입자에 대한 마취의 경우, 깊은 진정 혹은 일반 마취 서비스는 구강 수술 서비스를 제외하고는 사례별로 사전 승인을 받을 경우에 보장됩니다. 구강 수술 서비스의 경우, 깊은 진정 혹은 일반 마취 서비스에는 사전 승인이 필요하지 않습니다.
 - 영구치가 있는 12~19세 사이의 가입자의 경우, 의료적으로 필요하고 사전 승인을 받은 경우에 교합 가드.
 - 원격 치과 혜택은 12개월에 2회로 제한됩니다. 본 플랜은 12개월에 2회 세션을 초과하는 원격 치과 진료는 보장하지 않습니다.
- 다음 서비스는 진료 치과 의사 또는 Health Net이 의학적으로 필요한 것으로 판단하지 않는 경우 보장되지 않습니다.
 - 턱관절 치료("TMJ"라고도 함).
 - 선택적 치과 시술 및 미용 치과 시술.
 - 균열 또는 탈구 교정을 요하는 구강 수술, 양악 수술 및 순수한 치과 교정 목적의 적출(균열 또는 탈구된(떨어져 나간) 치아에는 적용되지 않습니다).
 - 악성 종양, 낭종, 신생물 또는 선천성 기형 치료.
 - 처방 약물.
 - 일체의 종합 병원 청구액.
 - 전체 또는 부분 의치의 손실 또는 결손.
 - 일체의 임플란트 시술.
 - 일체의 실험적 시술.
 - 전신 마취 또는 정맥/의식 상태 진정제 투여(의료 혜택 섹션에 명시된 경우 제외).
 - 환자의 신체적 또는 행동적 제약 때문에 시행이 불가능한 서비스.
 - 진료 약속을 지키지 않거나 지키지 못하여(24시간 전에 알리지 않는 경우) 발생하는 비용은 가입자의 책임입니다. 단, 다음의 경우 지키지 못한 진료 약속에 대한 코페이먼트가 면제될 수 있습니다. (1) 가입자가 최소 24시간 전에 약속을 취소한 경우, (2) 가입자가 본인의 통제 밖에 있는 응급 상황 또는 기타 상황으로 인해 진료 약속을 지키지 못한 경우.
 - 윤곽선, 접촉 또는 교합 교정 목적으로 실시되는 일체의 시술.
 - 보장 서비스라고 명시적으로 기재되어 있지 않은 일체의 시술.

- 주 정부 또는 주 정부 기관 또는 일체의 지방 자치 단체, 카운티 또는 기타 그 하위 지역에서 가입자에게 비용 부담 없이 제공한 서비스.
- 모든 형태의 치과 혜택에 사용된 귀금속 비용.
- 소아 치과 의사 서비스. 단, 해당 가입자가 자신의 패널 공급자의 치료를 받을 수 없는 경우, 소아 치과 의사의 치료가 의학적으로 필요한 경우 또는 가입자의 플랜 공급자가 소아 치과 의사인 경우는 예외입니다. 등록자가 응급 상황이 존재하지 않음을 합리적으로 알 수 있었음에도 응급 상황이 아닌 상태에 대해 응급 치료 환경에서 받은 소아 치과 서비스.

이 문서는 요약서일 뿐입니다. 보장의 정확한 약관을 알아보려면 본 플랜의 **EOC**를 참조하시기 바랍니다.

차별 금지 공지

California 주 차별 금지 요건(혜택 보장 문서에 설명됨) 외에도 Health Net of California, Inc. (Health Net)는 적용 가능한 연방 인권법을 준수하고, 인종, 피부색, 출신 국가, 민족, 종교, 혼인 여부, 성, 성 정체성, 성별 확증 치료, 성적 지향, 나이, 장애, 성별 등을 근거로 차별하거나 배제하거나 달리 대우하지 않습니다.

Health Net 제공 서비스:

- 장애가 있는 분들과 효과적으로 소통하기 위해 공인 수화 통역사 및 다른 형식(대형 인쇄물, 이용 가능한 전자 형식, 기타 형식)으로 된 서면 정보와 같은 무료 보조 도구 및 서비스를 제공합니다.
- 영어가 모국어가 아닌 분들에게 유자격 통역사, 다른 언어로 작성된 정보와 같은 무료 언어 서비스를 제공합니다.

이러한 서비스가 필요하시면, Health Net 고객 서비스 센터로 문의하십시오.

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

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

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

Health Net을 통한 그룹 플랜 1-800-522-0088(TTY: 711)

Health Net이 이러한 서비스를 제공하지 않았거나 상기 설명된 조건을 바탕으로 하여 다른 방식으로 차별을 하였다고 생각하시면, 위의 번호로 고객 서비스 센터에 전화하여 고충을 제기하는 데 필요한 도움을 받으실 수 있습니다. Health Net 고객 서비스 센터에서는 고충 처리에 필요한 도움을 제공해 드리고 있습니다.

다음과 같은 우편, 팩스, 이메일을 통해서도 고충 처리를 접수하실 수 있습니다.

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

팩스: 1-877-831-6019

이메일: Member.Discrimination.Complaints@healthnet.com(가입자) 또는
Non-Member.Discrimination.Complaints@healthnet.com(신청자)

긴급한 건강 문제인 경우, 이미 Health Net of California, Inc.에 불편 사항을 제기했는데 결정에 만족하지 못하거나 Health Net of California, Inc.에 불편 사항을 제기한 지 30일 이상 경과한 경우, 보건 관리부(Department of Managed Health Care, DMHC)에 독립 의료 심사/불편 사항 양식을 접수하실 수 있습니다. 1-888-466-2219(TDD: 1-877-688-9891)번으로 DMHC 헬프 데스크에 연락하시거나 www.dmhc.ca.gov/FileaComplaint에서 온라인으로 불편 사항 양식을 제출하실 수 있습니다.

인종, 피부색, 출신 국가, 나이, 장애, 성별 등으로 차별받았다고 생각하시는 경우, 미 보건 복지부(Department of Health and Human Services), 인권 사무국(Office for Civil Rights, OCR)에 인권 관련 불만 사항을 인권 사무국 불만 포털 <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>에서 온라인으로 제기하시거나, 다음 주소 혹은 전화로 제기하실 수 있습니다. U.S. Department of Health and Human Services, 200 Independence Avenue SW, Room 509F, HHH Building, Washington, DC 20201 주소로 서신을 보내시거나 1-800-368-1019(TDD: 1-800-537-7697)번으로 연락해 주십시오.

불만 제기 양식은 <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>에서 받아 보실 수 있습니다.

언어 서비스 공지

English

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

Arabic

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

Armenian

Անվճար լեզվական ծառայություններ: Դուք կարող եք բանավոր թարգմանիչ ստանալ: Փաստաթղթերը կարող են կարդալ ձեր լեզվով: Օգնության համար զանգահարեք Հաճախորդների սպասարկման կենտրոն ձեր ID քարտի վրա նշված հեռախոսահամարով կամ զանգահարեք Individual & Family Plan (IFP) Off Exchange՝ 1-800-839-2172 հեռախոսահամարով (TTY՝ 711): Կալիֆորնիայի 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

សេវាកម្មដោយឥតគិតថ្លៃ។ លោកអ្នកអាចទទួលបានអ្នកបកប្រែផ្ទាល់មាត់។ លោកអ្នកអាចស្តាប់គេអានឯកសារឱ្យលោកអ្នកជាភាសារបស់លោកអ្នក។ សម្រាប់ជំនួយ សូមហៅទូរស័ព្ទទៅកាន់មជ្ឈមណ្ឌលទំនាក់ទំនងអភិវឌ្ឍន៍សេវាដែលមាននៅលើប័ណ្ណសម្គាល់ខ្លួនរបស់លោកអ្នក 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 báááh ílínígóó saad bee háká ada'iiyeed. Ata' halne'ígíí da ła' ná hádííóót'íí. Naaltsoos da t'áá shí shizaad k'ehjí shichí' yídooltaah nínízingo t'áá ná ákódoolníí. Ákót'éego shíká a'doowoł nínízingo Customer Contact Center hoolyéíhí'í' hodíílnih ninaaltsoos nanitingo bee néého'dolzinígíí hodoonihjí' bikáá' éí doodago koji' hólne' Individual & Family Plan (IFP) Off Exchange: 1-800-839-2172 (TTY: 711). California marketplace báhígíí koji' hólne' IFP On Exchange 1-888- 926-4988 (TTY: 711) éí doodago Small Business báhígíí koji' hólne' 1-888-926-5133 (TTY: 711). Group Plans through Health Net báhígíí éí koji' hólne' 1-800-522-0088 (TTY: 711).

Persian (Farsi)

خدمات زبان بدون هزینه. می توانید یک مترجم شفاهی بگیرید. می توانید درخواست کنید اسناد به زبان شما برایتان خوانده شوند. برای دریافت کمک، با مرکز تماس مشتریان به شماره روی کارت شناسایی یا طرح فردی و خانوادگی (IFP) Off Exchange) 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 ਐਂਡ 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 (โทรมา TTY: 711) สำหรับเขตแคลิฟอร์เนีย โทรหาฝ่ายแผนบุคคลและครอบครัวของรัฐ (IFP On Exchange) ได้ที่ 1-888-926-4988 (โทรมา TTY: 711) หรือ ฝ่ายธุรกิจขนาดเล็ก (Small Business) ที่ 1-888-926-5133 (โทรมา TTY: 711) สำหรับแผนแบบกลุ่มผ่านทาง Health Net โทร 1-800-522-0088 (โทรมา TTY: 711)

Vietnamese

Các Dịch Vụ Ngôn Ngữ Miễn Phí. Quý vị có thể có một phiên dịch viên. Quý vị có thể yêu cầu được đọc cho nghe tài liệu bằng ngôn ngữ của quý vị. Để được giúp đỡ, vui lòng gọi Trung Tâm Liên Lạc Khách Hàng theo số điện thoại ghi trên thẻ ID của quý vị hoặc gọi Chương Trình Bảo Hiểm Cá Nhân & Gia Đình (IFP) Phi Tập Trung: 1-800-839-2172 (TTY: 711). Đối với thị trường California, vui lòng gọi IFP Tập Trung 1-888-926-4988 (TTY: 711) hoặc Doanh Nghiệp Nhỏ 1-888-926-5133 (TTY: 711). Đối với các Chương Trình Bảo Hiểm Nhóm qua Health Net, vui lòng gọi 1-800-522-0088 (TTY: 711).

CA Commercial On and Off-Exchange Member Notice of Language Assistance

FLY017549EH00 (12/17)

연락처

1-800-522-0088(영어) TTY: 711

1-800-331-1777(스페인어)

1-877-891-9053(만다린)

1-877-891-9050(광둥어)

1-877-339-8596(한국어)

1-877-891-9051(타갈로그어)

1-877-339-8621(베트남어)

Health Net

Post Office Box 9103

Van Nuys, California 91409-9103

HealthNet.com

*HMO, EOA, POS, PPO 및 Salud con Health Net HMO 플랜은 Health Net of California, Inc. 에서
제공합니다. Health Net of California, Inc. 는 Health Net, LLC 및 Centene Corporation 의 자회사입니다.
Health Net 은 Health Net, LLC 의 등록 서비스 상표입니다. 모든 권리 보유.*