

Health Net of California, Inc. (Health Net)

공개 양식

PPO

소규모 비즈니스 그룹

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



Healthnet.com

다양한 선택

의료 서비스에 있어서 선택의 여지가 있다면 좋을 것입니다. 이에 Health Net of California, Inc. (Health Ne)에서는 유연성과 선택권을 제공하는 플랜인 선호 공급자 조직(Preferred Provider Organization, PPO) 플랜("Health Net PPO"라고 함)을 제공하고 있습니다. 본 공개 양식은 이러한 Health Net PPO 플랜에 관한 기본적인 질문에 답변해 드립니다.

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. 또한 준거 계약 조항을 알아보시려면 **그룹 병원 및 전문가 서비스 계약**(귀하의 고용주에게 발행)을 살펴보시기 바랍니다. 본 공개 양식, **SBC**, 본 플랜의 **EOC**를 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 **SBC**에는 귀하의 플랜에서 보장하는 내용과 보장 서비스 및 용품에 대해 귀하가 부담하는 비용이 설명되어 있습니다.

목차

다양한 선택	1
플랜 운영 방식.....	3
혜택 표.....	5
사전 승인 요건.....	6
보장 제한 사항.....	9
혜택 및 보장	11
이용 관리.....	15
비용 및 부과금 지불	16
시설	21
보장의 갱신, 지속 또는 종료.....	23
당사 플랜에 동의하지 않을 경우	25
추가 플랜 혜택 정보	26
행동 건강 서비스.....	26
처방약 프로그램.....	28
침술 치료 프로그램.....	32
소아 시력 진료 프로그램.....	33
소아 치과 프로그램.....	36
차별 금지 공지.....	40
언어 서비스 공지.....	41

플랜 운영 방식

어떤 공급자로부터 의료 서비스를 받을 수 있는지 알아보시려면 다음 정보를 확인해 주십시오.

공급자 선택

Health Net PPO 플랜에 가입하면 귀하는 모든 의료 서비스에 대해 본인의 담당 의사 및 병원을 선택합니다. Health Net PPO는 다음과 같은 두 가지 의료 서비스 이용 방법을 제공합니다.

- **네트워크 소속** - PPO 네트워크 내에서 계약을 맺은 의사 또는 병원을 선택합니다. Health Net PPO와 계약을 맺은 공급자로부터 진료를 받을 때 상당한 비용 절감 혜택이 있습니다.
- **네트워크 비소속** - PPO 네트워크 외에서 의사 또는 병원을 선택합니다. 이들은 Health Net PPO와 계약을 맺지 않은 공급자들입니다. PPO 네트워크 소속 공급자로부터 진료를 받을 때보다 더 높은 본인 부담 비용이 발생합니다.



응급 진료를 제외하고, 네트워크 비소속 공급자로부터 진료를 받기로 선택하면 네트워크 비소속 혜택 수준의 비용 분담금을 지불하게 되며, 해당 비용은 일반적으로 네트워크 내 혜택 수준보다 높습니다. 또한 귀하는 네트워크 비소속 공급자가 청구하는 금액과 최대 허용 금액(MAA) 간의 차액에 대해 책임이 있습니다. 자세한 내용은 본 공개 양식 뒷부분의 "요금 및 부과금의 지불"을 참조해 주십시오.

피보험자의 의사 및 병원 선택에 따라 서비스 보장 내역 외에 피보험자가 부담하게 될 비용이 결정됩니다. Health Net PPO와 계약을 맺은 공급자를 "선호 공급자"라고 하며 당사 웹사이트 www.healthnet.com에 목록이 나와 있습니다. 또한 뒤표지에 기재된 전화번호로 고객 서비스 센터에 연락하셔서 Health Net PPO 선호 공급자 명부를 무료로 받으실 수 있습니다.



어떤 경우에는 완전한 혜택을 지불받기 위해 사전 승인(치료 검토라고도 함)이 필요합니다. 어떤 서비스 또는 용품에 사전 승인이 필요한지 알아보시려면 본 공개 양식의 "사전 승인 요건" 섹션을 참조해 주십시오.

전문 의 진료

전문 분야 진료가 필요한 경우 진료 의뢰 없이 전문의로부터 진료를 받을 수 있습니다. 전화하여 진료 예약을 하면 됩니다. 귀하의 비용 분담액을 낮추려면 PPO 네트워크 소속 전문의로부터 진료를 받아 네트워크 내 혜택 수준에서 진료를 받으시기 바랍니다. 당사 PPO 네트워크 소속 전문의를 찾으시려면 Health Net PPO 선호 공급자 명부를 참조해 주십시오.

산과, 부인과 또는 생식 및 성 건강을 전문으로 하는 네트워크 소속 의료 전문가로부터 산과, 부인과, 생식 또는 성 건강 진료를 받는 경우 Health Net 또는 다른 사람의 승인을 받지 않아도 됩니다. 단, 의료 전문가는 특정 서비스에 대한 사전 승인 받기 또는 사전 승인된 치료 계획 이행

등의 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 PPO 선호 공급자 명부를 참조하시기 바랍니다. Health Net PPO 선호 공급자 명부 사본은 온라인으로 요청하시거나 1-800 522-0088번으로 Health Net 고객 서비스 센터에 문의하여 받아보실 수도 있습니다.

정신 건강 및 약물 사용 장애

Health Net은 정신 건강 및 약물 사용 장애에 대한 행동 건강 서비스를 주관하는 제휴 행동 건강 관리 서비스 회사(행동 건강 주관사)인 MHN Services와 계약을 맺고 있습니다. 진료를 받는 방법과 행동 건강 주관사의 사전 승인 요건에 관한 자세한 내용은 본 공개 양식의 "행동 건강 서비스" 및 "사전 승인 요건" 섹션을 참조하시기 바랍니다.

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 서비스일지라도 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.

사전 승인 요건

특정 보장 서비스의 경우 서비스를 받기 전에 사전 승인을 받아야 합니다. 그렇지 않으면 SBC 및 EOC에 설명된 사전 승인 비제공에 대한 벌금을 지불해야 합니다. 사전 승인은 Health Net(의료), 행동 건강 주관사(정신 건강 및 약물 사용 장애) 또는 승인된 피지명인이 수행합니다.

사전 승인 목록은 수시로 변경될 수 있습니다. 목록의 추가 및 삭제를 포함한 모든 변경 사항은 선호 공급자에게 전달되며 www.healthnet.com 웹 사이트에 게시됩니다.

사전 승인이 혜택을 결정하지는 않습니다. 해당 서비스 또는 용품의 일부는 귀하의 플랜에서 보장하지 않을 수 있습니다. 서비스 또는 용품에 대해 사전 승인을 받더라도 자격 요건 규칙과 혜택 제한 사항이 적용됩니다. 단, Health Net에서는 공급자가 신의에 근거하여 사전 승인에 따라 의료 서비스를 제공한 후에 해당 사전 승인을 취소하거나 수정하지 않으며, 사전 승인된 서비스에 대해 증서에 따라 혜택을 지급합니다.



응급 상황의 결과로 제공되는 서비스는 네트워크 내 혜택 수준에서 보장되며 사전 승인이 필요하지 않습니다.

사전 승인이 필요한 서비스

입원

다음에 포함하되 이에 국한되지 않는 모든 유형의 시설:

- 급성 재활 센터
- 행동 건강 시설
- 호스피스
- 병원
- 전문 요양 시설
- 약물 사용 장애 치료 시설

외래 환자 시술, 서비스 또는 장비

- 바렛식도 치료와 원발성 및 전이성 간 악성 종양 치료를 위한 절제 기법
- 침술(첫 상담 이후)
- 구급 이송: 비응급, 항공 또는 지상 구급 이송 서비스
- 비만 수술
- 기관지 열성형술
- 캡슐 내시경 검사
- 임상 시험

- 다음을 포함한 진단 검사 절차:
 1. 첨단 영상
 - 컴퓨터 단층 촬영(Computerized Tomography, CT)
 - 컴퓨터 단층 촬영술(Computed Tomography Angiography, CTA)
 - 자기 공명 혈관 조영술(Magnetic Resonance Angiography, MRA)
 - 자기 공명 영상(Magnetic Resonance Imaging, MRI)
 - 양전자 방출 단층 촬영술(Positron Emission Tomography, PET)
 2. 심장 영상
 - 관상 동맥 컴퓨터 단층 촬영술(Coronary Computed Tomography Angiography, CCTA)
 - 심근 관류 영상(MPI)
 - MUGA(Multigated acquisition) 스캔
 - 심장 초음파(Echocardiography)
 3. 수면 연구
- 내구성 의료 장비(Durable Medical Equipment, DME)
- 이비인후과(ENT) 서비스
- 역박동 강화(Enhanced External Counterpulsation, EECp)
- 실험적 또는 연구적 목적의 서비스 및 신기술
- 성별 확인 서비스
- 유전자 검사(진행성 또는 전이성의 3기 또는 4기 암 질환이 있는 가입자를 위한 바이오마커 검사에는 사전 승인이 필요하지 않음)
- 이식형 통증 펌프(삽입 또는 제거 포함)
- 유발점 및 천장(SI) 관절 주입을 포함한 주사
- 관절 수술
- 다음을 포함하는 진료소 방문 이외의 정신 건강 및 약물 사용 장애 서비스:
 1. 자폐증 및 전반적 발달 장애에 대한 응용 행동 분석(Applied Behavioral Analysis, ABA) 및 다른 형태의 행동 건강 치료(Behavioral Health Treatment, BHT)
 2. 해독
 3. 심리 검사
 4. 신경 심리학적 검사
 5. 전기 경련 요법(ECT)
 6. 경두개 자기 자극(TMS)
 7. 부분적 입원 프로그램 또는 주간 입원(PHP)
 8. 반나절 부분적 입원
 9. 집중 외래 환자 프로그램(IOP)
- 신경 또는 척수 자극기
- 신경 심리학적 검사
- 턱교정 수술(TMJ 치료 포함)

- 보장구(맞춤 제작)
- 외래 환자 의약품
 1. 자가 주사
 2. 외래 환자 처방약 혜택을 통한 모든 혈우병 인자는 사전 승인을 받고 특수 약국 업체를 통해 구입해야 합니다.
 3. 의사 진료실, 독립 운영 주사실, 가정 주입, 외래 수술 센터, 외래 환자 투석 센터 또는 외래 환자 병원에서 투여받았는지 여부에 상관없이 신규로 승인된 의약품을 포함하여 의사가 투여하는 특정 의약품. 사전 승인이 필요한 의사 투여 의약품 목록은 Health Net 웹 사이트 www.healthnet.com을 참조해 주시기 바랍니다.
 4. 자가 주사제 및 혈우병 인자를 포함한 대부분의 특수 의약품은 외래 환자 처방약 혜택을 통해 반드시 사전 승인을 받아 특수 약국 업체를 통해 조제받아야 합니다. 사전 승인이 필요한 의약품은 필수 처방약 목록을 참조해 주십시오. 즉시 치료를 시작하기 위해 의료적으로 필요한 응급약은 소매 약국에서 구입해도 됩니다.
 5. 필수 처방약 목록에 기재된 대로 기타 처방약은 사전 승인이 필요할 수 있습니다. 사전 승인이 필요한 의약품은 필수 처방약 목록을 참조해 주십시오.
 6. 의학적으로 필요한 경우가 아니면 유명 상표약을 대신하는 바이오시밀러가 필요합니다.
- 물리 치료(가정 환경 포함)
- 보형물
- 정량적 의약품 검사
- 방사선 요법
- 재건 및 성형 수술, 서비스 및 용품 예:
 1. 골 절제술과 같은 골격 변형 및 골격 재형성
 2. 유방 절제술(여성형 유방증 또는 대유방증 포함)에 따르는 경우를 제외한 유방 축소 및 확대술
 3. 구개 파열 시술을 위한 재건 성형의 불가분한 일부인 치과 또는 치열 교정 서비스. 구개열은 구개열, 구순열 또는 구개열과 관련된 기타 두개 안면 기형을 포함합니다.
 4. 화학적 박리, 전기 분해, 박피술, 화학적 필링, 레이저 치료, 피부 주입 또는 이식과 같은 피부과 시술
 5. 복부, 허벅지, 골반, 다리, 엉덩이, 아래팔, 팔, 손, 턱 끝 밑 지방 패드, 기타 부위의 절제, 과도한 피부 및 피하 조직(지방 절제, 지방층 절제 포함)
 6. 안검 성형, 안검 하수 또는 안각 성형술과 같은 눈 또는 눈썹 시술
 7. 음핵 성형술, 구순 성형술, 질 재생, 음낭 성형, 고환의 보형물, 외음 절제와 같은 부인과 또는 비뇨기과 시술
 8. 모발 전기 분해 요법, 이식 또는 레이저 제모
 9. 팔, 몸, 얼굴, 목, 허벅지 등 리프트
 10. 지방 흡입술
 11. 코 성형술, 비중격 성형 등 코 수술
 12. 귀 성형술
 13. 음경 임플란트

14. 정맥류 치료

15. 점막 증강술을 통한 흉순 절제

- 척추 후궁 절개술(laminotomy), 척추 융합술(fusion), 척추 원반 절제술(discectomy), 척추 성형술(vertebroplasty), 수핵 감압술(nucleoplasty), 척추 고정(stabilization), X-Stop 등을 포함하는 척추 수술
- 테스토스테론 요법
- 이식 관련 서비스. 이식은 Health Net에서 지정한 이식 전문 네트워크를 통해 수행되어야 합니다.
- 목젓 입천장 인두 성형술(UPPP) 및 레이저 보조 UPPP
- 전정 성형술

예외: 유방 절제술(종양 절제술 포함)에 부수되는 재건 수술을 위한 병원 입원 기간에는 사전 승인이 필요하지 않습니다. 자연 분만 후 첫 48시간 또는 제왕 절개 후 첫 96시간의 병원 입원 서비스에 대해서는 사전 승인이 필요하지 않습니다. 단, 출산 후 24시간 이내 또는 가능한 빨리 Health Net에 통지해 주십시오. 출생 전 또는 후에 더 오랜 기간의 입원이 의학적으로 필요하다고 의사가 판단하는 경우 사전 승인을 받아야 합니다.

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).
- 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 진행성 또는 전이성의 3기 또는 4기 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 행동 건강 주관사가 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 "보험 혜택 연장" 섹션에서 구체적으로 명시된 경우를 제외하고 효력 발생일 전이나 혜택 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.
- 의학적으로 필요한 경우를 제외한 하악 관절 장애의 치료 또는 하악을 줄이거나 재정렬하기 위한 외과적 기술.
- 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 일부분에 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 담당 의사 또는 행동 건강 주관사(정신 건강 및 약물 사용 장애)에 연락하시거나 가장 가까운 응급 시설에 방문하시거나 **911**번으로 전화하실 수 있습니다.

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.

응급 진료는 네트워크 내 혜택 수준에서 보장되며 사전 승인이 필요하지 않습니다. 긴급한 상황이 지나고 귀하의 상태가 안정화된 이후의 모든 후속 진료(정신 건강 및 약물 사용 장애 포함)는 적용 가능한 사전 승인 요건 및 귀하 플랜의 예외 및 제한 사항에 따라 자격이 되는 혜택 수준(네트워크 내 또는 네트워크 비소속)에서 보장됩니다.



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 인력)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 인력)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 증상을 나타내는 정신 질환으로, 환자가 다음 중 하나에 해당합니다. (1) 본인 또는 다른 사람에게 즉각적인 위협이 되거나, (2) 정신 장애로 인해 식사, 보호처 또는 의복을 즉각적으로 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)은 대칭의 복원 및 형성을 위해 제공되는 어느 한쪽 가슴에 대한 보형 장치와 재건 수술에 대한 보장을 명시하고 있습니다.

선호 공급자 진료를 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.

Health Net PPO 네트워크 내 공급자는 진료를 적시에 제공하는 데 동의합니다.

중증도 분류 또는 선별검사 서비스를 이용하려면 뒤표지에 기재된 Health Net 번호로 주 7일 24시간 언제든지 연락할 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 대해서는 "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.

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 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.

다른 주 공급자

Health Net PPO 가입자는 California 외부의 참여 공급자를 이용할 수 있습니다. California 외부에 있으면서 의료적 진료 또는 치료가 필요하고 보조 네트워크의 공급자를 이용하는 경우, 귀하의 서비스는 네트워크 내 혜택 수준에서 보장됩니다. 귀하의 주요 거주지가 California 외부에 있는 경우, 모든 네트워크 내 서비스는 보조 네트워크를 통해 이루어집니다.

California 내 선호 공급자로부터 서비스를 받는 경우 부담하게 될 동일한 공제액, 코페이먼트, 공동 보험료, 공제액, 최대 혜택 및 제한 사항이 적용됩니다. 다음과 같은 예외 사항이 적용됩니다. 보장 비용은 (i) 실제 청구 금액 또는 (ii) Health Net과 다른 주 공급자 네트워크 간 계약에 따라 해당 네트워크에서 청구할 수 있는 비용 중 더 낮은 금액을 기준으로 산출됩니다. 소수의 주에서 지방 법령은 보장 비용 계산에 상이한 기준을 지시할 수 있습니다.

보조 네트워크는 Health Net ID 카드에 표시된 네트워크에 참여하고 Health Net 가입자에게 의료 서비스를 제공하는 데 동의하는 공급자로 구성됩니다.

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 클레임 정보 세부 내용을 귀하 고용주 혹은 에이전트에게 공개하지 않습니다. Health Net은 때때로 총량 측정과 자료 보고 요건을 따라야 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 정보가 어떻게 이용되고 공개되는지 설명하는 개인 정보 보호 관행의 통지, 보호되는 정보에 액세스하고 해당 정보의 수정, 제한, 공개를 요청할 개인의 권리, 불만 사항 제기 절차를 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.com에 게시되어 있는 본 플랜의 EOC에서 "기타 조항" 섹션을 확인하시거나, 본 안내서의 뒷표지에 기재된 전화번호로 고객 서비스 센터에 연락하여 사본을 받아보실 수 있습니다.

* 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

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.

보장 비용

보장 비용은 본 플랜에 가입되어 있는 동안 보장 서비스 및 용품에 대해 귀하가 발생시킨 비용입니다. 귀하에게는 서비스의 비용 분담액(예: 공제액, 코페이먼트 또는 공동 보험료)을 지불할 책임이 있습니다. 귀하의 비용 분담액은 보장 비용을 기준으로 합니다.

보장 비용이 반드시 의사나 공급자가 어떤 서비스에 대해 청구하는 금액은 아닙니다. 보장 비용의 금액은 귀하가 선호 공급자로부터 서비스를 받는지 또는 네트워크 비소속 공급자로부터 서비스를 받는지 여부에 따라 다릅니다. 선호 공급자의 경우 보장 비용은 협약 요율입니다. 네트워크 비소속 공급자의 경우 보장 비용은 최대 허용 금액입니다. 자세한 내용은 이 섹션 뒷부분의 "네트워크 비소속 공급자에 대한 최대 허용 금액(MAA)"을 참조해 주십시오.

기타 부과금

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

귀하는 Health Net PPO와 함께 진료비 일부를 부담할 책임이 있습니다. 귀하가 지불하는 금액을 공제액, 코페이먼트, 공동 보험료라고 하며 SBC에 설명되어 있습니다. 귀하의 부담액은 고정

금액부터 비용의 상당한 비율에 이르기까지 다를 수 있습니다. 이는 귀하가 선택하는 의사(및 병원)에 따라 달라집니다. 일반적으로 다음과 같습니다.

- 혜택에 공제액이 적용되는 경우 당사에서 해당 혜택에 대한 지불을 시작하기 전에 귀하는 공제액을 지불하셔야 합니다.
- 당사 PPO와 계약을 맺은 의사나 병원의 경우 특정 요금(협약 요금)으로 서비스를 제공하기로 미리 동의했기 때문에 진료를 받을 때 귀하가 지불하시는 비용이 적습니다. 귀하는 적용되는 네트워크 내 공제액, 코페이먼트 또는 공동 보험료만 지불합니다. 선호 공급자는 협약 요금을 전액 지불로 수락하는 데 동의했으며 협약 요금을 초과하는 비용을 청구하지 않을 수도 있습니다.
- 네트워크 비소속 의사 또는 병원에서 치료를 받는 경우 해당 네트워크 비소속 공제액, 코페이먼트 또는 공동 보험료 및 MAA를 초과하는 모든 비용을 지불하셔야 합니다.

예외: 다음 상황에서는 네트워크 내 혜택 수준이 적용되며 귀하는 MAA를 초과하는 금액에 대해 책임을 지지 않습니다.

- 선호 공급자를 통해 제공할 수 없는 서비스이기 때문에 네트워크 비소속 공급자에게 받는 의학적으로 필요한 서비스를 당사에서 승인하는 경우.
- 비용급 서비스를 네트워크 소속 의료 시설에서 네트워크 비소속 공급자가 제공하고, 서비스를 받기 전에 해당 공급자가 네트워크 비소속 공급자라는 정보를 받지 못한 경우.
- 네트워크 비소속 공급자가 응급 서비스를 제공하는 경우.

자세한 내용과 요건은 EOC를 참조해 주십시오.

- 일부 서비스의 경우 전체 혜택을 받으려면 사전 승인이 필요합니다. 자세한 내용은 본 공개 양식의 "사전 승인 요건" 섹션을 참조해 주십시오.
- 지나치게 높은 의료 비용으로부터 귀하를 보호하기 위해 특정 연도에 귀하가 부담해야 할 최대 금액(또는 최대 본인 부담금)이 있습니다. 공제액, 코페이먼트, 공동 보험료의 총 지불액이 귀하 플랜의 SBC에 표시된 최대 본인 부담금과 동일하게 될 때, 당사에서 보장 비용을 100% 지불합니다. (예외 사항에 대한 자세한 내용은 SBC 및 EOC를 참조해 주십시오.)



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.

네트워크 비소속 공급자에 대한 최대 허용 금액(MAA)

네트워크 비소속 공급자로부터 진료를 받을 때 귀하의 비용 부담액은 MAA를 기준으로 합니다. 보장 회원은 적용되는 공제액, 코페이먼트 또는 공동 보험료 및 MAA를 초과하는 모든 비용에 대한 지불 책임이 있습니다. 본 플랜이 보장하지 않는 진료에 대한 재정적 책임은 전적으로 귀하에게 있습니다.

MAA는 공급자가 서비스 및 용품에 대해 청구하는 금액보다 적을 수 있습니다. Health Net은 네트워크 비소속 공급자가 청구한 금액 또는 아래에 명시된 금액 중 작은 금액을 MAA로 계산합니다. MAA는 보장 서비스에 대해 Health Net에서 지급하는 금액이 아닙니다.

실제 지급액은 적용되는 공제액, 코페이먼트, 공동 보험료 및 본 EOC에 명시된 기타 적용되는 금액에 따라 줄어듭니다.

- **응급 진료, 소아 치과 서비스, 외래 환자 의약품**을 제외한 네트워크 비소속 공급자로부터 받은 **보장 서비스 및 용품에 대한 MAA**는 Medicare가 지급하는 금액의 일정 비율에 해당되는 금액이며 Medicare 허용 금액이라고도 합니다.

**70% HNL 지급액/30% 보장 회원 공동 보험료로 설정되는 70% Health Net 지불금/
30% 가입자의 공동 보험료:**

연장된 진료소 방문에 대한 네트워크 비소속 공급자의 청구액	\$128.00
연장 방문 진료에 대한 MAA 허용액(사례에 불과하며, MAA가 항상 이 금액을 지급하지는 않음)	\$102.40
귀하의 공동 보험료(MAA의 30%): 30% x \$102.40(공제액이 이미 충족된 것으로 가정 시)	\$30.72
추가로 귀하가 부담해야 할 금액: 청구 금액(\$128.00)과 MAA 금액(\$102.40) 간의 차액	\$25.60
\$128.00 중 피보험자가 부담해야 할 총 금액	\$56.32

병원, 전문 요양 시설, 외래 환자 수술 등의 시설 서비스에 대한 MAA는 Medicare 허용 금액의 150%를 적용해 결정됩니다.

의사 및 기타 모든 유형의 서비스 및 용품에 대한 MAA는 청구 금액 또는 Medicare 허용 금액의 100% 중 작은 금액을 말합니다.

청구된 서비스 또는 용품 코드에 대한 Medicare 허용 금액이 없는 경우:

- 전문 서비스 및 부가 서비스에 대한 MAA는 FAIR Health Medicare 갭 보충 방법(Gapfilling Methodology)의 100%가 적용됩니다. 갭 보충 방법에 의해 가격이 정해지지 않는 서비스 또는 용품은 다음 중 보다 작은 금액이 적용됩니다. (1) 동일한 보장 서비스 또는 제공 용품에 대해 해당 지역 내의 선호 공급자와 협정한 평균 금액, (2) FAIR Health Medicare 갭 보충 방법(Gapfilling Methodology)에 포함되지 않은 전문가 및 부가 서비스의 FAIR Health 데이터베이스의 50번째 백분위수에 해당되는 금액, (3) Medicare가 발행한 대체 청구 코드에 따른 동일한 보장 서비스 또는 용품에 대한 Medicare 허용 금액의 100% 또는 (4) 보장 서비스에 대해 네트워크 비소속 공급자가 청구한 금액의 50%. 유사한 유형의 데이터베이스 또는 평가 서비스는 공급 업체의 중단 또는 계약 해지로 인해 명시된 데이터베이스 또는 평가 서비스를 사용할 수 없는 경우에만 대체됩니다.
- 시설 서비스에 대한 MAA는 다음 금액 중 작은 금액이 적용됩니다. (1) 동일한 보장 서비스 또는 제공 용품에 대해 해당 지역 내의 선호 공급자와 협정한 평균 금액, (2) 시설 서비스에 대해 Data iSight가 개발한 방법(제공 서비스의 견적 원가에 이익률을 적용하는 데이터 서비스)을 사용하거나, 공급 업체의 중단 또는 계약 종료로 인해 명시한 데이터베이스 또는 평가 서비스를 사용할 수 없는 경우에 한해 유사한 유형의 데이터베이스 또는 평가 서비스를 사용해 유추한 금액의 100%, (3) Medicare가 발행한 대체 청구 코드에 따른 동일한 보장 서비스 또는 용품에 대한 Medicare 허용 금액의 150%, (4) 보장 서비스에 대해 네트워크 비소속 공급자가 청구한 금액의 50%.

- 네트워크 비소속 응급 진료에 대한 MAA:** 다음 금액 중 가장 큰 금액으로 결정됩니다.

(1) 제공되는 응급 서비스에 대한 선호 공급자와의 협상 금액 중앙값(네트워크 소속 코페이먼트 또는 공동 보험료는 제외), (2) Health Net이 일반적으로 네트워크 비소속 공급자에 대한 지불금을 결정하는 데 사용하는 동일한 방법으로 계산한 금액(네트워크 소속 공제액, 코페이먼트 또는 공동 보험료는 제외), (3) Medicare Part A 또는 B에 따라 지불한 금액(네트워크 소속 코페이먼트 또는 공동 보험료는 제외). 네트워크 비소속 공급자의 응급 진료에는 선호 공급자 혜택 수준에서 해당 공제액, 코페이먼트 및/또는 공동 보험료가 적용됩니다. 비용 부담액은 여기에 정의된 MAA에서 결정됩니다. 귀하는 응급 진료의 경우 MAA를 초과하는 금액에 대해 책임을 지지 않습니다.
- 네트워크 소속 의료 시설에서 받은 비응급 서비스에 대한 MAA:** 네트워크 비소속 공급자에게 비응급 보장 서비스를 받았거나 네트워크 소속 의료 시설에서 이뤄진 비응급 서비스의 결과로 네트워크 비소속 공급자에게 비응급 서비스를 받은 경우, 비계약 개인 의료 전문가와 Health Net 간에 달리 동의하지 않은 한 해당 서비스를 받은 일반적인 지리적 위치에서 동일하거나 유사한 서비스에 대하여 Medicare가 행위별 수가제 기준으로 환급하는 금액의 125% 또는 평균 협약 요율 중 더 큰 금액으로 지불합니다.
- 보장되는 외래 환자 의약품에 대한 MAA**(주사 가능한 약물 등을 포함): 의사 진료실, 외래 환자 병원 시설, 환자 자택에서의 서비스 등 외래 환자 환경에서 환자에게 조제 및 주입된 의약품에 대한 최대 허용 금액은 해당 의약품 또는 약물에 대해 청구된 금액 혹은 평균 도매가 중 작은 금액이 해당됩니다.
- 소아 치과 서비스에 대한 MAA:** Health Net이 해당 지역의 경쟁 수가를 입수한 데이터 자료에 기초하여 계산하며, 보장되는 각 치과 서비스에 대하여 치과 공급자가 유사한 위치의 지급인에게 동일 서비스에 대해 부과하는 수가를 초과할 수 없습니다. 경쟁 수가의 데이터 자료는 FAIR Health가 제공하며 일 년에 두 번 갱신됩니다. Health Net은 네트워크 비소속 치과 공급자에게 FAIR Health 요율의 55%로 환급합니다. 해당 치과 비용을 초과하여 네트워크 비소속 공급자가 청구하는 금액은 가입자가 직접 부담해야 합니다.

MAA는 보장 비용에 대한 다른 제한 사항의 적용을 받을 수도 있습니다. 구체적인 보험 혜택 제한 사항, 최대 금액, 사전 승인 요건, 그리고 특정 보장 서비스 및 용품에 대해 Health Net이 지급하는 금액을 제한하는 지급 정책에 대해서는 EOC를 참조해 주십시오. Health Net은 Medicare 및 그 계약업체, 기타 정부 규제 기관 및 전국적으로 인정받는 의료 협회와 조직의 지침에 따라 어떤 서비스 및 절차가 환급 대상인지 결정합니다.

그 밖에 Health Net은 공급자들과 협약 요금을 계약한 업체들("제3자 네트워크")과도 수시로 계약합니다. Health Net이 네트워크 비소속 공급자와 계약을 맺은 제3자 네트워크와 계약을 맺은 경우, Health Net은 옵션에 따라 제3자 네트워크가 합의한 보험 요율을 MAA로 사용할 수 있습니다. 또는 당사에서는 옵션에 따라 네트워크 비소속 공급자를 통해 직접 제공된 서비스 또는 용품에 대한 MAA를 협의하기 위해 네트워크 비소속 서비스에 대한 클레임을 요금 협의 서비스에 의뢰할 수 있습니다. 두 경우 모두, 귀하는 청구된 비용과 MAA 간의 차액에 대해 책임을 지지 않고, 적용 가능한 공제액, 코페이먼트 및/또는 공동보험료에 대해 네트워크 비소속 혜택 수준으로 부담합니다.

참고: Medicare 및 Medicaid 서비스 센터(CMS)가 Medicare 허용 금액을 조정하면 Health Net은 현재 유효한 CMS 수가표에 따라 MAA를 공지 없이 조정합니다. 청구 지급액은 청구 요금이 발생한 시점에 유효한 수가표에 따라 결정됩니다.

또한 청구 지급액은 해당 서비스 또는 용품에 대한 네트워크 비소속 공급자 청구액을 초과하지 않습니다. 고려 중인 치료 혹은 시술에 대한 보험 보장 비용을 확인하시려면 고객 서비스 센터에 문의해 주십시오.

등록자 또는 가입자의 지불 책임

보장 서비스 및 용품을 받는 경우 여기에 설명된 대로 귀하는 비용 분담액을 부담해야 합니다. 본 플랜에서 보장하지 않는 서비스를 받는 경우 귀하에게 해당 서비스의 전체 비용에 대한 책임이 있습니다.



응급 상황을 제외하고 네트워크 비소속 공급자로부터 보장 서비스를 받기로 선택한 경우 네트워크 비소속 혜택 수준에서 귀하의 비용 분담액 및 MAA를 초과하는 공급자가 청구하는 금액을 부담해야 합니다.

환급 조항

보장 비용에 대해 Health Net이 지불해야 하는 금액은 결코 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 공제액, 코페이먼트, 공동 보험료 또는 보장 비용을 초과하는 금액을 제외한 금액을 환급받게 됩니다.

클레임 양식을 받고 작성한 양식을 행동 건강 주관사(정신 건강 및 약물 사용 장애) 또는 Health Net 중 어디로 보내야 하는지 알아보시려면, 뒤표지에 기재된 전화번호로 Health Net 고객 서비스 센터에 문의해 주시기 바랍니다. 환급을 받으시려면 서비스를 받은 날로부터 1년 이내에 Health Net에 의료 클레임을 접수하셔야 합니다.

클레임 제출 방법

의료 서비스의 경우, 작성한 클레임 양식을 서비스를 받은 날로부터 1년 이내에 다음 주소로 보내주십시오.

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 보내 주십시오.

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.

정신 건강 또는 약물 사용 장애 응급 서비스 또는 **MHN Services**가 승인한 서비스의 경우, CMS(HCFA) - 1500 양식을 사용하셔야 합니다. 서비스를 받은 날로부터 1년 이내에 클레임을 클레임 양식에 기재된 주소 또는 다음 주소로 MHN Claims에 보내주십시오.

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

클레임 양식을 요청하시려면 **1-800-444-4281**번으로 MHN Claims에 문의해 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.

환급 고지

Health Net은 합의된 협약 요율에 따라 선호 공급자에게 행위별 수가제로 지불합니다. 귀하는 뒤표지에 기재된 전화번호로 고객 서비스 센터에 연락하셔서 당사의 지불 방식에 대한 자세한 정보를 요청하실 수 있습니다.

시설

의료 서비스는 진료 요청 시 귀하가 선택하신 의사가 이용하는 시설에서 제공됩니다. Health Net PPO 공급자 및 계약을 맺은 시설은 Health Net PPO 선호 공급자 명부에 수록되어 있습니다.

지속적인 치료

신규 가입자의 치료 서비스 전환

Health Net에 가입 시 아래 "의료 공급자 계약 종료 후의 지속적인 치료" 조항에 기재된 증상에 대해 의료 서비스를 받고 계셨다면 Health Net과 계약하지 않는 공급자로부터 지속적인 치료를 요청하실 수 있습니다.

Health Net은 적용되는 공제액, 코페이먼트 또는 공동 보험료와 귀하 플랜의 예외 및 제한 사항을 적용하여 네트워크 내 혜택 수준에서 네트워크 비소속 공급자가 제공한 서비스의 완료에 대한 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. 네트워크 비소속 공급자는 인두세를 사용하지 않고 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 네트워크 내 혜택 수준에서 보장을 제공할 의무가 없습니다.

의료 공급자 계약 종료 후의 지속적인 치료

선호 공급자와의 Health Net 계약이 종료되는 경우 Health Net에서는 치료가 지속될 수 있도록 모든 노력을 기울일 것입니다. 계약 종료 시 아래에 기재된 상태에 대해 해당 공급자로부터 치료를 받고 있었다면, 네트워크 내 혜택 수준에서 네트워크 비소속 공급자에게 지속적인 치료를 요청할 수 있습니다. Health Net과의 계약이 종료된 공급자와 병원들의 경우, 계약 종료 효력 발생일 후 5일 이내에 영향을 받는 모든 가입자에게 공개 사전 승인과 함께 서면 통지서가 발송됩니다.

적용되는 공제액, 코페이먼트 또는 코페이먼트와 귀하 플랜의 예외 및 제한 사항을 적용하고 공급자가 계약을 종료하기 전에 해당 공급자에게 적용되는 조건과 동일한 계약 조건을 받아들이는 경우, Health Net은 네트워크 내 혜택 수준에서 계약이 종료된 의료 공급자가 제공하는 서비스의 완료에 대한 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.

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

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 Health Net 서비스 지역에 거주하고 있는 경우에는 주 Cal-COBRA 법에 따라 추가 지속 보장에 대한 자격이 있을 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 "보험 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 보장은 다음을 포함하여 사기를 구성하는 행위나 관행을 행한 가입자 또는 계약 조건에 따른 중대한 사실을 의도적으로 허위 진술하는 경우에 대해 30일 전에 서면 통지를 발송하여 정당한 사유로 인해 종료될 수 있습니다.

- 본인 또는 피부양자에 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 불만을 제기할 권리가 있습니다. 불만 제기는 고충 처리 또는 이의 제기라고도 합니다. 귀하의 혜택 보장을 종료하는 Health Net의 결정에 이의 제기를 신청하는 방법에 관한 내용은 "당사 플랜에 동의하지 않을 경우" 섹션을 참조하시기 바랍니다.

귀하의 보장이 가입 비용 미납 이외의 다른 이유로 인해 종료되고 귀하가 불만을 제기할 때 보장이 계속해서 유효한 경우, Health Net은 해당 가입 비용을 수령하는 것을 조건으로 심사 절차가 끝날 때까지 귀하의 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 보장이 이미 종료된 경우 Health Net은 귀하의 보장을 계속 제공하지 않아도 됩니다. 하지만 "당사 플랜에 동의하지 않을 경우" 섹션에서 설명된 불편 사항 처리 절차를 이행함으로써 귀하의 보장을 종료하는 Health Net의 결정에 대한 심사를 요청하실 수 있습니다.



위의 활동에 연관된 개인이 가입된 직원인 경우, 본 플랜에 따른 보장은 보장 대상 피부양자에 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 독립 의료 심사(IMR)의 대상이 될 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 웹사이트인 <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 생각되시면 고충 사항 혹은 이의 신청을 제기하실 수 있습니다.

고충 사항 또는 이의 신청 방법

뒤표지에 기재된 전화번호로 고객 서비스 센터에 문의하시거나 Health Net 웹 사이트인 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 Net이 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

Health Net은 개별화되고 비밀이 보장되며, 합리적인 비용의 정신 건강 및 약물 사용 장애 치료 프로그램을 통해 행동 건강 서비스를 주관하는 제휴 행동 건강 관리 서비스 회사(행동 건강 주관사)인 MHN Services와 계약을 맺고 있습니다.

정신 건강 및 약물 사용 장애 서비스는 모든 행동 건강 공급자로부터 받으실 수 있습니다. 네트워크 내 혜택 수준에서 치료를 받으시려면, 뒤표지에 기재된 전화번호로 Health Net 고객 서비스 센터에 전화하셔서 행동 건강 주관사에 연락해 주십시오. 행동 건강 주관사는 귀하가 진료 예약을 잡을 수 있는 가까운 참여 행동 건강 전문가를 찾는 데 도움을 드릴 것입니다.

정신 건강 및 약물 사용 장애에 대한 특정 서비스 및 용품을 보장받기 위해 행동 건강 주관사의 사전 승인이 필요합니다. 자세한 내용은 본 공개 양식의 "사전 승인 요건" 섹션을 참조해 주십시오.

보장되는 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 행동 건강 주관사와 제휴되지 않은 공급자로부터 급성, 중증, 만성 정신 건강 또는 약물 사용 장애에 대해 지속적인 치료를 받고 있는 경우, 당사는 적용되는 공제액, 코페이먼트 또는 공동 보험료와 본 플랜의 다른 예외 및 제한 사항이 적용하여 일시적으로 네트워크 내 혜택 수준으로 해당 공급자가 제공하는 서비스를 보장할 수 있습니다.

귀하의 네트워크 비소속 정신 건강 전문가는 행동 건강 주관사의 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 내 혜택 수준에서 지불할 수 있는 보장 서비스를 위해 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 약식의 "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 처방집을 사용합니다. Health Net 필수 처방약 목록(또는 처방집 또는 목록)은 질환과 증상에 대해 보장되는 약물의 승인된 목록입니다. Health Net 가입자를 위한 가장 안전하고 효과적인 약물을 식별하는 한편 저렴한 약국 혜택을 유지하기 위해 개발되었습니다.

당사는 모든 Health Net 선호 공급자가 Health Net 가입자인 환자에게 의약품 처방할 때 이 처방집을 참조하도록 각별히 권하고 있습니다. 귀하의 의사가 해당 처방집에 등재된 약물을 처방할 때 이 목록은 귀하께서 고품질이면서 고가치의 처방 의약품을 받으실 수 있도록 도와드립니다.

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. 이 처방집을 최신 상태로 유지하기 위해 P&T 위원회는 임상적 효과, 안전성, 전반적 가치를 다음을 통해 평가합니다.

- 계약을 맺은 PCP 및 전문의
- 의학 및 과학 출판물
- 관련 활용 경험
- 의사 권장 사항

Health Net의 최신 처방집의 사본을 받아보려면 당사 웹 사이트 www.healthnet.com을 참조하시거나 뒤표지에 기재된 전화번호로 Health Net 고객 서비스 센터에 문의해 주십시오.

"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 사용된 기준은 Health Net P&T 위원회뿐만 아니라 의사, 전문의, 전문가의 의견에 따라 수립됩니다. 귀하의 의사는 Health Net에 연락해 특정 의약품에 대한 사용 가이드라인을 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.
- 다음 주소로 서신을 보내 주십시오.

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

우편 의약품 프로그램을 통한 처방약

유지약(장기간 복용할 의약품)에 대한 처방인 경우, 당사의 편리한 우편 의약품 프로그램을 통해 조제받을 수 있습니다. 이 프로그램을 이용하시면 최대 90일 연속 복용량의 유지약을 받으실 수 있습니다. 전체 내용은 뒤표지에 기재된 전화번호로 Health Net 고객 서비스 센터에 문의해 주십시오.



스케줄 II 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 - 처방집에 1군으로 기재된 의약품으로, 보장 제외 대상이 아닌 의약품(처방집에 수록된 대부분의 복제약 및 일부 저가 선호 유명 상표약 포함).
- 2군 의약품 - 처방집에 2군으로 기재된 의약품으로, 보장 제외 대상이 아닌 의약품(비선호 복제약, 선호 유명 상표약, 인슐린 및 당뇨병 용품, 처방집에 수록된 경우 동등 성분의 복제약이 있는 특정 유명 상표약 포함).
- 3군 의약품 - 처방집에 3군으로 기재된 의약품(비선호 유명 상표약, 의학적으로 필요한 경우 동등 성분의 복제약이 있는 유명 상표약, 3군 의약품으로 수록된 의약품, 승인된 경우 "NF"로 표시된 의약품 또는 처방집에 수록되지 않은 의약품 포함).
- 특수 의약품 - 처방집에 특수 의약품으로 기재된 의약품(특수 의약품, 자가 투여 주사약(인슐린 제외), 복합 또는 만성 증상 치료에 사용되는 고가 의약품 포함), 처방집에 수록되어 있지 않은 특수 의약품은 의학적으로 필요한 경우 예외로 보장됨.
- 예방약 및 여성 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 여성 피임제는 공제액 적용 대상이 아닙니다. 공제액이 충족된 후에는 코페이먼트 금액이 적용됩니다.
- 처방약 제조제는 한 번의 코페이먼트로 Health Net과 계약을 맺은 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 보장 대상입니다. 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 의약품은 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 일반 의약품으로 구입 가능하거나 처방전으로만 조제받을 수 있는 여성용 FDA 승인 피임제입니다. 질, 경구, 경피, 응급 피임제는 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.
- 특수 의약품은 사전 승인을 받아야 하며 승인을 받으면 특수 약국 업체가 해당 의약품의 조제를 준비하게 됩니다. 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 질 피임 기구, 최대 호기량 검사기, 흡입 보조기 및 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 또는 만족을 수립, 유지 또는 향상하는 의약품을 포함하여 의학적으로 필요하지 않은 경우의 성 기능 장애에 대해 처방되는 의약품(주사제 포함).
- 실험적 의약품("주의 - 연방법에 의해 연구 사용으로만 제한됨"이라는 라벨이 부착된 것). 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 주삿바늘 및 주사기와 특정 상표의 펜 기구를 제외한 피하 주삿바늘 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, 물약 병, 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 이용할 수 있는 의료 장비와 용품(인슐린 포함)은 당뇨병의 관리와 치료를 위해, 미국 예방 의학 특별 위원회 A 및 B 권장 사항에 따른 예방 목적으로 또는 FDA가 승인한 바와 같이 여성 피임을 위해 의사가 처방한 경우 보장됩니다. 처방전 없이 구입할 수 있는 기타 비처방 의약품, 의료 장비 또는 용품은 그러한 의약품, 장비 또는 용품에 대해 의사가 처방전을 발급한 경우라도 보장되지 않습니다. 하지만 더 높은 용량의 처방약 또는 일반 의약품 (Over-The-Counter, OTC)을 처방을 받은 경우에만 구입할 수 있는 경우, 이와 같은 더 높은 용량의 약물이 보장됩니다.
- 응급 또는 긴급 진료 상황을 제외하고, 귀하 플랜의 SBC가 네트워크 비소속 약국 혜택을 제공하지 않는 한 네트워크 비소속 약국에서 조제한 처방약은 보장되지 않습니다.
- 무면허 의사가 처방한 처방약.
- 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 구역질 치료에만 제공되거나 만성 통증의 치료를 위한 종합적인 통증 관리 프로그램의 일환으로 제공되는 침술 서비스를 제공합니다. Health Net은 American Specialty Health Plans of California, Inc.(Ash Plans)와 협력 관계를 맺어 고품질의 저렴한 침술 보장을 제공합니다. 이 프로그램을 통해 ASH Plans와 계약을 맺은 침술사 명부에서 계약 침술사를 선택하여 진료를 받으실 수 있습니다.

ASH Plans에서 귀하에게 보장 침술 서비스를 연결해 드립니다. 참여 공급자, 의사, 담당 일차 진료의의 진료 의뢰 없이 계약을 맺은 침술사를 이용하실 수 있습니다.

계약을 맺은 모든 침술사에게서 보장 침술 서비스를 받으실 수 있으며, 보장 침술 서비스를 제공할 침술사를 방문하기 전에 계약 침술사를 사전 지명할 필요가 없습니다. 다음 경우를 제외하고, 계약을 맺은 침술사에게서 보장 침술 서비스를 받으셔야 합니다.

- 귀하가 거주하는 카운티에서 보장 침술 서비스가 제공되지 않아 이용할 수 없는 경우, **ASH Plans**에서 진료 의뢰를 한 경우에 한해 근처 카운티에서 이용할 수 있는 비계약 침술사에게서 보장 침술 서비스를 받으실 수 있습니다.

보장되는 모든 침술 서비스는 **ASH Plans**에서 의학적 필요성을 확인해야 할 수도 있지만, 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.

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 **EOC**를 참조해 주십시오.

- 부수적 보조기 및 서비스는 보장되지 않습니다.
- **California** 주 외에서 치료를 제공하는 침술사가 제공하는 서비스는 보장되지 않습니다.
- 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 Plans**가 결정합니다.
- 병원 입원 및 관련 서비스에 대한 비용.
- 마취 비용.
- 승인이 필요하지만 **ASH Plans**가 승인하지 않았거나 계약 침술사가 제공하지 않은 치료 또는 서비스, 계약 침술사가 제공하지 않은 치료(**ASH Plans**가 승인한 비계약 침술사에 대한 진료 의뢰 제외).
- **California**에서 면허 소지 침술사의 면허 범위 내에 해당되는 서비스에 한해 보장이 적용됩니다.

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

소아 시력 진료 프로그램

소아 시력 서비스 혜택은 **Health Net**에서 제공합니다. **Health Net**은 소아 시력 서비스 혜택을 주관하도록 **Envolve 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, **1-866-392-6058**번으로 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 1회).....	\$0
표준 플라스틱 안경 렌즈(12개월마다 한 쌍).....	\$0
<ul style="list-style-type: none"> • 단일시, 이중 초점, 삼중 초점, 수정체 • 유리 또는 플라스틱 	
다음을 포함한 선택적 렌즈 및 치료:.....	\$0
<ul style="list-style-type: none"> • 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 시력 렌즈 • 셀렉트 또는 울트라 다중 초점 렌즈 	
프리미엄 다중 초점 렌즈.....	\$0
공급자 선택 콘택트렌즈(안경 렌즈 대신).....	\$0
<ul style="list-style-type: none"> • 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 제한 사항이 적용됩니다. 다음 증상 중 하나에 대해 진단을 받은 경우, 콘택트렌즈가 의학적으로 필요하다고 정의합니다.

- 메리디언 파워로 -10D 또는 +10D를 초과하는 고굴절
- 메리디언 파워로 3D의 굴절
- 표준 안경 렌즈를 착용한 경우 한쪽 또는 양쪽 눈을 20/25 시력으로 정정할 수 없는 각막혼탁
- 시각 교정 표준 안경 렌즈와 비교할 때 시력 차트에서 2개 선상 이상으로 향상될 수 있는 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.
- 이중 초점 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 직업 질병에 따라 요구되는 시각 및 안경류 서비스에 대해 환급을 추진합니다.

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

소아 치과 프로그램

보장 대상

소아 치과 서비스는 환자가 만 19세가 되는 달의 말일까지 보장됩니다. 의학적으로 필요한 치과 서비스에 혜택을 이용하실 수 있습니다. 네트워크 공급자 또는 네트워크 비소속 공급자로부터 진료를 받으실 수 있습니다.

적격 치과 비용

보장되는 치과 서비스에 대한 적격 치과 비용은 아래와 같이 결정됩니다.

네트워크 혜택: 적격 치과 비용은 당사와 네트워크 공급자 간의 협약 요금을 기준으로 합니다. 귀하는 협약 요금을 초과하는 금액에 대해 책임을 지지 않습니다.

네트워크 비소속 혜택: 적격 치과 비용은 Health Net의 최대 허용 금액을 기준으로 하며, 이는 네트워크 비소속 공급자가 청구하는 금액보다 많을 수 있습니다. 귀하에게는 최대 허용 금액을 초과한 금액에 대한 지불 책임이 있습니다. 자세한 내용은 "네트워크 비소속 공급자에 대한 최대 허용 금액(MAA)" 섹션을 참조해 주십시오.

혜택 요약

아래 금액은 귀하가 혜택에 대해 지불하는 금액이며, 공제액이 적용되지 않습니다. 백분율은 적격 치과 비용을 기준으로 합니다. 보장되는 소아 치과 서비스, 혜택 제한 사항 및 예외 규정의 전체 목록은 EOC를 참조해 주십시오.

혜택 설명	네트워크 혜택	네트워크 비소속 혜택
진단 혜택	\$0	10%
예방 혜택	\$0	10%
복구 혜택	20%	30%
치주 관리 서비스	20%	30%
근관 치료	50%	50%
치주병(치주 관리 이외)	50%	50%
위턱 얼굴 보형물	50%	50%
임플란트 서비스	50%	50%

치과 보철(탈착식)	50%	50%
고정식 치과 보철	50%	50%
구강 및 위턱 얼굴 수술	50%	50%
의학적으로 필요한 치열 교정	50%	50%
부가 서비스	50%	50%

혜택 제한 사항:

명시된 한도는 달리 명시되지 않는 한 네트워크 혜택 및 네트워크 비소속 혜택의 조합을 의미합니다. 혜택 제한 사항은 구체적으로 명시되지 않는 한 달력 연도 기준으로 계산됩니다.

정기 구강 검사

정기 구강 검사는 6개월에 한 번으로 제한됩니다.

구강 예방

구강 예방 서비스(클리닝)는 6개월마다 1번으로 제한됩니다.

불소 처리

불소 처리는 6개월마다 한 번씩 보장됩니다.

입속 방사선 영상

입속 - 입속 전체 방사선 영상은 24개월에 한 번으로 제한됩니다.

구강내 - 교합 방사선 영상은 6개월마다 2회로 제한됩니다.

교익형 엑스레이

교익형 X-레이는 6개월마다 1회, 4장의 방사선 영상으로 제한됩니다.

파노라마 엑스레이 촬영

파노라마 방사선 영상은 36개월마다 1회로 제한됩니다.

치과 실란트

치과 실란트는 치아당 두 번째 큰어금니 위치를 차지하고 있는 첫째, 둘째, 셋째 영구 큰어금니로 제한됩니다.

보철물 교체

보철물 교체는 충치 또는 파절의 재발생과 같은 상태처럼 입증되는 결함이 있고 의료적으로 필요한 교체일 때에만 보장됩니다.

크라운

사전에 제작된 크라운 - 유치는 12개월에 한 번 보장됩니다. 사전에 제작된 크라운 - 영구치는 36개월에 한 번 보장됩니다.

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

잇몸 절제술 또는 치은 성형술 및 골 수술

잇몸 절제술 또는 치은 성형술 및 골 수술은 36개월마다 사분면당 한 번으로 제한됩니다.

치주병(관리 이외)

치주 스케일링, 치근 활택술, 치은하 소파술은 24개월마다 사분면당 1회로 제한됩니다.

치주 관리

치주 관리는 마지막 스케일링 및 치근 활택술 이후 24개월 기간 동안만 분기당 1회 보장됩니다.

의학적으로 필요한 치과 교정:

교정 치료는 질병을 예방하고, 구강 건강을 증진하며, 건강하고 기능적인 구강 구조로 복구하며, 응급 상황을 치료하기 위해 의학적으로 필요한 경우에 보장됩니다.

부가 서비스:

- 치통 치료를 위한 완화(응급) 치료. 가입자당 하루에 1회로 제한됨.
- 자택/확대 요양원으로의 호출, 서비스 당일 가입자당 1회.
- 가입자당 하루 한 명의 제공자에 대해 1회의 병원 혹은 외래 수술 센터 호출.
- 원격 치과 혜택은 12개월에 2회로 제한됩니다.

소아 치과 제외 사항

- 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.
- 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. 실험적 치료가 거부될 경우 독립 의료 심사 과정을 통해 이의를 제기할 수 있으며, 독립 의료 심사 과정에서 요구할 경우 해당 서비스가 제공되고 보장됩니다. 자세한 내용은 귀하의 Health Net 건강 보험에 대한 *보험 보장 증서*에 명시된 "일반 조항" 섹션의 "연구적 또는 실험적 요법에 대한 독립 의료 검토" 부분을 참조해 주십시오.
 - 전신 마취 또는 정맥/의식 상태 진정제 투여. 단, 본 EOC의 의료 혜택 섹션에 명시된 경우는 제외. "예외 및 제한 사항"과 "치과 서비스"를 참조하십시오.
 - 환자의 신체적 또는 행동적 제약 때문에 시행이 불가능한 서비스.
 - 진료 약속을 지키지 않거나 지키지 못하여 발생하는 비용(24시간 전에 알리지 않는 경우)은 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. 가입자가 합리적 범위 내에서 응급 상황이 존재하지 않음을 알 수 있었음에도 응급 상황이 아닌 상태에 대해 응급 치료 환경에서 받은 소아 치과 서비스.
- 이 문서는 요약서일 뿐입니다. 보장의 정확한 약관을 확인하시려면 EOC를 참조해 주십시오.

차별 금지 공지

Nondiscrimination Notice

In addition to the State of California nondiscrimination requirements (as described in benefit coverage documents), Health Net of California, Inc. (Health Net) complies with applicable federal civil rights laws and does not discriminate, exclude people or treat them differently on the basis of race, color, national origin, ancestry, religion, marital status, gender, gender identity, sexual orientation, age, disability, or sex.

HEALTH NET:

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

If you need these services, contact Health Net's Customer Contact Center at:

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

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

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

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

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

Health Net of California, Inc. Appeals & Grievances

PO Box 10348

Van Nuys, CA 91410-0348

Fax: 1-877-831-6019

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

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

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

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

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

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 لخدمة الأفراد والعائلة: (TTY: 711) 1-800-839-2172. للتواصل في كاليفورنيا، يرجى الاتصال بالرقم الفرعي لخدمة الأفراد والعائلة عبر الرقم: (TTY: 711) 1-888-926-4988 أو المتروقات الصغيرة (TTY: 711) 1-888-926-5133. لخطط المجموعة عبر Health Net، يرجى الاتصال بالرقم (TTY: 711) 1-800-522-0088.

Armenian

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

Chinese

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

Hindi

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

Hmong

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

Japanese

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

Khmer

សេវាកម្មភាសាដោយឥតគិតថ្លៃ។ លោកអ្នកអាចទទួលបានអ្នកបកប្រែផ្ទាល់មាត់។ 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 ákódoolnít. 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 (TTY:711) 1-888-926-5133 (TTY:711) تماس بگیرید. برای طرح های گروهی از طریق Health Net، با 1-800-522-0088 (TTY:711) تماس بگیرید.

Panjabi (Punjabi)

ਬਿਨਾਂ ਕਿਸੇ ਲਾਗਤ ਵਾਲੀਆਂ ਭਾਸ਼ਾ ਸੇਵਾਵਾਂ। ਤੁਸੀਂ ਇੱਕ ਦੁਭਾਸ਼ੀਏ ਦੀ ਸੇਵਾ ਹਾਸਲ ਕਰ ਸਕਦੇ ਹੋ। ਤੁਹਾਨੂੰ ਦਸਤਾਵੇਜ਼ ਤੁਹਾਡੀ ਭਾਸ਼ਾ ਵਿੱਚ ਪੜ੍ਹ ਕੇ ਸੁਣਾਏ ਜਾ ਸਕਦੇ ਹਨ। ਮਦਦ ਲਈ, ਆਪਣੇ ਆਈਡੀ ਕਾਰਡ ਤੇ ਦਿੱਤੇ ਨੰਬਰ ਤੇ ਗਾਹਕ ਸੰਪਰਕ ਕੇਂਦਰ ਨੂੰ ਕਾਲ ਕਰੋ ਜਾਂ ਵਿਅਕਤੀਗਤ ਅਤੇ ਪਰਿਵਾਰਕ ਯੋਜਨਾ (IFP) 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 (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

Health Net

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, Salud con Health Net HMO 플랜은 Health Net, LLC 및 Centene Corporation의
자회사인 Health Net of California, Inc. 에서 제공합니다. Health Net은 Health Net, LLC의 등록 서비스
상표입니다. 모든 권리 보유.*