



# Formulario de Reclamo para Medicamentos que Requieren Receta Médica

Este formulario de reclamo se utilizará para el reembolso de medicamentos cubiertos proporcionados por farmacias. La presentación de este formulario no garantiza el reembolso. Consulte los documentos de su plan para obtener información adicional sobre la cobertura. Si tiene alguna pregunta sobre este formulario, o necesita formularios adicionales, comuníquese con Health Net al número de teléfono que aparece en su tarjeta de identificación de afiliado o visite [www.healthnet.com](http://www.healthnet.com) (afiliados a Planes de Grupo) o en [www.myhealthnetca.com](http://www.myhealthnetca.com) (afiliados a Planes Individuales y Familiares).

## Instrucciones

- |  |   |                       |  |                          |                          |                                   |                                   |              |                                   |              |                  |                        |  |
|--|---|-----------------------|--|--------------------------|--------------------------|-----------------------------------|-----------------------------------|--------------|-----------------------------------|--------------|------------------|------------------------|--|
| <p>1. Complete la sección de información sobre el suscriptor/ persona inscrita a continuación. Encontrará los números de identificación y de grupo del suscriptor en su tarjeta de identificación de Health Net o en la copia de su solicitud que sirve como número de identificación temporal.</p> <p>2. Pídale a su farmacéutico que complete la sección que aparece en el reverso, y presente un recibo detallado de la farmacia que incluya la misma información.</p> <p>3. Debe completar un formulario de reclamo separado por cada familiar. Además, necesita un formulario separado por cada farmacia que utilice.</p> | <p>4. Debe llenar el formulario de forma completa; de lo contrario, lo recibirá nuevamente para que lo complete. Espere cuatro semanas para que se procesen los formularios de reclamo completados.</p> <p>5. Envíe el formulario completado a:</p> <table border="0"> <tr> <td><b>Group members:</b></td> <td><b>Individual &amp; Family Plan members:</b></td> </tr> <tr> <td>Health Net of California</td> <td>Health Net of California</td> </tr> <tr> <td>Health Net Life Insurance Company</td> <td>Health Net Life Insurance Company</td> </tr> <tr> <td>C/O Caremark</td> <td>5 River Park Place East, Ste. 210</td> </tr> <tr> <td>PO Box 52136</td> <td>Fresno, CA 93720</td> </tr> <tr> <td>Phoenix, AZ 85072-2136</td> <td></td> </tr> </table> | <b>Group members:</b> | <b>Individual &amp; Family Plan members:</b> | Health Net of California | Health Net of California | Health Net Life Insurance Company | Health Net Life Insurance Company | C/O Caremark | 5 River Park Place East, Ste. 210 | PO Box 52136 | Fresno, CA 93720 | Phoenix, AZ 85072-2136 |  |
| <b>Group members:</b>  | <b>Individual &amp; Family Plan members:</b>  |                       |  |                          |                          |                                   |                                   |              |                                   |              |                  |                        |  |
| Health Net of California   | Health Net of California  |                       |  |                          |                          |                                   |                                   |              |                                   |              |                  |                        |  |
| Health Net Life Insurance Company  | Health Net Life Insurance Company   |                       |  |                          |                          |                                   |                                   |              |                                   |              |                  |                        |  |
| C/O Caremark   | 5 River Park Place East, Ste. 210   |                       |  |                          |                          |                                   |                                   |              |                                   |              |                  |                        |  |
| PO Box 52136   | Fresno, CA 93720  |                       |  |                          |                          |                                   |                                   |              |                                   |              |                  |                        |  |
| Phoenix, AZ 85072-2136   |   |                       |  |                          |                          |                                   |                                   |              |                                   |              |                  |                        |  |

## Suscriptor/persona inscrita

N.º de identificación del suscriptor/ persona inscrita:		N.º de grupo:		N.º de teléfono de contacto:	
Apellido del suscriptor/persona inscrita:			Nombre:		Inicial del segundo nombre:
Dirección:		Ciudad:		Estado:	Código postal:
Nombre del paciente:		Las recetas se brindaron para (diagnóstico):		Sexo del paciente:	Fecha de nacimiento:

¿Este medicamento se recetó para una lesión sufrida en el lugar de trabajo?  Sí  No

¿Algún otro plan de seguro grupal cubre este medicamento?  Sí  No

Si la respuesta es "sí", proporcione el nombre de la compañía de seguros y del otro empleador: \_\_\_\_\_

Health Net PPO, Flex Net y Medicare Supplement están completamente asegurados por Health Net Life Insurance Company.

Health Net HMO es ofrecido por Health Net of California, Inc.

Certifico que la información anterior es correcta y que la persona mencionada anteriormente es elegible para los beneficios. He recibido el medicamento que se describe en este documento y autorizo la divulgación de toda la información que se encuentra en este comprobante a Health Net o a su agente.

Reconozco que los beneficios que se pagarán conforme al presente documento para los medicamentos que requieren receta médica no se pueden asignar y que toda asignación o intento de asignación de estos será nula. Además, reconozco que no ha habido ninguna asignación de los beneficios establecidos en el presente documento.

Cualquier persona que, a sabiendas, presente un reclamo falso o fraudulento para el pago de una pérdida es culpable de un delito y puede estar sujeta a multas y encarcelamiento en la prisión estatal.

X \_\_\_\_\_  
Firma (persona asegurada) \_\_\_\_\_  
Fecha

*Pídale a su farmacéutico que complete la parte restante. No podremos procesar este formulario sin dicha información.*

Número de receta: 1.	Fecha de surtido:	Marque una opción: <input type="checkbox"/> Nueva <input type="checkbox"/> Repetición de la receta <input type="checkbox"/> Compuesto	Cantidad:	Instrucciones de la receta:	Días de suministro:	Precio de la receta incluido el impuesto:
Nombre y concentración del medicamento:				Número DEA del médico:	Número del NDC requerido:	
Número de receta: 2.	Fecha de surtido:	Marque una opción: <input type="checkbox"/> Nueva <input type="checkbox"/> Repetición de la receta <input type="checkbox"/> Compuesto	Cantidad:	Instrucciones de la receta:	Días de suministro:	Precio de la receta incluido el impuesto:
Nombre y concentración del medicamento:				Número DEA del médico:	Número del NDC requerido:	
Número de receta: 3.	Fecha de surtido:	Marque una opción: <input type="checkbox"/> Nueva <input type="checkbox"/> Repetición de la receta <input type="checkbox"/> Compuesto	Cantidad:	Instrucciones de la receta:	Días de suministro:	Precio de la receta incluido el impuesto:
Nombre y concentración del medicamento:				Número DEA del médico:	Número del NDC requerido:	

*Si es un medicamento compuesto, complete la información a continuación.*

Coloque la etiqueta de la farmacia aquí.

Número de 7 dígitos de la NABP requerido: \_\_\_\_\_  
(Obtenga este número en su farmacia).

Nombre de la farmacia: \_\_\_\_\_ ¿Es una farmacia participante de Health Net?  Sí  No

Dirección: \_\_\_\_\_ Firma del farmacéutico X \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_ **Nota:** Los beneficios son pagaderos directamente a la persona cubierta, y cualquier asignación de estos beneficios es nula.

*Información del medicamento compuesto que requiere receta médica*

- Incluya la cantidad de recetas, los nombres de los medicamentos, su concentración y la fecha de surtido.
- Incluya todos los números del NDC de los medicamentos despachados.
- Indique la “cantidad métrica” expresada en cantidad de tabletas, gramos o mililitros para líquidos, cremas, ungüentos e inyectables.

*Medicamentos compuestos que requieren receta médica*

Número de receta	Número del NDC	Nombre del medicamento	Cantidad	Costo	Fecha de surtido

Además de los requisitos de no discriminación del Estado de California (según lo descrito en los documentos de cobertura de beneficios), Health Net of California, Inc. y Health Net Life Insurance Company (Health Net) cumplen con las leyes federales aplicables sobre derechos civiles y no discriminan, no excluyen a las personas ni las tratan de manera diferente por motivos de raza, color, nacionalidad, ascendencia, religión, estado civil, género, identidad sexual, orientación sexual, edad, discapacidad o sexo.

**Health Net:**

- Proporciona aparatos y servicios gratuitos a las personas con discapacidades para que se comuniquen eficazmente con nosotros, como intérpretes calificados de lenguaje de señas e información escrita en otros formatos (letra grande, formatos electrónicos accesibles, otros formatos).
- Proporciona servicios de idiomas gratuitos a las personas cuyo idioma principal no es el inglés, como intérpretes calificados e información escrita en otros idiomas.

Si necesita estos servicios, llame al Centro de Comunicación con el Cliente de Health Net al:

**Afiliados a Planes Individuales y Familiares (IFP) Del Intercambio/Covered California**

1-888-926-4988 (TTY: 711)

**Afiliados a Planes Individuales y Familiares (IFP) Fuera del Intercambio** 1-800-839-2172 (TTY: 711)

**Solicitantes de Planes Individuales y Familiares (IFP)** 1-877-609-8711 (TTY: 711)

**Planes de Grupo a través de Health Net** 1-800-522-0088 (TTY: 711)

Si considera que Health Net no proporcionó estos servicios o ejerció algún otro tipo de discriminación en función de una de las características antes mencionadas, puede presentar una queja formal llamando al Centro de Comunicación con el Cliente de Health Net al número que se indica más arriba y diciéndoles que necesita ayuda para presentar una queja formal. El Centro de Comunicación con el Cliente de Health Net está disponible para ayudarle a presentar una queja formal. También puede presentar una queja formal por correo postal, fax o correo electrónico:

Health Net of California, Inc./Health Net Life Insurance Company Appeals & Grievances

PO Box 10348, Van Nuys, CA 91410-0348

Fax: 1-877-831-6019

Correo electrónico: [Member.Discrimination.Complaints@healthnet.com](mailto:Member.Discrimination.Complaints@healthnet.com) (Afiliados) o

[Non-Member.Discrimination.Complaints@healthnet.com](mailto:Non-Member.Discrimination.Complaints@healthnet.com) (Solicitantes)

Para planes HMO, HSP, EOA y POS ofrecidos a través de Health Net of California, Inc.: Si su problema de salud es urgente, si ya presentó una queja ante Health Net of California, Inc. y no está conforme con la decisión o si han transcurrido más de 30 días desde que presentó la queja ante Health Net of California, Inc., puede presentar un Formulario de Revisión Médica Independiente/ Quejas ante el Departamento de Atención Médica Administrada (por sus siglas en inglés, DMHC). Para presentar un formulario de quejas, puede llamar a la Mesa de Ayuda del DMHC al 1-888-466-2219 (TDD: 1-877-688-9891) o visitar [www.dmhc.ca.gov/FileaComplaint](http://www.dmhc.ca.gov/FileaComplaint).

Para planes PPO y EPO asegurados por Health Net Life Insurance Company: Para presentar una queja, puede llamar al Departamento de Seguros de California al 1-800-927-4357 o visitar <https://www.insurance.ca.gov/01-consumers/101-help/index.cfm>.

Si considera que se le ha discriminado por cuestiones de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo, también puede presentar una queja sobre derechos civiles ante el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos, Oficina de Derechos Civiles (por sus siglas en inglés, OCR), de manera electrónica a través del Portal de Quejas de la OCR, disponible en <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, o bien, por correo postal o teléfono: 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).

Hay formularios de quejas disponibles en <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.

## English

No Cost Language Services. You can get an interpreter. You can get documents read to you and some sent to you in your language. For help, call the Customer Contact Center at the number on your ID card or call 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 لخطه الأفراد والعائلة: 1-800-839-2172 (TTY: 711). للتواصل في كاليفورنيا، يرجى الاتصال بالرقم الفرعي لخطه 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**

សេវាកាសាដោយឥតគិតថ្លៃ។ លោកអ្នកអាចទទួលបានអ្នកបកប្រែផ្ទាល់មាត់។ លោកអ្នកអាចស្តាប់គេអានឯកសារឱ្យលោកអ្នកជាភាសារបស់លោកអ្នក។ សម្រាប់ជំនួយ សូមហៅទូរស័ព្ទទៅកាន់មជ្ឈមណ្ឌលទំនាក់ទំនងអភិថិជនតាមលេខដែលមាននៅលើប័ណ្ណសម្គាល់ខ្លួនរបស់លោកអ្នក 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 hák'á ada'iiyeed. Ata' halne'ígíí da ła' ná hádíóót'íjį. Naaltsoos da t'áá shí shizaad k'éhjí shichí' yídooltah nínízingo t'áá ná ákódoolníít. Ákót'éego shíká a'doowoł nínízingo Customer Contact Center hoolyéhíjį' hodiílnih ninaaltsoos nanítingo bee néého'dolzinígíí hodoonihjí' bikáá' éí doodago kojí' hólne' Individual & Family Plan (IFP) Off Exchange: 1-800-839-2172 (TTY: 711). California marketplace báhígíí kojí' hólne' IFP On Exchange 1-888- 926-4988 (TTY: 711) éí doodago Small Business báhígíí kojí' hólne' 1-888-926-5133 (TTY: 711). Group Plans through Health Net báhígíí éí kojí' 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) به شماره: 1-800-839-2172 (TTY:711) تماس بگیرید. برای بازار کالیفرنیا، با IFP On Exchange شماره 1-888-926-4988 (TTY:711) یا کسب و کار کوچک 1-888-926-5133 (TTY:711) تماس بگیرید. برای طرح های گروهی از طریق Health Net، با 1-800-522-0088 (TTY:711) تماس بگیرید.

**Panjabi (Punjabi)**

ਬਿਨਾਂ ਕਿਸੇ ਲਾਗਤ ਵਾਲੀਆਂ ਭਾਸ਼ਾ ਸੇਵਾਵਾਂ। ਤੁਸੀਂ ਇੱਕ ਦੁਭਾਸ਼ੀਏ ਦੀ ਸੇਵਾ ਹਾਸਲ ਕਰ ਸਕਦੇ ਹੋ। ਤੁਹਾਨੂੰ ਦਸਤਾਵੇਜ਼ ਤੁਹਾਡੀ ਭਾਸ਼ਾ ਵਿੱਚ ਪੜ੍ਹ ਕੇ ਸੁਣਾਏ ਜਾ ਸਕਦੇ ਹਨ। ਮਦਦ ਲਈ, ਆਪਣੇ ਆਈਡੀ ਕਾਰਡ ਤੇ ਦਿੱਤੇ ਨੰਬਰ ਤੇ ਗਾਹਕ ਸੰਪਰਕ ਕੇਂਦਰ ਨੂੰ ਕਾਲ ਕਰੋ ਜਾਂ ਵਿਅਕਤੀਗਤ ਅਤੇ ਪਰਿਵਾਰਕ ਯੋਜਨਾ (IFP) ਐੱਫ ਐਕਸਚੇਂਜ 'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ: 1-800-839-2172 (TTY: 711)। ਕੈਲੀਫੋਰਨੀਆ ਮਾਰਕੀਟਪਲੇਸ ਲਈ, IFP ਐੱਨ ਐਕਸਚੇਂਜ ਨੂੰ 1-888-926-4988 (TTY: 711) ਜਾਂ ਸਮੱਲ 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).