



# Autorización para Usar y Divulgar Información Médica

**AVISO AL AFILIADO:**

- Completar este formulario permitirá a Health Net of California, Inc. y/o Health Net Life Insurance Company (en conjunto, Health Net<sup>1</sup>) (i) usar su información médica con un propósito en particular, y/o (ii) compartir su información médica con la persona o entidad que usted identifique en este formulario.
- No tiene la obligación de firmar este formulario ni de otorgar el permiso para usar o compartir su información médica. Sus servicios y beneficios a través de Health Net no cambiarán si usted no firma este formulario.
- Derecho a cancelar (revocar): Este formulario de autorización/consentimiento está sujeto a revocación en cualquier momento, excepto en la medida en que el titular de Health Net u otro titular legal de su información médica que tenga el permiso para compartirla ya haya actuado sobre la base de este formulario. Si usted desea cancelar este Formulario de Autorización, llene el Formulario de Revocación en la página 3 y envíelo a la dirección que se indica en la parte inferior de la página.
- Health Net no puede prometer que la persona o grupo con quien usted nos permite compartir su información médica no la compartirá con alguien más.
- Guarde una copia de todos los formularios completados que nos envíe. Podemos enviarle copias si las necesita.
- Llene este formulario con toda la información solicitada. Cuando haya finalizado, envíelo a la dirección que se indica en la parte inferior de la página 2.

Información sobre el afiliado			
Nombre del afiliado (en letra de molde):			
Fecha de nacimiento del afiliado: / /		Número de identificación del afiliado:	
OTORGO A HEALTH NET EL PERMISO PARA USAR MI INFORMACIÓN MÉDICA CON EL PROPÓSITO IDENTIFICADO O PARA COMPARTIR MI INFORMACIÓN MÉDICA CON LA PERSONA O GRUPO QUE SE MENCIONA A CONTINUACIÓN. EL PROPÓSITO DE LA AUTORIZACIÓN ES:			
<input type="checkbox"/> permitir que Health Net me ayude con mis beneficios y servicios, o bien, <input type="checkbox"/> permitir que Health Net use o comparta mi información médica para _____ .			
Persona o grupo que recibirá información (agregar personas o grupos adicionales en la página 2)			
Nombre (persona o grupo):			
Dirección:			
Ciudad:	Estado:	Código postal:	Teléfono: ( ) -
Autorizo a Health Net a usar o compartir la siguiente información médica:			
<input type="checkbox"/> <b>Toda mi información médica (INCLUYENDO</b> información, servicios o resultados de pruebas genéticas; datos y registros sobre el VIH/SIDA; datos y registros sobre salud mental (excepto notas de psicoterapia); datos y registros sobre medicamentos que requieren receta médica; y datos y registros sobre el consumo de drogas y alcohol <b>(especifique cualquier información sobre trastornos por abuso de sustancias que pueda divulgarse):</b> _____); <b>O BIEN,</b>			
<input type="checkbox"/> <b>Toda mi información médica EXCEPTO (marque todas las casillas que correspondan):</b>			
<input type="checkbox"/> Información, servicios o pruebas genéticas <input type="checkbox"/> Datos y registros sobre el VIH/SIDA <input type="checkbox"/> Datos y registros sobre el consumo de drogas y alcohol <input type="checkbox"/> Datos y registros sobre salud mental (excepto notas de psicoterapia) <input type="checkbox"/> Datos y registros sobre medicamentos que requieren receta médica <input type="checkbox"/> Otro: _____			

<sup>1</sup>Health Net of California, Inc., Managed Health Network, LLC y Health Net Life Insurance Company son subsidiarias de Health Net, Inc. y Centene Corporation. Health Net es una marca de servicio registrada de Health Net, Inc. Todas las demás marcas comerciales/marcas de servicio identificadas continúan siendo propiedad de sus respectivas compañías. Todos los derechos reservados.

## Vencimiento de la autorización

Esta autorización vencerá el        /        /        (mm/dd/aa); la validación estará vigente por un máximo de un año. Si no se indica ninguna fecha, esta autorización vencerá en un año.

Firma del afiliado (el afiliado o el representante legal deben firmar aquí):

Fecha:

/        /

Si usted está firmando en nombre del afiliado, describa su relación a continuación. Si es el representante personal del afiliado, describa su autorización a continuación y envíenos copias de los formularios que la respaldan (como un poder legal o una orden de tutela).

## Persona/s física/s o entidad/es adicional/es que recibirá/n información

**NOTA:** Si usted está otorgando su consentimiento para divulgar cualquier registro sobre trastornos por abuso de sustancias a un destinatario que no es un pagador externo ni un proveedor de cuidado de la salud, centro o programa donde usted recibe servicios de parte de un proveedor tratante, como un intercambio de seguros de salud o una institución de investigación (de aquí en adelante, "entidad destinataria"), usted debe especificar el nombre de una persona con quien, o la entidad donde, usted recibe servicios de parte de un proveedor tratante de esa entidad destinataria, o bien, simplemente debe indicar que sus registros sobre trastornos por abuso de sustancias pueden divulgarse a sus proveedores tratantes actuales y futuros de esa entidad destinataria.

Nombre (persona o entidad):

Dirección:

Ciudad:

Estado:

Código postal:

Teléfono:

(        )        -

Nombre (persona o entidad):

Dirección:

Ciudad:

Estado:

Código postal:

Teléfono:

(        )        -

Nombre (persona o entidad):

Dirección:

Ciudad:

Estado:

Código postal:

Teléfono:

(        )        -

### Envíe este formulario completado a:

Health Net Privacy Office, PO Box 9103, Van Nuys, CA 91409

Teléfono: 1-800-522-0088, Fax: 818-676-8314



# Revocación de la Autorización para Usar y/o Divulgar Información Médica

Deseo cancelar, o revocar, el permiso que otorgué a Health Net para usar mi información médica con un propósito en particular o para compartir mi información médica con una persona o grupo.

Persona o grupo que recibió la información			
Nombre (persona o grupo):			
Dirección:			
Ciudad:	Estado:	Código postal:	Teléfono: (      )      -
Fecha en que se firmó la autorización (si se conoce): /      /			
Información sobre el afiliado			
Nombre del afiliado (en letra de molde):			
Fecha de nacimiento del afiliado: /      /	N.º de Identificación del/de la afiliado/a:		
Entiendo que es posible que mi información médica (incluyendo, cuando corresponda, mis registros sobre trastornos por abuso de sustancias) ya se haya usado o compartido debido al permiso que otorgué anteriormente. También entiendo que esta cancelación sólo se aplica al permiso que otorgué para usar mi información médica con un propósito en particular o para compartir mi información médica con la persona o grupo. No cancela ningún otro formulario de autorización que haya firmado para que la información médica se use con otro propósito o se comparta con otra persona o grupo.			
Firma del afiliado (el afiliado o el representante legal deben firmar aquí):		Fecha: /      /	
Si usted está firmando en nombre del afiliado, describa su relación a continuación. Si es el representante personal del afiliado, describa su autorización a continuación y envíenos copias de los formularios que la respaldan (como un poder legal o una orden de tutela).			

Health Net dejará de usar o compartir su información médica cuando recibamos y procesemos este formulario. Use la dirección postal que se indica a continuación. También puede llamar al número que se indica a continuación para obtener ayuda.

**Health Net Privacy Office**

PO Box 9103, Van Nuys, CA 91409  
Teléfono: 1-800-522-0088, Fax: 818-676-8314

## *Aviso de No Discriminación*

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:

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 لخطة الأفراد والعائلة: (TTY: 711) 1-800-839-2172. للتواصل في كاليفورنيا، يرجى الاتصال بالرقم الفرعي لخطة الأفراد والعائلة عبر الرقم: (TTY: 711) 1-888-926-4988 أو المشروعات الصغيرة (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**

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

**Korean**

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

**Navajo**

Doo bą́ąh ílínígóó saad bee háká ada'iiyeed. Ata' halne'ígíí da ła' ná hádídóót'ííł. Naaltsoos da t'áá shí shizaad k'ehjí shichí' yídooltah nínízingo t'áá ná ákódoolnííł. Ákót'éego shíká a'doowoł nínízingo Customer Contact Center hoolyéhíjí' hodíílnih 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. دریافت کمک، با مرکز تماس مشتریان به شماره روی کارت شناسایی یا طرح فردی و خانوادگی (IFP) Off Exchange) به شماره: 1-888-926-4988 (TTY:711) تماس بگیرید. برای بازار کالیفرنیا، با IFP On Exchange شماره 1-800-839-2172 (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.

**Punjabi (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) ਔਫ ਐਕਚੇਂਜ 'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ: 1-800-839-2172 (TTY: 711)। ਕੈਲੀਫੋਰਨੀਆ ਮਾਰਕਿਟਪਲੇਸ ਲਈ, IFP ਔਨ ਐਕਚੇਂਜ 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 คุณสามารถใช้สามได้ คุณสามารถให้อ่านเอกสารให้ฟังเป็นภาษาของคุณได้ หากต้องการความช่วยเหลือ โทรหาศูนย์ลูกค้าสัมพันธ์ได้ที่หมายเลขบนบัตรประจำตัวของคุณ หรือโทรหาฝ่ายแผนบุคคลและครอบครัวของเอกชน (Individual & Family Plan (IFP) Off Exchange) ที่ 1-800-839-2172 (โหมด TTY: 711) สำหรับเขตแคลิฟอร์เนีย โทรหาฝ่ายแผนบุคคลและครอบครัวของรัฐ (IFP On Exchange) ได้ที่ 1-888-926-4988 (โหมด TTY: 711) หรือ ฝ่ายธุรกิจขนาดเล็ก (Small Business) ที่ 1-888-926-5133 (โหมด TTY: 711) สำหรับแผนแบบกลุ่มผ่านทาง Health Net โทร 1-800-522-0088 (โหมด 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)