

Health Net Seniority Plus Amber II (HMO D-SNP) es ofrecido por Health Net of California, Inc.

Aviso Anual de Cambios para 2020

Usted está afiliado actualmente a Health Net Seniority Plus Amber II (HMO SNP). El próximo año, habrá algunos cambios en los costos y los beneficios del plan. *Este cuadernillo brinda información sobre esos cambios.*

Qué hacer ahora

1. AVERIGÜE: Qué cambios lo afectarán

- Consulte los cambios en nuestros beneficios y costos para saber si será afectado por ellos.
 - Es importante que analice su cobertura ahora para asegurarse de que se ajuste a sus necesidades del próximo año.
 - ¿Los cambios afectan los servicios que utiliza?
 - Consulte las Secciones 2.5 y 2.6 para obtener información sobre los cambios en los beneficios y los costos de nuestro plan.

- Consulte en el cuadernillo los cambios en nuestra cobertura de medicamentos que requieren receta médica para saber si será afectado por ellos.
 - ¿Sus medicamentos tendrán cobertura?
 - ¿Están en un nivel diferente, con un costo compartido diferente?
 - ¿Alguno de sus medicamentos tiene restricciones nuevas, como requerir nuestra aprobación antes de surtir una receta médica?
 - ¿Puede continuar utilizando las mismas farmacias? ¿Hay algún cambio en los costos por utilizar esta farmacia?
 - Consulte la *Lista de Medicamentos* para 2020 y la Sección 2.6 para obtener información sobre los cambios en nuestra cobertura de medicamentos.

- Los costos de sus medicamentos pueden haber aumentado desde el año pasado. Consulte a su médico sobre alternativas más económicas para usted; así podrá ahorrar en los costos de desembolso anual durante todo el año. Para obtener más información sobre los precios de los medicamentos, ingrese en <https://go.medicare.gov/drugprices>. Estos cuadros señalan qué fabricantes han estado aumentando los precios y también muestran información comparativa sobre los precios de los medicamentos año tras año. Tenga en cuenta que los beneficios del plan determinarán con exactitud cuánto pueden cambiar los costos de sus medicamentos.

Verifique si sus médicos y otros proveedores estarán en nuestra red el próximo año.

- ¿Sus médicos, incluidos los especialistas que visita regularmente, se encuentran en nuestra red?
- ¿Y los hospitales y otros proveedores que utiliza?
- Consulte la Sección 2.3 para obtener información sobre el *Directorio de Farmacias y Proveedores*.

Considere los costos generales de su atención de salud.

- ¿Cuánto gastará de su bolsillo para pagar los servicios y medicamentos que requieren receta médica que utiliza con regularidad?
- ¿Cuánto gastará en la prima y en los deducibles?
- ¿Cómo se comparan los costos totales de su plan con otras opciones de cobertura de Medicare?

Piense si está satisfecho con nuestro plan.

2. COMPARE: Conozca otras opciones de planes

Consulte la cobertura y los costos de los planes en su área.

- Utilice la herramienta de búsqueda personalizada del buscador de planes de Medicare en el sitio web <https://www.medicare.gov>. Haga clic en “Find health & drug plans” (Buscar planes de salud y de medicamentos).
- Revise la lista en la contraportada de su manual *Medicare y Usted*.
- Consulte la Sección 4.2 para obtener más información sobre sus opciones.

Una vez que haya elegido un plan preferido, confirme los costos y la cobertura en el sitio web del plan.

3. ELIJA: Decida si quiere cambiar de plan

- Si decide **conservar** Health Net Seniority Plus Amber II (HMO SNP), no necesita hacer nada. Permanecerá en Health Net Seniority Plus Amber II (HMO SNP).
- Si quiere **cambiarse a otro plan** que se ajuste mejor a sus necesidades, puede hacerlo entre el 15 de octubre y el 7 de diciembre. Consulte la Sección 4.2, en la página 18, para obtener más información sobre sus opciones.

4. INSCRÍBASE: Para cambiar de plan, debe afiliarse al nuevo plan entre el **15 de octubre** y el **7 de diciembre de 2019**

- Si no lo hace **antes del 7 de diciembre de 2019**, permanecerá en Health Net Seniority Plus Amber II (HMO D-SNP).
- Si se afilia entre el **15 de octubre** y el **7 de diciembre de 2019**, la nueva cobertura comenzará el **1.º de enero de 2020**.

Recursos Adicionales

- Este documento está disponible en forma gratuita, en español.
- Llame al Departamento de Servicios al Afiliado, al 1-800-431-9007, para obtener información adicional. (Los usuarios de TTY deben llamar al 711). Desde el 1.º de octubre hasta el 31 de marzo, puede llamarnos los 7 días de la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Desde el 1.º de abril hasta el 30 de septiembre, puede llamarnos de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Fuera de los horarios de atención, los fines de semana y los feriados nacionales, deje su mensaje.
- Debemos proporcionar la información de una manera que le sirva (en idiomas distintos del español, en audio, en letra grande o en otros formatos alternativos, etc.).
- **La cobertura conforme a este plan se considera cobertura de salud calificada** y cumple con el requisito de responsabilidad individual compartida de la Ley de Protección al Paciente y Cuidado de Salud Asequible. Visite el sitio web del Servicio de Rentas Internas, <https://www.irs.gov/Affordable-Care-Act/Individuals-and-Families>, para obtener más información.

Acerca de Health Net Seniority Plus Amber II (HMO D-SNP)

- Health Net tiene contrato con Medicare para ofrecer planes de HMO y de HMO-SNP, y con el programa estatal de Medicaid. La inscripción en Health Net está sujeta a la renovación del contrato.
 - En este cuadernillo, “nosotros”, “nos” o “nuestro” hacen referencia a Health Net of California, Inc. Utilizaremos las palabras “plan” o “nuestro plan” para referirnos a Health Net Seniority Plus Amber II (HMO D-SNP).
-

Resumen de Costos Importantes para 2020

En la tabla que aparece a continuación, se comparan los costos de 2019 y de 2020 de Health Net Seniority Plus Amber II (HMO D-SNP) en varios aspectos importantes. **Tenga en cuenta que este es solo un resumen de los cambios.** Encontrará una copia de la *Evidencia de Cobertura* en nuestro sitio web, ca.healthnetadvantage.com. También puede llamar al Departamento de Servicios al Afiliado para solicitar que le enviemos por correo una *Evidencia de Cobertura*. Si reúne los requisitos para la asistencia de costo compartido de Medicare conforme a Medicaid, tiene que pagar \$0 por su deducible, las visitas al consultorio del médico y los servicios hospitalarios para pacientes internados.

Costo	2019 (este año)	2020 (próximo año)
Prima mensual del plan* * La prima puede ser mayor o menor que este monto. Consulte la Sección 2.1 para obtener detalles.	\$0-\$34.80	\$0-\$32
Visitas al consultorio del médico	Visitas al médico de atención primaria: usted paga un copago de \$0 por visita. Visitas a especialistas: usted paga un copago de \$0 por visita.	Visitas al médico de atención primaria: usted paga un copago de \$0 por visita. Visitas a especialistas: usted paga un copago de \$0 por visita.
Servicios hospitalarios para pacientes internados Se incluyen servicios hospitalarios para pacientes internados agudos, servicios de rehabilitación para pacientes internados, hospitales de atención a largo plazo y otros tipos de servicios hospitalarios para pacientes internados. La atención hospitalaria para pacientes internados	Si reúne los requisitos para la asistencia parcial de costo compartido de Medicare conforme a Medicaid, tiene que pagar los montos de costo compartido definidos por Medicare. En 2019, los montos de costo compartido definidos por Medicare para cada período de beneficios son los siguientes: Deducible de \$1,364 por cada período de beneficios.	Si reúne los requisitos para la asistencia parcial de costo compartido de Medicare conforme a Medicaid, tiene que pagar los montos de costo compartido definidos por Medicare. En 2019, los montos de costo compartido definidos por Medicare para cada período de beneficios son los siguientes: Deducible de \$1,364 por cada período de beneficios.

Costo	2019 (este año)	2020 (próximo año)
<p>comienza el día que lo admiten formalmente en el hospital, con la indicación de un médico. El día anterior a que reciba el alta es su último día de internación.</p>	<p>Días 1 al 60: copago de \$0 por día. Días 61 al 90: copago de \$341 por día. Días 1 al 60 de reserva vitalicia: copago de \$682 por día.</p> <p>Una vez agotados estos días de reserva vitalicia, usted debe pagar todos los costos.</p>	<p>Días 1 al 60: copago de \$0 por día. Días 61 al 90: copago de \$341 por día. Días 1 al 60 de reserva vitalicia: copago de \$682 por día.</p> <p>Una vez agotados estos días de reserva vitalicia, usted debe pagar todos los costos.</p> <p>Estos son los montos de costo compartido correspondientes al año 2019 y pueden cambiar en 2020. Comuníquese con el Departamento de Servicios al Afiliado para obtener más información (consulte la Sección 8.1).</p>
<p>Cobertura de medicamentos que requieren receta médica de la Parte D (Consulte la Sección 2.6 para obtener detalles).</p>	<p>Deducible: \$300</p> <p>(Se aplica a los medicamentos de los niveles 2, 3, 4 y 5).</p> <p>Copagos/coseguros según corresponda durante la Etapa de cobertura inicial:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Nivel 1: medicamentos genéricos preferidos: Costo compartido estándar: usted paga un copago de \$0 por un suministro de un mes (30 días). 	<p>Deducible: \$350</p> <p>(Se aplica a los medicamentos de los niveles 2, 3, 4 y 5).</p> <p>Copagos/coseguros según corresponda durante la Etapa de cobertura inicial:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Nivel 1: medicamentos genéricos preferidos: Costo compartido estándar: usted paga un copago de \$0 por un suministro de un mes (30 días).

Costo	2019 (este año)	2020 (próximo año)
	<ul style="list-style-type: none"> <li data-bbox="591 321 976 562"> <p>• Nivel 2: medicamentos genéricos: Costo compartido estándar: usted paga un copago de \$20 por un suministro de un mes (30 días).</p> <li data-bbox="591 621 976 863"> <p>• Nivel 3: medicamentos de marca preferidos: Costo compartido estándar: usted paga un copago de \$47 por un suministro de un mes (30 días).</p> <li data-bbox="591 921 976 1163"> <p>• Nivel 4: medicamentos no preferidos: Costo compartido estándar: usted paga un copago de \$100 por un suministro de un mes (30 días).</p> <li data-bbox="591 1222 976 1463"> <p>• Nivel 5: nivel de especialidades: Costo compartido estándar: usted paga el 27% del costo total por un suministro de un mes (30 días).</p> <li data-bbox="591 1522 976 1764"> <p>• Nivel 6: determinados medicamentos: Costo compartido estándar: usted paga un copago de \$0 por un suministro de un mes (30 días).</p> 	<ul style="list-style-type: none"> <li data-bbox="1024 321 1409 562"> <p>• Nivel 2: medicamentos genéricos: Costo compartido estándar: usted paga un copago de \$20 por un suministro de un mes (30 días).</p> <li data-bbox="1024 621 1409 863"> <p>• Nivel 3: medicamentos de marca preferidos: Costo compartido estándar: usted paga un copago de \$47 por un suministro de un mes (30 días).</p> <li data-bbox="1024 921 1409 1163"> <p>• Nivel 4: medicamentos no preferidos: Costo compartido estándar: usted paga un copago de \$100 por un suministro de un mes (30 días).</p> <li data-bbox="1024 1222 1409 1463"> <p>• Nivel 5: nivel de especialidades: Costo compartido estándar: usted paga el 26% del costo total por un suministro de un mes (30 días).</p> <li data-bbox="1024 1522 1409 1764"> <p>• Nivel 6: determinados medicamentos: Costo compartido estándar: usted paga un copago de \$0 por un suministro de un mes (30 días).</p>

Costo	2019 (este año)	2020 (próximo año)
<p>Monto de desembolso máximo</p> <p>Este es el monto <u>máximo</u> que pagará de desembolso por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B. (Consulte la Sección 2.2 para obtener detalles).</p>	<p>\$4,950</p> <p>Si reúne los requisitos para la asistencia parcial de costo compartido de Medicare conforme a Medicaid, es posible que tenga que pagar los costos de desembolso para alcanzar el monto de desembolso máximo por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B.</p>	<p>\$4,950</p> <p>Si reúne los requisitos para la asistencia parcial de costo compartido de Medicare conforme a Medicaid, es posible que tenga que pagar los costos de desembolso para alcanzar el monto de desembolso máximo por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B.</p>

Aviso Anual de Cambios para 2020

Índice

Resumen de Costos Importantes para 2020	1
SECCIÓN 1 A Menos Que Elija Otro Plan, lo Afiliaremos Automáticamente a Health Net Seniority Plus Amber II (HMO D-SNP) en 2020	6
SECCIÓN 2 Cambios en los Beneficios y los Costos para el Próximo Año	6
Sección 2.1: Cambios en la Prima Mensual.....	6
Sección 2.2: Cambios en el Monto de Desembolso Máximo	7
Sección 2.3: Cambios en la Red de Proveedores.....	7
Sección 2.4: Cambios en la Red de Farmacias	8
Sección 2.5: Cambios en los Beneficios y los Costos de los Servicios Médicos	8
Sección 2.6: Cambios en la Cobertura de Medicamentos Que Requieren Receta Médica de la Parte D	13
SECCIÓN 3 Cambios Administrativos	16
SECCIÓN 4 Cómo Decidir Qué Tipo de Plan Elegir	18
Sección 4.1: Si Quiere Permanecer en Health Net Seniority Plus Amber II (HMO D-SNP).....	18
Sección 4.2: Si Quiere Cambiar de Plan.....	18
SECCIÓN 5 Cambiar de Plan.....	19
SECCIÓN 6 Programas Que Ofrecen Asesoramiento Gratuito sobre Medicare y Medicaid.....	20
SECCIÓN 7 Programas Que Ayudan a Pagar los Medicamentos Que Requieren Receta Médica	21
SECCIÓN 8 ¿Tiene Preguntas?	21
Sección 8.1: Cómo Obtener Ayuda de Health Net Seniority Plus Amber II (HMO D-SNP).....	21
Sección 8.2: Cómo Obtener Ayuda de Medicare.....	22
Sección 8.3: Cómo Obtener Ayuda de Medicaid.....	23

SECCIÓN 1 A Menos Que Elija Otro Plan, lo Afiliaremos Automáticamente a Health Net Seniority Plus Amber II (HMO D-SNP) en 2020

El 1.º de enero de 2020, Health Net of California, Inc. combinará el plan Health Net Seniority Plus Amber II (HMO SNP) con uno de nuestros planes, Health Net Seniority Plus Amber II (HMO D-SNP).

Si no cambia su cobertura de Medicare en 2019, lo afiliaremos automáticamente a nuestro plan Health Net Seniority Plus Amber II (HMO D-SNP). Esto significa que a partir del 1.º de enero de 2020, obtendrá la cobertura médica y de medicamentos que requieren receta médica a través de Health Net Seniority Plus Amber II (HMO D-SNP). Si lo quiere, puede cambiarse a un plan de salud de Medicare diferente. También puede cambiarse a Medicare Original y obtener la cobertura de medicamentos que requieren receta médica a través de un plan de medicamentos que requieren receta médica. Si quiere cambiar de plan, debe hacerlo desde ahora hasta el 7 de diciembre. El cambio entrará en vigor a partir del 1.º de enero de 2020.

La información incluida en este documento le indica las diferencias entre los beneficios actuales de Health Net Seniority Plus Amber II (HMO SNP) y los beneficios que tendrá a partir del 1.º de enero de 2020 como afiliado de Health Net Seniority Plus Amber II (HMO D-SNP).

SECCIÓN 2 Cambios en los Beneficios y los Costos para el Próximo Año

Sección 2.1: Cambios en la Prima Mensual

Costo	2019 (este año)	2020 (próximo año)
Prima mensual (También debe continuar pagando la prima de Medicare Parte B, a menos que Medicaid la pague por usted).	\$0-\$34.80 Su prima se calcula de acuerdo con el estado de su subsidio por ingreso bajo.	\$0-\$32 Su prima se calcula de acuerdo con el estado de su subsidio por ingreso bajo.

Sección 2.2: Cambios en el Monto de Desembolso Máximo

Para protegerlo, Medicare exige que todos los planes de salud limiten el monto que paga de desembolso durante el año. Este límite se denomina “monto de desembolso máximo”. Una vez que alcanza este monto, en general no paga nada por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B durante el resto del año.

Costo	2019 (este año)	2020 (próximo año)
<p>Monto de desembolso máximo</p> <p>Debido a que nuestros afiliados también reciben asistencia de Medicaid, muy pocos alguna vez alcanzan este desembolso máximo.</p> <p>Si reúne los requisitos para la asistencia parcial de costo compartido de Medicare conforme a Medicaid, es posible que tenga que pagar los costos de desembolso para alcanzar el monto de desembolso máximo por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B.</p> <p>Los costos de los servicios médicos cubiertos (como copagos) cuentan para su monto de desembolso máximo. La prima del plan y los costos de los medicamentos que requieren receta médica no cuentan para el monto de desembolso máximo.</p>	\$4,950	<p>\$4,950</p> <p>Una vez que haya pagado \$4,950 de desembolso por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B, no pagará nada por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B durante el resto del año calendario.</p>

Sección 2.3: Cambios en la Red de Proveedores

Se han implementado cambios en nuestra red de proveedores para el próximo año. Encontrará un *Directorio de Farmacias y Proveedores* actualizado en nuestro sitio web, ca.healthnetadvantage.com. También puede llamar al Departamento de Servicios al Afiliado para obtener información actualizada sobre los proveedores o para solicitar que le enviemos un *Directorio de Farmacias y Proveedores* por correo. **Consulte el *Directorio de Farmacias y Proveedores para 2020*, para saber si sus proveedores (de atención primaria, especialistas, hospitales, etc.) se encuentran en nuestra red.**

Es importante que sepa que es posible que implementemos cambios en los hospitales, médicos y especialistas (proveedores) que forman parte de nuestro plan durante el año. Existen muchas razones por las que es posible que su proveedor deje el plan, pero, en caso de que efectivamente lo haga, usted cuenta con algunos derechos y protecciones que se resumen a continuación:

- Aunque es posible que nuestra red de proveedores cambie durante el año, debemos brindarle acceso ininterrumpido a médicos y especialistas calificados.
- Haremos un esfuerzo de buena fe y le informaremos con, por lo menos, 30 días de anticipación que su proveedor dejará el plan, para que tenga tiempo de elegir un nuevo proveedor.
- Lo ayudaremos a elegir un nuevo proveedor calificado para satisfacer sus necesidades de atención de salud.
- Si está bajo tratamiento médicamente necesario, tiene derecho a solicitar que no se interrumpa. Lo ayudaremos a garantizar la continuidad del tratamiento.
- Si cree que no se le proporcionó un proveedor calificado para reemplazar al anterior, o que no está recibiendo la atención correcta, tiene derecho a presentar una apelación de nuestra decisión.
- Si se entera de que su médico o especialista está por dejar el plan, comuníquese con nosotros para que podamos ayudarlo a encontrar un nuevo proveedor y a administrar su atención.

Sección 2.4: Cambios en la Red de Farmacias

Los montos que paga por sus medicamentos que requieren receta médica dependen de la farmacia que utilice. Los planes de medicamentos de Medicare tienen una red de farmacias. En la mayoría de los casos, sus recetas médicas están cubiertas *únicamente* si se surten en una de las farmacias de nuestra red.

Se han implementado cambios en nuestra red de farmacias para el próximo año. Encontrará un *Directorio de Farmacias y Proveedores* actualizado en nuestro sitio web, ca.healthnetadvantage.com. También puede llamar al Departamento de Servicios al Afiliado para obtener información actualizada sobre las farmacias o para solicitar que le enviemos un *Directorio de Farmacias y Proveedores* por correo. **Para saber qué farmacias se encuentran en nuestra red, consulte el *Directorio de Farmacias y Proveedores para 2020*.**

Sección 2.5: Cambios en los Beneficios y los Costos de los Servicios Médicos

Tenga en cuenta que el *Aviso Anual de Cambios* incluye información sobre los cambios en sus beneficios y los costos de Medicare.

Estamos haciendo cambios en la cobertura de ciertos servicios médicos para el próximo año. A continuación, se describen estos cambios. Para obtener detalles sobre la cobertura y los costos de estos servicios, consulte el Capítulo 4, *Tabla de Beneficios Médicos (qué está cubierto y qué paga usted)*, de la *Evidencia de Cobertura para 2020*. Encontrará una copia de la *Evidencia de Cobertura* en nuestro sitio web, ca.healthnetadvantage.com. También puede llamar al Departamento de Servicios al Afiliado para solicitar que le enviemos por correo una *Evidencia de Cobertura*.

Costo	2019 (este año)	2020 (próximo año)
Autorización previa	<p>Los siguientes servicios requerían autorización previa:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Atención hospitalaria para pacientes internados. • Atención de salud mental para pacientes internados. • Atención en un centro de enfermería especializada. • Servicios de rehabilitación pulmonar y cardíaca. • Servicios de internación parcial. • Servicios de cuidado de la salud en el hogar. • Servicios quiroprácticos. • Servicios de médicos especialistas. • Servicios especializados de salud mental para pacientes ambulatorios. • Atención de salud mental (psiquiátrica) para pacientes ambulatorios. • Servicios de rehabilitación para pacientes ambulatorios: <ul style="list-style-type: none"> ○ Terapia ocupacional. ○ Fisioterapia. ○ Terapia del habla. • Pruebas de diagnóstico y servicios de laboratorio para pacientes ambulatorios. 	<p>Los siguientes servicios requerirán autorización previa:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Atención hospitalaria para pacientes internados. • Atención de salud mental para pacientes internados. • Atención en un centro de enfermería especializada. • Servicios de rehabilitación pulmonar y cardíaca. • Servicios de internación parcial. • Servicios de cuidado de la salud en el hogar. • Servicios quiroprácticos. • Servicios de médicos especialistas. • Servicios especializados de salud mental para pacientes ambulatorios. • Atención de salud mental (psiquiátrica) para pacientes ambulatorios. • Servicios de rehabilitación para pacientes ambulatorios: <ul style="list-style-type: none"> ○ Terapia ocupacional. ○ Fisioterapia. ○ Terapia del habla. • Servicios para el tratamiento por uso de opioides.

Costo	2019 (este año)	2020 (próximo año)
	<ul style="list-style-type: none"> • Servicios radiológicos terapéuticos o de diagnóstico para pacientes ambulatorios. • Servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios. • Servicios de observación para pacientes ambulatorios. • Servicios de centros quirúrgicos ambulatorios. • Servicios de abuso de sustancias para pacientes ambulatorios. • Servicios relacionados con la sangre para pacientes ambulatorios. • Servicios de ambulancia para servicios en avión y servicios que no son de emergencia. • Servicios de transporte. • Equipo médico duradero. • Prótesis y suministros relacionados. • Servicios y suministros para diabéticos. • Servicios para tratar afecciones y enfermedades renales: <ul style="list-style-type: none"> ○ Diálisis renal. ○ Educación sobre enfermedades renales. • Servicios preventivos cubiertos por Medicare. • Otros servicios preventivos cubiertos por Medicare: <ul style="list-style-type: none"> ○ Prueba de detección de glaucoma. ○ Capacitación para el autocontrol de la diabetes. ○ Enema de bario. 	<ul style="list-style-type: none"> • Pruebas de diagnóstico y servicios de laboratorio para pacientes ambulatorios. • Servicios radiológicos terapéuticos o de diagnóstico para pacientes ambulatorios. • Servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios. • Servicios de observación para pacientes ambulatorios. • Servicios de centros quirúrgicos ambulatorios. • Servicios de abuso de sustancias para pacientes ambulatorios. • Servicios relacionados con la sangre para pacientes ambulatorios. • Servicios de ambulancia para servicios en avión y servicios que no son de emergencia. • Servicios de transporte. • Equipo médico duradero. • Prótesis y suministros relacionados. • Servicios y suministros para diabéticos. • Servicios preventivos cubiertos por Medicare. • Medicamentos que requieren receta médica de Medicare Parte B. • Servicios dentales integrales. • Lentes y accesorios para la atención de la vista. • Audífonos.

Costo	2019 (este año)	2020 (próximo año)
	<ul style="list-style-type: none"> ○ Examen de tacto rectal. ○ Electrocardiograma luego de la visita de bienvenida. ○ Otros servicios preventivos cubiertos por Medicare. ● Medicamentos que requieren receta médica de Medicare Parte B. ● Servicios dentales integrales. ● Exámenes de atención de la vista. ● Lentes y accesorios para la atención de la vista. ● Servicios de audición. 	<p>Los siguientes servicios ya no requerirán autorización previa:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Servicios para tratar afecciones y enfermedades renales: <ul style="list-style-type: none"> ○ Diálisis renal. ○ Educación sobre enfermedades renales. ● Otros servicios preventivos cubiertos por Medicare: <ul style="list-style-type: none"> ○ Prueba de detección de glaucoma. ○ Capacitación para el autocontrol de la diabetes. ○ Enema de bario. ○ Examen de tacto rectal. ○ Electrocardiograma luego de la visita de bienvenida. ○ Otros servicios preventivos cubiertos por Medicare. ● Exámenes de atención de la vista. ● Servicios de audición.
<p>Servicios para el tratamiento por uso de opioides</p>	<p>No están cubiertos como un beneficio aparte. Algunos servicios para el tratamiento por uso de opioides estaban cubiertos por sus beneficios de abuso de sustancias.</p>	<p>Usted paga el 20% del costo total por cada tratamiento por uso de opioides cubierto por Medicare (en grupo o de manera individual), si reúne los requisitos para la asistencia parcial de costo compartido de Medicare conforme a Medicaid.</p> <p>Si reúne los requisitos para la asistencia completa de costo compartido de Medicare conforme a Medicaid, paga \$0.</p>

Costo	2019 (este año)	2020 (próximo año)
Servicios de transporte	<p>Usted paga un copago de \$0 por viaje de un trayecto, hasta 20 viajes de un trayecto por año calendario hacia lugares aprobados.</p> <p>Si quiere más información, consulte la <i>Evidencia de Cobertura</i>.</p>	<p>Usted paga un copago de \$0 por viaje de un trayecto, hasta 30 viajes de un trayecto por año calendario hacia lugares aprobados.</p> <p>Si quiere más información, consulte la <i>Evidencia de Cobertura</i>.</p>
Beneficio adicional para dejar de fumar	<p>No se ofrece un beneficio adicional para dejar de fumar.</p>	<p>Usted paga un copago de \$0 por hasta 4 llamadas adicionales de asesoramiento a través de nuestro programa para dejar de fumar telefónico y en línea, por año calendario. Incluye asesoramiento en línea y llamadas ilimitadas al asesor para dejar de fumar.</p> <p>Si quiere más información, consulte la <i>Evidencia de Cobertura</i>.</p>
Atención de la vista (lentes y accesorios)	<p>Usted tiene una asignación máxima de \$250 para 1 par de anteojos (marcos y lentes) o lentes de contacto cada 2 años calendario.</p> <p>Si quiere más información sobre los beneficios del plan, consulte la <i>Evidencia de Cobertura</i>.</p>	<p>Usted tiene una asignación máxima de \$250 para anteojos (marcos y lentes) o lentes de contacto por año calendario.</p> <p>Si quiere más información sobre los beneficios del plan, consulte la <i>Evidencia de Cobertura</i>.</p>

Sección 2.6: Cambios en la Cobertura de Medicamentos Que Requieren Receta Médica de la Parte D

Cambios en Nuestra <i>Lista de Medicamentos</i>
--

Nuestra lista de medicamentos cubiertos se denomina “*Formulario*” o “Lista de Medicamentos”. Puede obtener una copia de nuestra *Lista de Medicamentos* de manera electrónica.

Hemos implementado cambios en nuestra *Lista de Medicamentos*, que incluyen cambios en los medicamentos que cubrimos y cambios en las restricciones que se aplican a nuestra cobertura de ciertos medicamentos. **Consulte la *Lista de Medicamentos* para asegurarse de que sus medicamentos estarán cubiertos el próximo año y para saber si se aplicará alguna restricción.**

Si lo afecta algún cambio en la cobertura de medicamentos, puede hacer lo siguiente:

- **Hablar con su médico (o persona que receta) y solicitarle al plan que haga una excepción** para cubrir el medicamento.
 - Para saber qué debe hacer para solicitar una excepción, consulte el Capítulo 9 de la *Evidencia de Cobertura (Qué debe hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones y quejas))* o llame al Departamento de Servicios al Afiliado.
- **Consultar a su médico (o persona que receta) para buscar un medicamento diferente** que cubramos. Puede llamar al Departamento de Servicios al Afiliado para solicitar una lista de los medicamentos cubiertos que tratan la misma enfermedad.

En algunas situaciones, debemos cubrir un suministro temporal de un medicamento que no figura en el *Formulario* dentro de los primeros 90 días del año del plan o dentro de los primeros 90 días de su afiliación al plan, para evitar que se interrumpa el tratamiento.

La mayoría de los cambios en la *Lista de Medicamentos* tienen lugar al comienzo de cada año. Sin embargo, es posible que, durante el año, realicemos otros cambios que cumplen con las reglas de Medicare.

Cuando realizamos estos cambios en la *Lista de Medicamentos* durante el año, aún puede hablar con su médico (o persona que receta) y solicitarnos que hagamos una excepción para cubrir el medicamento. Seguiremos actualizando nuestra *Lista de Medicamentos* en línea como se programó y brindaremos la información necesaria para reflejar los cambios en los medicamentos. (Para obtener más información sobre los cambios que podemos realizar en la *Lista de Medicamentos*, consulte el Capítulo 5, Sección 6, de la *Evidencia de Cobertura*).

Cambios en los Costos de los Medicamentos Que Requieren Receta Médica

Nota: Si participa en un programa que ayuda a pagar sus medicamentos (Ayuda Adicional), **la información sobre los costos de los medicamentos que requieren receta médica de la Parte D es posible que no se aplique a usted.** Le enviamos un encarte aparte denominado “Cláusula Adicional de la *Evidencia de Cobertura* para las Personas Que Reciben Ayuda Adicional para Pagar Sus Medicamentos Que Requieren Receta Médica” (también denominada “Cláusula Adicional de Subsidio por Ingreso Bajo” o “Cláusula Adicional LIS”), que le brinda información sobre los costos de los medicamentos. Debido a que usted obtiene Ayuda Adicional y no ha recibido este encarte antes del 30 de septiembre de 2019, llame al Departamento de Servicios al Afiliado y solicite la *Cláusula Adicional LIS*. Los números de teléfono del Departamento de Servicios al Afiliado están en la Sección 8.1 de este cuadernillo.

Existen cuatro etapas de pago de medicamentos. El monto que paga por un medicamento de la Parte D depende de la etapa en la que se encuentra. (También puede consultar el Capítulo 6, Sección 2, de la *Evidencia de Cobertura* para obtener más información sobre estas etapas).

A continuación, se muestran los cambios para el próximo año en las dos primeras etapas, la Etapa del deducible anual y la Etapa de cobertura inicial. (La mayoría de los afiliados no llegan a las otras dos etapas, la Etapa de brecha de cobertura y la Etapa de cobertura catastrófica. Para obtener información sobre los costos en estas etapas, consulte el *Resumen de Beneficios* o el Capítulo 6, Secciones 6 y 7, de la *Evidencia de Cobertura*).

Cambios en la Etapa del Deducible

Etapa	2019 (este año)	2020 (próximo año)
<p>Etapa 1: Etapa del deducible anual</p> <p>Durante esta etapa, usted paga el costo total de sus medicamentos del nivel 2 (genéricos), nivel 3 (de marca preferidos), nivel 4 (no preferidos) y nivel 5 (nivel de especialidades) hasta que alcance el deducible anual.</p>	<p>El deducible es de \$300.</p> <p>Durante esta etapa, usted paga \$0 de costo compartido por los medicamentos del nivel 1 (genéricos preferidos) y por los medicamentos del nivel 6 (determinados medicamentos), y paga el costo total de los medicamentos del nivel 2 (genéricos), nivel 3 (de marca preferidos), nivel 4 (no preferidos) y nivel 5 (nivel de especialidades) hasta que alcance el deducible anual.</p>	<p>El deducible es de \$350.</p> <p>Durante esta etapa, usted paga \$0 de costo compartido por los medicamentos del nivel 1 (genéricos preferidos) y por los medicamentos del nivel 6 (determinados medicamentos), y paga el costo total de los medicamentos del nivel 2 (genéricos), nivel 3 (de marca preferidos), nivel 4 (no preferidos) y nivel 5 (nivel de especialidades) hasta que alcance el deducible anual.</p>

Etapa	2019 (este año)	2020 (próximo año)
	Su monto del deducible es de \$0 u \$85, según el nivel de Ayuda Adicional que recibe. (Consulte el encarte aparte, la <i>Cláusula Adicional LIS</i> , para conocer el monto de su deducible).	Su monto del deducible es de \$0 u \$89, según el nivel de Ayuda Adicional que recibe. (Consulte el encarte aparte, la <i>Cláusula Adicional LIS</i> , para conocer el monto de su deducible).

Cambios en Su Costo Compartido en la Etapa de Cobertura Inicial

Para obtener información sobre cómo funcionan los copagos y el coseguro, consulte el Capítulo 6, Sección 1.2, *Tipos de costos de desembolso que puede pagar por medicamentos que requieren receta médica*, de la *Evidencia de Cobertura*.

Etapa	2019 (este año)	2020 (próximo año)
<p>Etapa 2: Etapa de cobertura inicial</p> <p>Una vez que usted paga el deducible anual, pasará a la Etapa de cobertura inicial. Durante esta etapa, se cubre la parte del costo de los medicamentos que le corresponde al plan, y usted paga su parte del costo.</p> <p>Los costos que se indican en esta fila son por un suministro de un mes (30 días) cuando surte su receta médica en una farmacia de la red que ofrece un costo compartido estándar. Si quiere obtener información sobre los costos de un suministro a largo plazo o de los medicamentos que requieren receta médica de compra por correo, consulte el Capítulo 6, Sección 5, de la <i>Evidencia de Cobertura</i>.</p>	<p>Su costo para un suministro de un mes surtido en una farmacia de la red con un costo compartido estándar:</p> <p>Nivel 1: medicamentos genéricos preferidos: usted paga un copago de \$0 por receta médica.</p> <p>Nivel 2: medicamentos genéricos: usted paga un copago de \$20 por receta médica.</p> <p>Nivel 3: medicamentos de marca preferidos: usted paga un copago de \$47 por receta médica.</p> <p>Nivel 4: medicamentos no preferidos: usted paga un copago de \$100 por receta médica.</p>	<p>Su costo para un suministro de un mes surtido en una farmacia de la red con un costo compartido estándar:</p> <p>Nivel 1: medicamentos genéricos preferidos: usted paga un copago de \$0 por receta médica.</p> <p>Nivel 2: medicamentos genéricos: usted paga un copago de \$20 por receta médica.</p> <p>Nivel 3: medicamentos de marca preferidos: usted paga un copago de \$47 por receta médica.</p> <p>Nivel 4: medicamentos no preferidos: usted paga un copago de \$100 por receta médica.</p>

Etapa	2019 (este año)	2020 (próximo año)
Hemos cambiado el nivel para algunos medicamentos de nuestra <i>Lista de Medicamentos</i> . Para saber si sus medicamentos estarán en un nivel diferente, búsquelos en la <i>Lista de Medicamentos</i> .	<p>Nivel 5: nivel de especialidades: usted paga el 27% del costo total.</p> <p>Nivel 6: determinados medicamentos: usted paga un copago de \$0 por receta médica.</p> <hr/> <p>Una vez que sus costos totales de medicamentos hayan alcanzado los \$3,820, usted pasará a la siguiente etapa (la Etapa de brecha de cobertura).</p>	<p>Nivel 5: nivel de especialidades: usted paga el 26% del costo total.</p> <p>Nivel 6: determinados medicamentos: usted paga un copago de \$0 por receta médica.</p> <hr/> <p>Una vez que sus costos totales de medicamentos hayan alcanzado los \$4,020, usted pasará a la siguiente etapa (la Etapa de brecha de cobertura).</p>

Cambios en las Etapas de Brecha de Cobertura y Cobertura Catastrófica

La Etapa de brecha de cobertura y la Etapa de cobertura catastrófica son las otras dos etapas de cobertura de medicamentos para personas que gastan mucho dinero en medicamentos. **La mayoría de los afiliados no llegan a ninguna de estas etapas.**

Para obtener información sobre los costos en estas etapas, consulte el *Resumen de Beneficios* o el Capítulo 6, Secciones 6 y 7, de la *Evidencia de Cobertura*.

SECCIÓN 3 Cambios Administrativos

Proceso	2019 (este año)	2020 (próximo año)
Cambios en el monto de desembolso máximo	<p>Los siguientes beneficios y servicios se aplican a su desembolso máximo:</p> <p>Todos los beneficios cubiertos por Medicare dentro de la red.</p> <p>Atención de emergencia, atención de urgencia y servicios de transporte de emergencia internacionales.</p>	<p>Los siguientes beneficios y servicios se aplican a su desembolso máximo:</p> <p>Todos los beneficios cubiertos por Medicare dentro de la red.</p> <p>Cuidado de los pies de rutina no cubierto por Medicare.</p>

Proceso	2019 (este año)	2020 (próximo año)
	<p>Cuidado de los pies de rutina no cubierto por Medicare.</p> <p>Las primeras 3 pintas de sangre.</p> <p>Exámenes de la vista de rutina.</p>	<p>Las primeras 3 pintas de sangre.</p> <p>Servicios de transporte hacia lugares aprobados.</p> <p>Examen físico anual no cubierto por Medicare.</p> <p>Beneficio de acondicionamiento físico.</p> <p>Línea de Consultas con Enfermeras.</p> <p>Sesiones adicionales de orientación para dejar de fumar y de consumir tabaco.</p> <p>Servicios dentales preventivos.</p> <p>Exámenes de la vista de rutina.</p> <p>Pruebas auditivas de rutina.</p> <p>Ajuste de audífonos.</p> <p>Audífonos.</p>
Cambio en el número de identificación del plan de Medicare	Su número de identificación del plan de Medicare era H0562-110-001.	Su número de identificación del plan de Medicare es H0562-121.
Transporte	Llamaba al Departamento de Servicios al Afiliado para acceder a su beneficio de transporte.	Para acceder a su beneficio de transporte, llame a Circulation para programar un viaje, al 1-877-718-4201, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 6:00 p. m. (hora local). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-866-288-3133.

Proceso	2019 (este año)	2020 (próximo año)
Cambios en las remisiones	Su plan requería remisiones de su médico de atención primaria (por sus siglas en inglés, PCP) para que usted recibiera determinados servicios.	Es posible que los requisitos para las remisiones hayan cambiado para el 2020. Si quiere obtener más información sobre los beneficios que requieren una remisión, consulte la Tabla de Beneficios Médicos en el Capítulo 4 de esta <i>Evidencia de Cobertura</i> para 2020.
Áreas de servicio	Nuestra área de servicio incluye los siguientes condados: Fresno, Los Angeles, Orange, San Diego y San Francisco.	Nuestra área de servicio incluye los siguientes condados: Fresno, Kern, Los Angeles, Orange, Riverside, San Bernardino, San Diego, San Francisco y Tulare.

SECCIÓN 4 Cómo Decidir Qué Tipo de Plan Elegir

Sección 4.1: Si Quiere Permanecer en Health Net Seniority Plus Amber II (HMO D-SNP)

Si quiere permanecer en nuestro plan, no debe hacer nada. Si no se afilia a otro plan ni se cambia a Medicare Original, permanecerá afiliado automáticamente a nuestro plan para 2020.

Sección 4.2: Si Quiere Cambiar de Plan

Esperamos mantenerlo como afiliado el próximo año, pero, si quiere hacer un cambio para 2020, siga estos pasos:

Paso 1: Conozca sus opciones y compárelas

- Puede afiliarse a otro plan de salud de Medicare.
- O puede cambiarse a Medicare Original. Si se cambia a Medicare Original, deberá decidir si se va a afiliar a un plan de medicamentos de Medicare.

Si se cambia a Medicare Original, deberá decidir si se va a afiliarse a un plan de medicamentos de Medicare.

Para saber más sobre Medicare Original y los diferentes tipos de planes de Medicare, lea el manual *Medicare y Usted 2020*, llame al Programa Estatal de Asistencia del Seguro de Salud (consulte la Sección 6) o llame a Medicare (consulte la Sección 8.2).

También puede encontrar información sobre los planes en su área con el buscador de planes de Medicare que se encuentra en el sitio web de Medicare. Ingrese en <https://www.medicare.gov> y haga clic en “Find health & drug plans” (Buscar planes de salud y de medicamentos). **Aquí encontrará información sobre los costos, la cobertura y las calificaciones de calidad de los planes de Medicare.**

Paso 2: Cambie de cobertura

- Para cambiarse a un plan de salud de Medicare diferente, afilíese al nuevo plan. Se cancelará automáticamente su afiliación a Health Net Seniority Plus Amber II (HMO D-SNP).
- Para cambiarse a Medicare Original con un plan de medicamentos que requieren receta médica, afilíese al nuevo plan de medicamentos. Se cancelará automáticamente su afiliación a Health Net Seniority Plus Amber II (HMO D-SNP).
- Para cambiarse a Medicare Original sin un plan de medicamentos que requieren receta médica, debe hacer lo siguiente:
 - Envíenos una solicitud por escrito para cancelar su afiliación. Comuníquese con el Departamento de Servicios al Afiliado si necesita obtener más información sobre cómo hacerlo (los números de teléfono están en la Sección 8.1 de este cuadernillo).
 - O comuníquese con Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) las 24 horas del día, los 7 días de la semana, y solicite que se cancele su afiliación. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

Si se cambia a Medicare Original y **no** se inscribe en un plan de medicamentos que requieren receta médica de Medicare por separado, Medicare lo puede inscribir en un plan de medicamentos, a menos que haya decidido no participar en la inscripción automática.

SECCIÓN 5 Cambiar de Plan

Si quiere cambiarse a otro plan o a Medicare Original el próximo año, puede hacerlo desde ahora hasta el 7 de diciembre. El cambio entrará en vigor a partir del 1.º de enero de 2020.

¿Puede hacer cambios en otras épocas del año?

En algunos casos, también se permite hacer cambios en otras épocas del año. Por ejemplo, las personas que tienen Medicaid, las que reciben Ayuda Adicional para pagar sus medicamentos, las que tienen cobertura de un empleador o van a dejarla, y las que se mudan fuera del área de servicio pueden hacer cambios en otras épocas del año.

Si se afilia a un plan Medicare Advantage para el 1.º de enero de 2020 y no está conforme con el plan que eligió, puede cambiarse a otro plan de salud de Medicare (con o sin cobertura de medicamentos que requieren receta médica de Medicare) o puede cambiarse a Medicare Original (con o sin cobertura de medicamentos que requieren receta médica de Medicare) entre el 1.º de enero y el 31 de marzo de 2020. Para obtener más información, consulte el Capítulo 10, Sección 2.3, de la *Evidencia de Cobertura*.

SECCIÓN 6 Programas Que Ofrecen Asesoramiento Gratuito sobre Medicare y Medicaid

El Programa Estatal de Asistencia del Seguro de Salud (por sus siglas en inglés, SHIP) es un programa del gobierno con asesores capacitados en todos los estados. En California, el SHIP se denomina Programa de Orientación y Defensa de los Seguros de Salud.

El Programa de Orientación y Defensa de los Seguros de Salud (por sus siglas en inglés, HICAP) es independiente (no está relacionado con ninguna compañía de seguros ni plan de salud). Es un programa estatal que recibe dinero del gobierno federal para brindar orientación local y **gratuita** sobre seguros de salud a las personas que tienen Medicare. Los asesores del HICAP pueden ayudarlo con sus preguntas o problemas relacionados con Medicare. También pueden ayudarlo a comprender sus opciones del plan de Medicare y responder preguntas sobre cómo cambiar de plan. Puede llamar al HICAP al número 1-800-434-0222. Los usuarios de TTY deben llamar al 711 (Servicio Nacional de Retransmisión de Datos). Puede obtener más información sobre el HICAP en su sitio web (www.hicapservices.net).

Para obtener información sobre los beneficios de Medi-Cal, comuníquese con Medi-Cal, que es administrado por el Departamento de Servicios de Atención Médica, al 1-800-541-5555 de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m., excepto los días feriados. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-866-784-2595. Pregunte cómo afecta la manera en que usted obtiene su cobertura de Medi-Cal el hecho de afiliarse a otro plan o volver a utilizar Medicare Original.

SECCIÓN 7 Programas Que Ayudan a Pagar los Medicamentos Que Requieren Receta Médica

Es posible que reúna los requisitos para recibir ayuda para pagar los medicamentos que requieren receta médica.

- **Ayuda Adicional de Medicare.** Debido a que usted tiene Medicaid, ya está inscrito en la Ayuda Adicional, también denominada “subsidio por ingreso bajo”. La Ayuda Adicional paga parte de las primas de medicamentos que requieren receta médica, los deducibles anuales y coseguros. Dado que usted reúne los requisitos, no tiene una brecha de cobertura ni una multa por inscripción tardía. Si tiene preguntas sobre la Ayuda Adicional, llame a uno de los siguientes números:
 - 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Pueden hacerlo las 24 horas del día, los 7 días de la semana.
 - La Oficina del Seguro Social, al 1-800-772-1213, de lunes a viernes, de 7:00 a. m. a 7:00 p. m. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-325-0778 (por solicitudes).
 - La Oficina de Medicaid de su estado (por solicitudes).
- **Asistencia de costo compartido para medicamentos que requieren receta médica para personas con VIH/sida.** El Programa de Asistencia de Medicamentos para el Sida (por sus siglas en inglés, ADAP) ayuda a garantizar que las personas con VIH/sida que reúnen los requisitos para el programa tengan acceso a medicamentos esenciales contra el VIH. Las personas deben cumplir con ciertos requisitos, incluidos los siguientes: prueba de residencia dentro del estado y condición de portador del VIH; bajos ingresos, como lo define el estado; y no estar aseguradas, o tener un seguro insuficiente. Los medicamentos que requieren receta médica de Medicare Parte D que también están cubiertos por el ADAP reúnen los requisitos para la asistencia de costo compartido a través de la Oficina del programa ADAP-Sida de California. Para obtener más información sobre requisitos, medicamentos cubiertos o formas de inscripción en este programa, llame al 1-844-421-7050, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m., excepto los días feriados. Los usuarios de TTY deben llamar al 711.

SECCIÓN 8 ¿Tiene Preguntas?

Sección 8.1: Cómo Obtener Ayuda de Health Net Seniority Plus Amber II (HMO D-SNP)

¿Tiene preguntas? Estamos aquí para ayudarlo. Llame al Departamento de Servicios al Afiliado, al 1-800-431-9007. (Los usuarios de TTY únicamente deben llamar al 711). Desde el 1.º de octubre hasta el 31 de marzo, puede llamarnos los 7 días de la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Desde el 1.º de abril hasta el 30 de septiembre, puede llamarnos de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Fuera de los horarios de atención, los fines de semana y los feriados nacionales, deje su mensaje. Las llamadas a estos números son gratuitas.

Lea la *Evidencia de Cobertura* para 2020 (contiene detalles sobre los beneficios y los costos para el próximo año)

Este *Aviso Anual de Cambios* le brinda un resumen de los cambios en los beneficios y los costos para 2020. Para obtener detalles, consulte la *Evidencia de Cobertura* para 2020 de Health Net Seniority Plus Amber II (HMO D-SNP). La *Evidencia de Cobertura* es la descripción legal y detallada de los beneficios del plan. Le explica sus derechos y las reglas que debe cumplir para obtener medicamentos que requieren receta médica y servicios cubiertos. Encontrará una copia de la *Evidencia de Cobertura* en nuestro sitio web, ca.healthnetadvantage.com. También puede llamar al Departamento de Servicios al Afiliado para solicitar que le enviemos por correo una *Evidencia de Cobertura*.

Visite nuestro sitio web

También puede visitar nuestro sitio web, ca.healthnetadvantage.com. Recuerde que nuestro sitio web contiene la información más actualizada sobre nuestra red de proveedores (*Directorio de Farmacias y Proveedores*) y nuestra lista de medicamentos cubiertos (*Formulario/Lista de Medicamentos*).

Sección 8.2: Cómo Obtener Ayuda de Medicare

Para obtener información directamente de Medicare:

Llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)

Puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

Visite el sitio web de Medicare

Puede visitar el sitio web de Medicare (<https://www.medicare.gov>). Contiene información sobre los costos, la cobertura y las calificaciones de calidad para ayudarlo a comparar los planes de salud de Medicare. Puede encontrar información sobre los planes disponibles en su área con el buscador de planes de Medicare que se encuentra en el sitio web de Medicare. (Para obtener información sobre los planes, ingrese en <https://www.medicare.gov> y haga clic en “Find health & drug plans” (Buscar planes de salud y de medicamentos)).

Lea el manual *Medicare y Usted 2020*

Puede leer el manual *Medicare y Usted 2020*. Todos los años en otoño, este manual se envía por correo a las personas que tienen Medicare. Contiene un resumen de los beneficios, los derechos y las protecciones de Medicare, así como respuestas a las preguntas más frecuentes sobre Medicare. Si no posee una copia de este manual, puede obtenerla en el sitio web de Medicare (<https://www.medicare.gov>) o por teléfono al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

Sección 8.3: Cómo Obtener Ayuda de Medicaid

Para obtener más información sobre Medicaid, puede llamar al Departamento de Servicios de Atención Médica/Medi-Cal, al 1-800-541-5555, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m., excepto los días feriados. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-866-784-2595.