

Este es su Resumen de Beneficios.

2020

Health Net Gold Select (HMO) H0562: 101-002

Condados de Riverside y San Bernardino, CA



H0562_101_002_20_13241SB_15065_SPN_M_Accepted 09082019

*Coverage for
every stage of life™*

Este cuadernillo le brinda un resumen de lo que cubrimos y las responsabilidades de costo compartido. No enumera cada uno de los servicios que cubrimos ni todas las limitaciones o exclusiones. Para obtener una lista completa de nuestros servicios, llámenos al número que aparece en la última página, y solicite la “Evidencia de cobertura” (por sus siglas en inglés, EOC), o puede acceder a la EOC en nuestro sitio web en ca.healthnetadvantage.com.

Usted es elegible para inscribirse en Health Net Gold Select (HMO) si cumple con lo siguiente:

- Tiene derecho a Medicare Parte A y está inscrito en Medicare Parte B. Los afiliados deben continuar pagando las primas mensuales de Medicare Parte B, a menos que las pague Medicaid o un tercero.
- Debe ser ciudadano de los Estados Unidos, o encontrarse legalmente en los Estados Unidos y residir de manera permanente en el área de servicio del plan (en otras palabras, tener residencia permanente en los condados incluidos en el área de servicio de Health Net Gold Select [HMO]). Nuestra área de servicio incluye los siguientes condados de California: Riverside y San Bernardino.
- Usted no debe tener una enfermedad renal en etapa terminal (por sus siglas en inglés, ESRD). (Es probable que se apliquen excepciones para las personas que desarrollen una ESRD mientras estén inscritas en un plan de salud grupal o comercial de Health Net, o en un plan de Medicaid).

El plan Health Net Gold Select (HMO) le brinda acceso a nuestra red de proveedores médicos altamente calificados en su área. Usted puede elegir un proveedor de atención primaria (por sus siglas en inglés, PCP) para que trabaje con usted y coordine su atención. Puede solicitar un directorio de proveedores y farmacias actual, o para obtener una lista actualizada de los proveedores de la red, visite ca.healthnetadvantage.com. (Tenga en cuenta que, excepto por la atención de emergencia, la atención requerida de urgencia cuando usted se encuentre fuera de la red, los servicios de diálisis fuera del área y los casos en los que su plan autorice el uso de proveedores fuera de la red, si recibe atención médica de un proveedor que no esté en el plan, ni Medicare ni Health Net Gold Select [HMO] serán responsables de los costos).

Este plan Health Net Gold Select (HMO) también incluye la cobertura de la Parte D, que le proporciona la facilidad de tener sus necesidades médicas y de medicamentos que requieren receta médica coordinadas a través de una única fuente conveniente.

Resumen de Beneficios

1 DE ENERO DE 2020–31 DE DICIEMBRE DE 2020

Beneficios	Health Net Gold Select (HMO) H0562: 101-002 Primas/Copagos/Coseguros
Prima Mensual del Plan	\$0 Usted debe continuar pagando la prima mensual de Medicare Parte B.
Deducible	Sin deducible
Responsabilidad de Monto de Desembolso Máximo <i>(no incluye medicamentos que requieren receta médica)</i>	\$899 anualmente Esto es lo máximo que usted paga por copagos y coseguros para servicios médicos cubiertos por todo el año.
Cobertura Hospitalaria para Pacientes Internados* ▣	Copago de \$0 por hospitalización
Cobertura Hospitalaria para Pacientes Ambulatorios* ▣	<ul style="list-style-type: none"> ● Servicio hospitalario para pacientes ambulatorios: Copago de \$0 por visita ● Servicios de observación: Copago de \$0 durante una visita a un centro hospitalario ambulatorio ● Servicios de observación: Copago de \$120 durante una visita a la sala de emergencia ● Centro quirúrgico ambulatorio: Copago de \$0 por visita
Visitas al Médico* ▣	<ul style="list-style-type: none"> ● Atención primaria: Copago de \$0 por visita ● Especialista: Copago de \$0 por visita
Atención Preventiva* ▣ <i>(por ejemplo, vacuna contra la gripe, prueba de detección de diabetes)</i>	Copago de \$0 para la mayoría de los servicios preventivos cubiertos por Medicare Otros servicios preventivos están disponibles.
Atención de Emergencia	Copago de \$120 por visita Usted no tiene que pagar el copago si lo internan en el hospital de inmediato.
Servicios Requeridos de Urgencia	Copago de \$0 por visita

Los servicios marcados con un * (asterisco) pueden requerir una autorización previa de su médico.

Los servicios marcados con un ▣ (cuadrado) pueden requerir una remisión de su médico.

Beneficios	Health Net Gold Select (HMO) H0562: 101-002 Primas/Copagos/Coseguros
Servicios de Diagnóstico/ Laboratorio/Estudios por Imágenes*	<ul style="list-style-type: none"> • Servicios de laboratorio: Copago de \$0 • Procedimientos y pruebas de diagnóstico: Copago de \$0 • Servicios de rayos X para pacientes ambulatorios: Copago de \$0 • Servicios de radiología de diagnóstico, como resonancia magnética (por sus siglas en inglés, MRI), angiografía por resonancia magnética (por sus siglas en inglés, MRA), tomografía computarizada (por sus siglas en inglés, CT), tomografía por emisión de positrones (por sus siglas en inglés, PET): Copago de \$60
Servicios de Audición* ▣	<ul style="list-style-type: none"> • Examen auditivo (cubierto por Medicare): Copago de \$0 • Examen auditivo de rutina: Copago de \$0 (1 por año calendario) • Audífonos: Copago de \$0 a \$1,580 (por un total de 2 audífonos, 1 por oído, por año calendario)
Servicios Dentales* ▣	<ul style="list-style-type: none"> • Servicios dentales (cubiertos por Medicare): Copago de \$0 por visita • Servicios dentales preventivos: Copago de \$0 (incluye exámenes bucales, limpiezas, tratamiento con flúor y rayos X) • Servicios dentales integrales: Se encuentran disponibles beneficios dentales integrales adicionales.
Servicios de la Vista* ▣	<ul style="list-style-type: none"> • Examen oftalmológico (cubierto por Medicare): Copago de \$0 por visita • Examen de la vista de rutina: Copago de \$0 por visita (hasta 1 por año calendario) • Asignación máxima de \$100 para marcos de anteojos (o lentes de contacto en vez de marcos) cada 2 años • Asignación máxima de \$120 para lentes de anteojos progresivos o mejoras para lentes de anteojos cada 2 años (las mejoras están limitadas a los lentes de anteojos progresivos únicamente).
Servicios de Salud Mental*	Terapia individual y grupal: Copago de \$0 por visita
Servicios en un Centro de Enfermería Especializada*	Por cada período de beneficios, usted paga: <ul style="list-style-type: none"> • Copago de \$0 por día para los días 1 a 20 • Copago de \$75 por día para los días 21 a 100
Fisioterapia* ▣	Copago de \$0 por visita
Servicio de Ambulancia*	<ul style="list-style-type: none"> • Servicios de ambulancia terrestre: Copago de \$195 (por viaje de ida o de vuelta) • Servicios de ambulancia aérea: Coseguro del 5% (por viaje de ida o de vuelta)
Transporte* ▣	Copago de \$0 (por viaje de ida o de vuelta) Hasta 20 viajes de ida o de vuelta a lugares aprobados por el plan cada año calendario. Es probable que se apliquen límites de millas.
Medicamentos de Medicare Parte B*	<ul style="list-style-type: none"> • Medicamentos para quimioterapia: Coseguro del 20% • Otros medicamentos de la Parte B: Coseguro del 20%

Los servicios marcados con un * (asterisco) pueden requerir una autorización previa de su médico.

Los servicios marcados con un ▣ (cuadrado) pueden requerir una remisión de su médico.

Medicamentos que Requieren Receta Médica de la Parte D

Etapa del Deducible	Este plan no tiene un deducible de la Parte D.		
Etapa de Cobertura Inicial (después de que paga el deducible, si corresponde)	Después de que usted haya alcanzado el deducible (si corresponde), el plan paga la parte que le corresponde del costo de sus medicamentos y usted paga su parte del costo. Por lo general, permanece en esta etapa hasta que el monto de los “costos totales de medicamentos” del año hasta la fecha alcance \$4,020. Los “costos totales de medicamentos” son el monto total de todos los pagos realizados para sus medicamentos cubiertos de la Parte D. Esto incluye lo que el plan paga y lo que usted paga. Una vez que los “costos totales de medicamentos” alcancen los \$4,020, usted pasa a la siguiente etapa de pago (Etapa de brecha de cobertura).		
	Farmacia minorista preferida (suministro para 30 días)	Farmacia minorista estándar (suministro para 30 días)	Farmacia de pedido por correo (suministro para 90 días)
Nivel 1: Medicamentos Genéricos Preferidos	Copago de \$0	Copago de \$5	Copago de \$0
Nivel 2: Medicamentos Genéricos	Copago de \$10	Copago de \$20	Copago de \$20
Nivel 3: Medicamentos de Marca Preferidos	Copago de \$37	Copago de \$47	Copago de \$101
Nivel 4: Medicamentos No Preferidos	Copago de \$90	Copago de \$100	Copago de \$260
Nivel 5: Medicamentos Especializados	Coseguro del 33%	Coseguro del 33%	No disponible
Nivel 6: Medicamentos Selectos	Copago de \$0	Copago de \$0	Copago de \$0

Medicamentos que Requieren Receta Médica de la Parte D

Etapa de Brecha de Cobertura	<p>Debido a que nuestro plan ofrece una cobertura adicional para la brecha durante la Etapa de brecha de cobertura, sus costos de desembolso a menudo serán inferiores al costo descrito arriba. Para obtener más información, consulte el Capítulo 6 de la EOC.</p> <p>Durante esta etapa de pago, usted recibe un descuento del fabricante del 70% en medicamentos de marca cubiertos y el plan cubrirá otro 5%, por lo que usted pagará el 25% del precio negociado y una parte de la tarifa de despacho en medicamentos de marca. Además, el plan pagará el 75% y usted pagará el 25% por los medicamentos genéricos. (El monto pagado por el plan no se tiene en cuenta para los costos de desembolso).</p> <p>Por lo general, permanece en esta etapa hasta que el monto de los “costos de desembolso” del año hasta la fecha alcance \$6,350. Los “costos de desembolso” incluyen lo que paga al surtir o resurtir una receta para un medicamento cubierto de la Parte D y los pagos de sus medicamentos realizados por cualquiera de los siguientes programas u organizaciones: “Ayuda Adicional” de Medicare, Programa de Descuento de la Brecha de Cobertura de Medicare, Servicio de Salud Indígena, programas de asistencia de medicamentos para el SIDA, la mayoría de las organizaciones benéficas y la mayoría de los Programas de Asistencia Farmacéutica Estatal (por sus siglas en inglés, SPAP). Una vez que los “costos de desembolso” alcancen los \$6,350, usted pasa a la siguiente etapa de pago (Etapa de cobertura catastrófica).</p>
Etapa de Cobertura Catastrófica	<p>Durante esta etapa de pago, el plan pagará la mayor parte del costo de sus medicamentos cubiertos. Por cada medicamento que requiere receta médica, usted paga el monto que sea mayor de los siguientes: un pago igual al 5% del coseguro del medicamento o un copago (\$3.60 por un medicamento genérico o un medicamento considerado genérico, \$8.95 por todos los demás medicamentos).</p>
Información Importante:	<p>El costo compartido puede variar según el nivel de ayuda que usted reciba, la farmacia que elija (como una farmacia de venta minorista preferida, una farmacia de venta minorista estándar, de pedidos por correo, de atención a largo plazo o de infusión en el hogar) y el momento en el que ingrese en una de las cuatro etapas del beneficio de la Parte D.</p> <p>Para obtener más información sobre los costos del suministro a largo plazo, la infusión en el hogar o el costo compartido adicional específico por farmacia y las etapas del beneficio, llámenos o consulte nuestra EOC en línea.</p>

Beneficios Adicionales Cubiertos

Beneficios	Health Net Gold Select (HMO) H0562: 101-002 Primas/Copagos/Coseguros
Servicios del Programa de Tratamiento con Opiáceos*	<ul style="list-style-type: none"> • Entorno individual: Copago de \$0 por visita • Entorno grupal: Copago de \$0 por visita
Artículos de Venta Libre (OTC)	<p>Copago de \$0 (asignación de \$85 por trimestre) para artículos disponibles por pedido por correo.</p> <p>Se aplica un límite de 15 productos por artículo, por pedido, con la excepción de medidores de presión arterial, que se limitan a uno por año. Consulte el sitio web del plan para acceder a la lista de productos de venta libre cubiertos.</p>
Atención Quiropráctica* ▣	<ul style="list-style-type: none"> • Servicios quiroprácticos (cubiertos por Medicare): Copago de \$0 por visita • Servicios quiroprácticos de rutina: Copago de \$10 por visita (30 visitas por año calendario combinadas con servicios de acupuntura)
Acupuntura* ▣	Copago de \$10 por visita (30 visitas por año calendario combinadas con servicios quiroprácticos de rutina)
Equipos/Suministros Médicos*	<ul style="list-style-type: none"> • Equipo médico duradero (por ejemplo, sillas de ruedas, oxígeno): Coseguro del 20% • Dispositivos protésicos (por ejemplo, aparatos ortopédicos, extremidades artificiales): Coseguro del 20% • Suministros para la diabetes: Copago de \$0
Cuidado de los Pies[▣] (Servicios de podiatría)	<ul style="list-style-type: none"> • Exámenes y tratamiento de los pies (cubiertos por Medicare): Copago de \$0 • Cuidado de los pies de rutina: Copago de \$0 por visita (12 visitas por año calendario)
Programas de Bienestar	<ul style="list-style-type: none"> • Programa de acondicionamiento físico: Copago de \$0 • Línea Nurse Connect atendida las 24 horas: Copago de \$0 • Programa complementario para dejar de fumar y de consumir tabaco (orientación para dejar de fumar o de consumir tabaco): Copago de \$0 • Cobertura para un dispositivo de respuesta personal de emergencia médica de por vida. Copago de \$0 <p>Para obtener una lista detallada de los beneficios de los programas de bienestar ofrecidos, consulte la EOC.</p>
Atención Internacional de Emergencia	Límite de cobertura del plan de \$50,000 para servicios complementarios de urgencia/emergencia fuera de los EE. UU. y sus territorios por año calendario.

Los servicios marcados con un * (asterisco) pueden requerir una autorización previa de su médico.

Los servicios marcados con un ▣ (cuadrado) pueden requerir una remisión de su médico.

Para obtener más información, comuníquese a la siguiente dirección:

Health Net Gold Select (HMO)
PO Box 10420
Van Nuys, CA 91410

ca.healthnetadvantage.com

Los afiliados actuales deben llamar al: 1-800-275-4737 (TTY: 711)

Los posibles afiliados deben llamar al: 1-800-977-6738 (TTY: 711)

Puede llamarnos los 7 días de la semana de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. del 1 de octubre al 31 de marzo, o bien de lunes a viernes de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. del 1 de abril al 30 de septiembre. Se utiliza un sistema de mensajes después del horario de atención, durante los fines de semana y los días feriados nacionales.

Si desea obtener más información sobre la cobertura y los costos de Medicare Original, consulte el manual vigente "Medicare y Usted". Puede consultarlo en línea en www.medicare.gov o solicitar una copia impresa llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

Esta información no es una descripción completa de los beneficios. Llame al 1-800-275-4737 (TTY: 711) para obtener mayor información.

El "coseguro" es el porcentaje que usted paga del costo total de ciertos servicios médicos o medicamentos que requieren receta médica.

El Formulario, la red de farmacias o la red de proveedores pueden cambiar en cualquier momento. Recibirá un aviso cuando sea necesario.

Este documento está disponible en otros formatos, como braille, tamaño de letra grande o audio.

ATENCIÓN: Si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1-800-275-4737 (TTY: 711).

注意：如果您說中文，您可以獲得免費的語言協助服務。請致電 1-800-275-4737（聽障電話：711）

Health Net tiene un contrato con Medicare para los planes HMO. La inscripción en Health Net depende de la renovación del contrato.