

# Este es su Resumen de Beneficios.

2020

Health Net Jade (HMO C-SNP) H0562: 114

Condado de San Diego, CA



H0562\_114\_20\_13215SB\_15066\_SPN\_M\_Accepted 09012019

*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](http://ca.healthnetadvantage.com).

Usted es elegible para inscribirse en Health Net Jade (HMO C-SNP) 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 el condado incluido en el área de servicio de Health Net Jade [HMO C-SNP]). Nuestra área de servicio incluye el siguiente condado de California: San Diego.
- 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).
- Para el Plan de Necesidades Especiales Crónicas (C-SNP) de Health Net Jade (HMO C-SNP), también debe haber sido diagnosticado con trastornos cardiovasculares, una insuficiencia cardíaca crónica o diabetes.

El plan Health Net Jade (HMO C-SNP) 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](http://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 Jade [HMO C-SNP] serán responsables de los costos).

Este plan Health Net Jade (HMO C-SNP) 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 Jade (HMO C-SNP) H0562: 114 Primas/Copagos/Coseguros
<b>Prima Mensual del Plan</b>	\$0 Usted debe continuar pagando la prima mensual de Medicare Parte B.
<b>Deducible</b>	Sin deducible
<b>Responsabilidad de Monto de Desembolso Máximo</b> <i>(no incluye medicamentos que requieren receta médica)</i>	\$2,800 anualmente Esto es lo máximo que usted paga por copagos y coseguros para servicios médicos cubiertos por todo el año.
<b>Cobertura Hospitalaria para Pacientes Internados* ▣</b>	Por cada admisión usted paga: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Copago de \$150 por día para los días 1 a 5</li> <li>• Copago de \$0 por día desde el día 6 y en adelante</li> </ul>
<b>Cobertura Hospitalaria para Pacientes Ambulatorios* ▣</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Servicio hospitalario para pacientes ambulatorios: Copago de \$225 por visita</li> <li>• Servicios de observación: Copago de \$225 durante una visita a un centro hospitalario ambulatorio</li> <li>• Servicios de observación: Copago de \$120 durante una visita a la sala de emergencia</li> <li>• Centro quirúrgico ambulatorio: Copago de \$150 por visita</li> </ul>
<b>Visitas al Médico* ▣</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Atención primaria: Copago de \$0 por visita</li> <li>• Especialista: Copago de \$5 por visita</li> </ul>
<b>Atención Preventiva* ▣</b> <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.
<b>Atención de Emergencia</b>	Copago de \$120 por visita Usted no tiene que pagar el copago si lo internan en el hospital de inmediato.
<b>Servicios Requeridos de Urgencia</b>	Copago de \$5 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 Jade (HMO C-SNP) H0562: 114 Primas/Copagos/Coseguros
<b>Servicios de Diagnóstico/ Laboratorio/Estudios por Imágenes*</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Servicios de laboratorio: Copago de \$0</li> <li>• Procedimientos y pruebas de diagnóstico: Copago de \$0</li> <li>• Servicios de rayos X para pacientes ambulatorios: Copago de \$0</li> <li>• 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</li> </ul>
<b>Servicios de Audición* ▣</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Examen auditivo (cubierto por Medicare): Copago de \$0</li> <li>• Examen auditivo de rutina: Copago de \$0 (1 por año calendario)</li> <li>• Audífonos: Copago de \$0 a \$1,350 (por un total de 2 audífonos, 1 por oído, por año calendario)</li> </ul>
<b>Servicios Dentales* ▣</b>	<p>Servicios dentales (cubiertos por Medicare): Copago de \$0 por visita</p> <p>Se encuentran disponibles beneficios dentales preventivos e integrales adicionales por una prima extra. Consulte la sección Beneficios Complementarios Opcionales.</p>
<b>Servicios de la Vista* ▣</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Examen oftalmológico (cubierto por Medicare): Copago de \$0 por visita</li> <li>• Examen de la vista de rutina: Copago de \$0 por visita (hasta 1 por año calendario)</li> <li>• Asignación máxima de \$450 para marcos de anteojos (o lentes de contacto en vez de marcos) cada 2 años.</li> <li>• 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).</li> </ul>
<b>Servicios de Salud Mental*</b>	<p>Terapia individual y grupal: Copago de \$25 por visita</p>
<b>Servicios en un Centro de Enfermería Especializada*</b>	<p>Por cada período de beneficios, usted paga:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Copago de \$0 por día para los días 1 a 20</li> <li>• Copago de \$75 por día para los días 21 a 100</li> </ul>
<b>Fisioterapia* ▣</b>	<p>Copago de \$0 por visita</p>
<b>Servicio de Ambulancia*</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Servicios de ambulancia terrestre: Copago de \$195 (por viaje de ida o de vuelta)</li> <li>• Servicios de ambulancia aérea: Coseguro del 5% (por viaje de ida o de vuelta)</li> </ul>
<b>Transporte* ▣</b>	<p>Copago de \$0 (por viaje de ida o de vuelta)</p> <p>Hasta 50 viajes de ida o de vuelta a lugares aprobados por el plan cada año calendario. Es probable que se apliquen límites de millas.</p>
<b>Medicamentos de Medicare Parte B*</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Medicamentos para quimioterapia: Coseguro del 20%</li> <li>• Otros medicamentos de la Parte B: Coseguro del 20%</li> </ul>

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

<b>Etapa del Deducible</b>	Este plan no tiene un deducible de la Parte D.		
<b>Etapa de Cobertura Inicial</b> (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).		
	<b>Farmacia minorista preferida</b> (suministro para 30 días)	<b>Farmacia minorista estándar</b> (suministro para 30 días)	<b>Farmacia de pedido por correo</b> (suministro para 90 días)
<b>Nivel 1: Medicamentos Genéricos Preferidos</b>	Copago de \$0	Copago de \$0	Copago de \$0
<b>Nivel 2: Medicamentos Genéricos</b>	Copago de \$12	Copago de \$20	Copago de \$24
<b>Nivel 3: Medicamentos de Marca Preferidos</b>	Copago de \$37	Copago de \$47	Copago de \$101
<b>Nivel 4: Medicamentos No Preferidos</b>	Copago de \$90	Copago de \$100	Copago de \$260
<b>Nivel 5: Medicamentos Especializados</b>	Coseguro del 33%	Coseguro del 33%	No disponible
<b>Nivel 6: Medicamentos Selectos</b>	Copago de \$0	Copago de \$0	Copago de \$0
<b>Etapa de Brecha de Cobertura</b>	<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>		

## Medicamentos que Requieren Receta Médica de la Parte D

<b>Etapas de Cobertura Catastrófica</b>	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).
<b>Información Importante:</b>	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.  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.

## Beneficios Adicionales Cubiertos

Beneficios	Health Net Jade (HMO C-SNP) H0562: 114 Primas/Copagos/Coseguros
<b>Servicios del Programa de Tratamiento con Opiáceos*</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Entorno individual: Copago de \$25 por visita</li> <li>● Entorno grupal: Copago de \$25 por visita</li> </ul>
<b>Atención Quiropráctica* ▣</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Servicios quiroprácticos (cubiertos por Medicare): Copago de \$10 por visita</li> <li>● Se encuentran disponibles servicios quiroprácticos adicionales por una prima extra. Consulte la sección Beneficios Complementarios Opcionales.</li> </ul>
<b>Equipos/Suministros Médicos*</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Equipo médico duradero (por ejemplo, sillas de ruedas, oxígeno): Coseguro del 20%</li> <li>● Dispositivos protésicos (por ejemplo, aparatos ortopédicos, extremidades artificiales): Coseguro del 20%</li> <li>● Suministros para la diabetes: Copago de \$0</li> </ul>
<b>Cuidado de los Pies<sup>▣</sup> (Servicios de podiatría)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Exámenes y tratamiento de los pies (cubiertos por Medicare): Copago de \$0</li> <li>● Cuidado de los pies de rutina: Copago de \$0 por visita (12 visitas por año calendario)</li> </ul>
<b>Programas de Bienestar</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Programa de acondicionamiento físico: Copago de \$0</li> <li>● Línea Nurse Connect atendida las 24 horas: Copago de \$0</li> <li>● Programa complementario para dejar de fumar y de consumir tabaco (orientación para dejar de fumar o de consumir tabaco): Copago de \$0</li> </ul> <p>Para obtener una lista detallada de los beneficios de los programas de bienestar ofrecidos, consulte la EOC.</p>
<b>Atención Internacional de Emergencia</b>	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.

## Beneficios Complementarios Opcionales

*(debe pagar una prima extra todos los meses por estos beneficios)*

### Health Net Total

<b>Prima Mensual</b> Esta prima mensual adicional es además de su prima mensual del plan y la prima mensual de Medicare Parte B.	\$11 por mes
---	--------------

### Beneficios de Atención Dental

#### **Atención Dental Preventiva/Integral**

Debe seleccionar un dentista de nuestra lista de proveedores de la red para usar los beneficios del plan Dental HMO. Se aplican límites de servicios adicionales.

	<b>Lo que usted paga en un proveedor dentro de la red</b>
--	---

#### Servicios preventivos

Exámenes bucales: 2 por año	Usted paga un copago de \$0.
Limpiezas (profilaxis): 2 por año	Usted paga un copago de \$0.
Tratamiento con flúor: 1 por año	Usted paga un copago de \$0.
Rayos X dentales: 1 serie de rayos X preventivos (hasta 4 rayos X de aleta de mordida)	Usted paga un copago de \$0.

#### Servicios integrales

Servicios que no sean de rutina	Usted paga un copago de \$0.
Servicios de diagnóstico	Usted paga un copago de \$0 a \$15.
Servicios de restauración	Usted paga un copago de \$0 a \$300.
Servicios de endodoncia	Usted paga un copago de \$5 a \$275.
Periodoncia: limitados a 1 por año calendario	Usted paga un copago de \$0 a \$375.
Extracciones	Usted paga un copago de \$15 a \$150.
Prostodoncia (dentadura postiza, cirugía maxilofacial/bucal y otros servicios)	Usted paga un copago de \$0 a \$2,250.

### Servicios de acupuntura y quiropráctica

	Dentro de la red	Fuera de la red
<b>Atención quiropráctica</b>	Copago de \$10 por visita	Usted paga el 50%.
<b>Acupuntura</b>	Copago de \$10 por visita	Usted paga el 50%.

Se limita a 30 visitas por año (visitas de acupuntura y quiropráctica combinadas)

## Beneficios Complementarios Opcionales

(debe pagar una prima extra todos los meses por estos beneficios)

### Health Net Total FLEX

<b>Prima Mensual</b> Esta prima mensual adicional es además de su prima mensual del plan y la prima mensual de Medicare Parte B.	\$28 por mes
---	--------------

### Beneficios de Atención Dental

#### **Atención Dental Preventiva/Integral**

Puede consultar a cualquier dentista con licencia para recibir servicios preventivos o integrales cubiertos con periodoncia de restauración menor y no quirúrgica. Sin embargo, es posible que deba pagar un poco más para consultar a los proveedores que están fuera de la red.

	Dentro de la red	Fuera de la red
<b>Beneficio máximo anual</b>	\$1000 dentro y fuera de la red combinados (se aplica a los servicios preventivos e integrales)	

#### Servicios preventivos

	Dentro de la red	Fuera de la red
<b>Exámenes bucales: 2 por año</b>	Usted paga un copago de \$0.	Usted paga un copago de \$0.
<b>Limpiezas (profilaxis): 2 por año</b>	Usted paga un copago de \$0.	Usted paga un copago de \$0.
<b>Tratamiento con flúor: 1 por año</b>	Usted paga un copago de \$0.	Usted paga un copago de \$0.
<b>Rayos X dentales: 1 serie de rayos X preventivos (hasta 4 rayos X de aleta de mordida)</b>	Usted paga un copago de \$0.	Usted paga un copago de \$0.

#### Servicios integrales

	Dentro de la red	Fuera de la red
<b>Servicios que no sean de rutina</b>	Usted paga el 50%.	Usted paga el 50%.
<b>Servicios de diagnóstico</b>	Usted paga un copago de \$0.	Usted paga un copago de \$0.
<b>Servicios de restauración</b>	Usted paga el 20%.	Usted paga el 20%.
<b>Servicios de endodoncia</b>	Usted paga el 50%.	Usted paga el 50%.
<b>Periodoncia</b>	Usted paga el 50%.	Usted paga el 50%.
<b>Extracciones</b>	Usted paga el 50%.	Usted paga el 50%.
<b>Prostodoncia (dentadura postiza, cirugía maxilofacial/bucal y otros servicios)</b>	Usted paga el 50%.	Usted paga el 50%.

### Servicios de acupuntura y quiropráctica

	Dentro de la red	Fuera de la red
<b>Atención quiropráctica</b>	Copago de \$10 por visita	Usted paga el 50%.
<b>Acupuntura</b>	Copago de \$10 por visita	Usted paga el 50%.

Se limita a 30 visitas por año (visitas de acupuntura y quiropráctica combinadas)

## Para obtener más información, comuníquese a la siguiente dirección:

Health Net Jade (HMO C-SNP)  
Po Box 10420  
Van Nuys, CA 91410

ca.healthnetadvantage.com

Los afiliados actuales deben llamar al: 1-800-431-9007 (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](http://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 1-800-431-9007 (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 1-800-431-9007 (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 1-800-431-9007（聽障電話：711）

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