

## Health Net Green (HMO) es ofrecido por HEALTH NET OF CALIFORNIA, INC.

### Aviso Anual de Cambios para 2021

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

- **Puede hacer cambios en su cobertura de Medicare para el próximo año desde el 15 de octubre hasta el 7 de diciembre.**

---

#### 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 la Sección 2.4 para obtener información sobre los cambios en los beneficios y los costos de nuestro plan.
- 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 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 [www.medicare.gov/plan-compare](http://www.medicare.gov/plan-compare).
  - 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 no lo hace antes del 7 de diciembre de 2020, permanecerá en Health Net Green (HMO).
- Para cambiarse a **otro plan** que se ajuste mejor a sus necesidades, puede hacerlo entre el 15 de octubre y el 7 de diciembre.

## 4. **INSCRÍBASE:** Para cambiar de plan, debe afiliarse al nuevo plan entre el **15 de octubre** y el **7 de diciembre de 2020**

- Si no lo hace antes del **7 de diciembre de 2020**, permanecerá en Health Net Green (HMO).
- Si se afilia antes del **7 de diciembre de 2020**, la nueva cobertura comenzará el **1.º de enero de 2021**. Se cancelará automáticamente su afiliación al plan actual.

## Recursos Adicionales

- Este documento está disponible en forma gratuita, en el siguiente idioma:
  - Español.
- Llame al Departamento de Servicios al Afiliado, al 1-800-275-4737, 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, se utiliza un sistema de mensajería.
- Debemos proporcionar la información de una manera que le sirva (en idiomas distintos del inglés, 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 (por sus siglas en inglés, IRS), [www.irs.gov/Affordable-Care-Act/Individuals-and-Families](http://www.irs.gov/Affordable-Care-Act/Individuals-and-Families), para obtener más información.

### **Acerca de Health Net Green (HMO)**

- HEALTH NET OF CALIFORNIA, INC., tiene contrato con Medicare para ofrecer planes de HMO. La inscripción en HEALTH NET OF CALIFORNIA, INC., 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 Green (HMO).

## Resumen de Costos Importantes para 2021

En la tabla que aparece a continuación, se comparan los costos de 2020 y de 2021 de Health Net Green (HMO) 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](http://ca.healthnetadvantage.com). También puede llamar al Departamento de Servicios al Afiliado para solicitar que le enviemos por correo una *Evidencia de Cobertura*.

| Costo                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | 2020 (este año)                                                                                                                                                                                    | 2021 (próximo año)                                                                                                                                                                                 |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Prima mensual del plan</b><br>(Consulte la Sección 2.1 para obtener detalles).                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | \$0                                                                                                                                                                                                | \$0                                                                                                                                                                                                |
| <b>Monto de desembolso máximo</b><br>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).                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | \$3,400                                                                                                                                                                                            | \$3,400                                                                                                                                                                                            |
| <b>Visitas al consultorio del médico</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | Visitas al médico de atención primaria:<br>usted paga un copago de \$7 por visita.<br><br>Visitas a especialistas:<br>usted paga un copago de \$10 por visita.                                     | Visitas al médico de atención primaria:<br>usted paga un copago de \$7 por visita.<br><br>Visitas a especialistas:<br>usted paga un copago de \$10 por visita.                                     |
| <b>Servicios hospitalarios para pacientes internados</b><br>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 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. | Para las admisiones cubiertas por Medicare, por admisión:<br><br><b>Días 1 al 5:</b> usted paga un copago de \$200 por día.<br><br><b>A partir del día 6:</b> usted paga un copago de \$0 por día. | Para las admisiones cubiertas por Medicare, por admisión:<br><br><b>Días 1 al 5:</b> usted paga un copago de \$200 por día.<br><br><b>A partir del día 6:</b> usted paga un copago de \$0 por día. |

## ***Aviso Anual de Cambios para 2021*** **Índice**

|                                                                                                  |           |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| <b>Resumen de Costos Importantes para 2021 .....</b>                                             | <b>1</b>  |
| <b>SECCIÓN 1 El Nombre del Plan Cambiará .....</b>                                               | <b>3</b>  |
| <b>SECCIÓN 2 Cambios en los Beneficios y los Costos para el Próximo Año.....</b>                 | <b>3</b>  |
| Sección 2.1: Cambios en la Prima Mensual .....                                                   | 3         |
| Sección 2.2: Cambios en el Monto de Desembolso Máximo .....                                      | 4         |
| Sección 2.3: Cambios en la Red de Proveedores .....                                              | 4         |
| Sección 2.4: Cambios en los Beneficios y los Costos de los Servicios Médicos .....               | 5         |
| <b>SECCIÓN 3 Cambios Administrativos .....</b>                                                   | <b>15</b> |
| <b>SECCIÓN 4 Cómo Decidir Qué Tipo de Plan Elegir.....</b>                                       | <b>16</b> |
| Sección 4.1: Si Quiere Permanecer en Health Net Green (HMO).....                                 | 16        |
| Sección 4.2: Si Quiere Cambiar de Plan .....                                                     | 16        |
| <b>SECCIÓN 5 Plazo para Cambiar de Plan .....</b>                                                | <b>17</b> |
| <b>SECCIÓN 6 Programas Que Ofrecen Asesoramiento Gratuito sobre Medicare .....</b>               | <b>18</b> |
| <b>SECCIÓN 7 Programas Que Ayudan a Pagar los Medicamentos Que Requieren Receta Médica .....</b> | <b>18</b> |
| <b>SECCIÓN 8 ¿Tiene Preguntas? .....</b>                                                         | <b>19</b> |
| Sección 8.1: Cómo Obtener Ayuda de Health Net Green (HMO).....                                   | 19        |
| Sección 8.2: Cómo Obtener Ayuda de Medicare.....                                                 | 20        |

## SECCIÓN 1 El Nombre del Plan Cambiará

El 1.º de enero de 2021, el nombre de nuestro plan cambiará de Health Net Seniority Plus Green (HMO) a Health Net Green (HMO).

Recibirá una tarjeta de identificación nueva por correo con el nombre de este nuevo plan. Además, toda nueva información que le sea proporcionada sobre su plan mencionará el nombre del nuevo plan.

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

### Sección 2.1: Cambios en la Prima Mensual

| Costo                                                              | 2020 (este año) | 2021 (próximo año)                      |
|--------------------------------------------------------------------|-----------------|-----------------------------------------|
| <b>Prima mensual</b>                                               | \$0             | \$0                                     |
| (También debe continuar pagando la prima de Medicare Parte B).     |                 |                                         |
| <b>Prima mensual para los beneficios suplementarios opcionales</b> | No disponible.  | Health Net Enhanced Dental FLEX<br>\$25 |

## 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                                                                                                    | 2020 (este año) | 2021 (próximo año)                                                                                                                                                                                               |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Monto de desembolso máximo</b>                                                                        | \$3,400         | \$3,400                                                                                                                                                                                                          |
| Los costos de los servicios médicos cubiertos (como copagos) cuentan para su monto de desembolso máximo. |                 | Una vez que haya pagado \$3,400 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. |

## 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 Proveedores* actualizado en nuestro sitio web, [ca.healthnetadvantage.com](http://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 Proveedores* por correo. **Consulte el *Directorio de Proveedores* para 2021, 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 para administrar su atención.

## Sección 2.4: Cambios en los Beneficios y los Costos de los Servicios Médicos

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 2021.

| Costo                          | 2020 (este año)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | 2021 (próximo año)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
|--------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Servicios de acupuntura</b> | <p><b><u>Servicios cubiertos por Medicare</u></b><br/>Usted paga un copago de \$10 por cada visita de acupuntura cubierta por Medicare. Se aplican límites de visitas.</p> <p><b><u>Servicios adicionales</u></b><br/>Usted paga un copago de \$10 por cada visita de acupuntura de rutina, hasta 30 visitas por año calendario, combinadas con servicios quiroprácticos de rutina.</p> <p>Si quiere más información sobre los beneficios, consulte la <i>Evidencia de Cobertura</i>.</p> | <p><b><u>Servicios cubiertos por Medicare</u></b><br/>Usted paga un copago de \$0 por cada visita de acupuntura cubierta por Medicare. Se aplican límites de visitas.</p> <p><b><u>Servicios adicionales</u></b><br/>Usted paga un copago de \$0 por cada visita de acupuntura de rutina, hasta 30 visitas por año calendario, combinadas con servicios quiroprácticos de rutina.</p> <p>Si quiere más información sobre los beneficios, consulte la <i>Evidencia de Cobertura</i>.</p> |



| Costo                                        | 2020 (este año)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | 2021 (próximo año)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
|----------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Terapia de nutrición médica adicional</b> | La terapia de nutrición médica adicional <u>no</u> está cubierta.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | <p>Usted paga un copago de \$0 por los servicios adicionales de terapia de nutrición médica.</p> <p>Si quiere más información sobre los beneficios, consulte la <i>Evidencia de Cobertura</i>.</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| <b>Servicios adicionales de telesalud</b>    | Los servicios adicionales de telesalud <u>no</u> están cubiertos.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | <p>Ciertos servicios adicionales de telesalud están cubiertos, incluidos aquellos para la atención primaria, los servicios de especialistas y de otros profesionales de la salud, y los servicios especializados de salud mental para pacientes ambulatorios, incluida la atención psiquiátrica.</p> <p>Los costos compartidos para los servicios adicionales de telesalud cubiertos son los mismos que los costos compartidos estándares para aquellos servicios que se brindan en un consultorio. Consulte el Capítulo 4 de su <i>Evidencia de Cobertura</i> para obtener más información.</p> |
| <b>Servicios quiroprácticos</b>              | <p><b><u>Servicios cubiertos por Medicare</u></b><br/>Usted paga un copago de \$10 por cada visita quiropráctica cubierta por Medicare para la manipulación manual de la columna vertebral para corregir subluxaciones.</p> <p><b><u>Servicios adicionales</u></b><br/>Usted paga un copago de \$10 por cada visita quiropráctica de rutina, hasta 30 visitas por año calendario, combinadas con servicios de acupuntura de rutina.</p> | <p><b><u>Servicios cubiertos por Medicare</u></b><br/>Usted paga un copago de \$0 por cada visita quiropráctica cubierta por Medicare para la manipulación manual de la columna vertebral para corregir subluxaciones.</p> <p><b><u>Servicios adicionales</u></b><br/>Usted paga un copago de \$0 por cada visita quiropráctica de rutina, hasta 30 visitas por año calendario, combinadas con servicios de acupuntura de rutina.</p>                                                                                                                                                            |

| Costo                            | 2020 (este año)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | 2021 (próximo año)                                                                                                                                                                                                                                                     |
|----------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                                  | <p>Si quiere más información sobre los beneficios, consulte la <i>Evidencia de Cobertura</i>.</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | <p>Si quiere más información sobre los beneficios, consulte la <i>Evidencia de Cobertura</i>.</p>                                                                                                                                                                      |
| <p><b>Servicios dentales</b></p> | <p><b><u>Servicios adicionales</u></b><br/> Usted paga un deducible anual de \$35 para servicios dentales preventivos adicionales.</p> <p>Hay un beneficio máximo combinado de \$500 por servicios dentales preventivos e integrales.</p> <p>Los servicios dentales preventivos incluyen lo siguiente:</p> <p>Exámenes: usted paga un copago de \$0 por cada examen bucal, hasta 2 por año calendario.</p> <p>Limpiezas: usted paga un copago de \$0 por cada limpieza, hasta 2 por año calendario.</p> <p>El tratamiento con fluoruro <u>no</u> está cubierto.</p> <p>Rayos X dentales: usted paga un copago de \$0 por rayos X dentales, hasta 1 serie por año calendario.</p> <p>Los servicios dentales integrales incluyen lo siguiente:</p> <p>Los servicios que no son de rutina <u>no</u> están cubiertos.</p> <p>Servicios de diagnóstico: usted paga un copago de \$0 por servicio.</p> | <p><b><u>Servicios adicionales</u></b><br/> Los servicios dentales adicionales se ofrecen como parte de un paquete de beneficios suplementarios opcionales. Consulte el Capítulo 4, Sección 2.2, de su <i>Evidencia de Cobertura</i> para obtener más información.</p> |

| Costo                                                                                                  | 2020 (este año)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | 2021 (próximo año)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                                                                                                        | <p>Los servicios de restauración <u>no</u> están cubiertos.</p> <p>Los servicios de endodoncia <u>no</u> están cubiertos.</p> <p>Los servicios de periodoncia <u>no</u> están cubiertos.</p> <p>Las extracciones <u>no</u> están cubiertas.</p> <p>La prostodoncia (incluye dentaduras postizas) y los servicios de cirugía oral/maxilofacial, entre otros servicios, <u>no</u> están cubiertos.</p> <p>Si quiere más información sobre los beneficios, consulte la <i>Evidencia de Cobertura</i>.</p> |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| <p><b>Capacitación para el autocontrol de la diabetes, servicios y suministros para diabéticos</b></p> | <p>Usted paga un copago de \$0 por los suministros para diabéticos cubiertos por Medicare.</p> <p>Los suministros para diabéticos se limitan a Accu-Chek™ y OneTouch™. No se cubren otras marcas, a menos que sean médicamente necesarias y cuenten con autorización previa.</p> <p>Usted paga el 20% del costo total por los zapatos terapéuticos cubiertos por Medicare para personas con diabetes que tienen pie diabético grave.</p>                                                               | <p>Usted paga un copago de \$0 por un glucómetro o suministros para diabéticos cubiertos por Medicare, según lo indique el médico, si surte la receta médica a través de una farmacia que tenga contrato con Health Net. Los suministros incluyen Accu-Chek™ y OneTouch™.</p> <p>Posiblemente no se cubran otras marcas, a menos que sean médicamente necesarias y cuenten con autorización previa. Si obtiene autorización para otra marca, usted paga el 20% del costo.</p> <p>Usted paga un copago de \$0 por los zapatos terapéuticos cubiertos por Medicare para personas con diabetes que tienen pie diabético grave.</p> |

| Costo                                                              | 2020 (este año)                                                          | 2021 (próximo año)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
|--------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p><b>Programas de educación sobre la salud y el bienestar</b></p> | <p>El beneficio de acondicionamiento físico <u>no</u> está cubierto.</p> | <p><b><u>Beneficio de acondicionamiento físico</u></b><br/> Usted paga un copago de \$0 por el beneficio de acondicionamiento físico.</p> <p>Las siguientes opciones están disponibles sin cargo para usted:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Inscripción en un centro de acondicionamiento físico: puede visitar un centro de acondicionamiento físico cercano que participe en el programa.</li> <li>• Kits para el acondicionamiento físico en el hogar: usted puede elegir entre una variedad de kits para el acondicionamiento físico en el hogar. Usted puede recibir hasta 2 kits por año de beneficios.</li> </ul> <p>Si quiere más información sobre los beneficios, consulte la <i>Evidencia de Cobertura</i>.</p> |
| <p><b>Beneficio de orientación nutricional</b></p>                 | <p>El beneficio de orientación nutricional <u>no</u> está cubierto.</p>  | <p>Usted paga un copago de \$0 por cada visita de orientación nutricional.</p> <p>Si quiere más información sobre los beneficios, consulte la <i>Evidencia de Cobertura</i>.</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |

| Costo                                                                                                                                                 | 2020 (este año)                                                                                                                                                                                                                                                                     | 2021 (próximo año)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p><b>Programas para dejar de fumar y de consumir tabaco (orientación para dejar de fumar), incluidas visitas adicionales para dejar de fumar</b></p> | <p>Las sesiones adicionales de orientación para dejar de fumar <u>no</u> están cubiertas.</p>                                                                                                                                                                                       | <p>Usted paga un copago de \$0 por cada visita adicional de orientación para dejar de fumar.</p> <p>Hasta 5 consultas adicionales de orientación para dejar de fumar están cubiertas a través de Teladoc™ por año calendario.</p> <p>Si quiere más información sobre los beneficios, consulte la <i>Evidencia de Cobertura</i>.</p>                                |
| <p><b>Visitas virtuales</b></p>                                                                                                                       | <p>Las visitas virtuales <u>no</u> están cubiertas.</p>                                                                                                                                                                                                                             | <p>Usted paga un copago de \$0 por consulta con un proveedor de Teladoc™. Las visitas virtuales están disponibles las 24 horas del día, los 365 días del año. Se puede acceder por teléfono, mediante una aplicación para teléfonos inteligentes o en línea.</p> <p>Si quiere más información sobre los beneficios, consulte la <i>Evidencia de Cobertura</i>.</p> |
| <p><b>Atención de la vista</b></p>                                                                                                                    | <p><b><u>Servicios adicionales</u></b><br/>Usted paga un copago de \$0 por lentes monofocales, bifocales o trifocales.</p> <p>Usted paga un copago de \$65 por lentes progresivos de primera calidad y estándares.</p> <p>Limitado a 1 compra de lentes cada 2 años calendario.</p> | <p><b><u>Servicios adicionales</u></b><br/>Usted tiene una asignación de \$100 para anteojos (marcos y lentes) o lentes de contacto por año calendario.</p> <p>No hay límites para la cantidad de compras de productos para la vista de rutina.</p> <p>Si quiere más información sobre los beneficios, consulte la <i>Evidencia de Cobertura</i>.</p>              |

| Costo                                                                                                                    | 2020 (este año)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | 2021 (próximo año)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                                                                                                                          | <p>Hay un límite de beneficio de \$120 cada 2 años calendario para lentes progresivos. Usted debe pagar los montos que superen el límite de beneficio.</p> <p>Usted tiene una asignación de \$100 para marcos o lentes de contacto en lugar de marcos y lentes de anteojos cada 2 años calendario.</p> <p>Si quiere más información sobre los beneficios, consulte la <i>Evidencia de Cobertura</i>.</p> |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
| <p><b>Paquete de beneficios suplementarios opcionales n.º 1: Puede comprar este paquete por una prima adicional.</b></p> | <p>No se ofrece un paquete de beneficios suplementarios opcionales.</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | <p>Health Net Enhanced Dental FLEX incluye lo siguiente:</p> <p><b><u>Servicios dentales</u></b><br/>Hay un beneficio máximo combinado de \$1,000 por año calendario, por servicios dentales preventivos e integrales brindados por proveedores dentro y fuera de la red.</p> <p><b>Dentro y fuera de la red</b><br/>Servicios dentales preventivos: incluyen 2 exámenes, 2 limpiezas, 1 tratamiento con fluoruro y 1 serie de rayos X dentales. Usted paga un copago de \$0 por visita.</p> <p>Los servicios dentales integrales incluyen lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Servicios que no son de rutina: usted paga un copago de \$0 por servicio.</li> <li>• Servicios de diagnóstico: usted paga un copago de \$0 por servicio.</li> </ul> |

| Costo                      | 2020 (este año)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | 2021 (próximo año)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
|----------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Servicios de restauración: usted paga el 20% del costo total.</li> <li>• Endodoncia: usted paga el 50% del costo total.</li> <li>• Periodoncia: usted paga el 50% del costo total.</li> <li>• Extracciones: usted paga el 50% del costo total.</li> <li>• Prostodoncia (incluye dentaduras postizas) y servicios de cirugía oral/maxilofacial, entre otros servicios: usted paga el 50% del costo total.</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                               |
| <b>Autorización previa</b> | <p>Los siguientes servicios requerían autorización previa:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Servicios de acupuntura</li> <li>• Servicios dentales integrales adicionales</li> <li>• Servicios de centros quirúrgicos ambulatorios</li> <li>• Servicios de ambulancia para servicios en avión y servicios que no son de emergencia</li> <li>• Servicios de rehabilitación cardíaca y servicios intensivos de rehabilitación cardíaca</li> <li>• Servicios quiroprácticos</li> <li>• Servicios y suministros para diabéticos</li> <li>• Equipo médico duradero</li> <li>• Servicios de cuidado de la salud en el hogar</li> <li>• Atención hospitalaria para pacientes internados</li> </ul> | <p>Los siguientes servicios requerirán autorización previa:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Servicios de acupuntura</li> <li>• Servicios dentales integrales adicionales</li> <li>• Servicios adicionales de telesalud</li> <li>• Servicios de centros quirúrgicos ambulatorios</li> <li>• Servicios de ambulancia para servicios en avión y servicios que no son de emergencia</li> <li>• Servicios de rehabilitación cardíaca y servicios intensivos de rehabilitación cardíaca</li> <li>• Servicios quiroprácticos</li> <li>• Servicios y suministros para diabéticos</li> <li>• Equipo médico duradero</li> <li>• Servicios de cuidado de la salud en el hogar</li> </ul> |

| Costo | 2020 (este año)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | 2021 (próximo año)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
|-------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|       | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Atención de salud mental para pacientes internados</li> <li>• Servicios dentales cubiertos por Medicare</li> <li>• Servicios preventivos cubiertos por Medicare</li> <li>• Medicamentos que requieren receta médica de Medicare Parte B</li> <li>• Servicios del Programa para el Tratamiento por Uso de Opioides</li> <li>• Servicios de otro profesional de la salud</li> <li>• Servicios relacionados con la sangre para pacientes ambulatorios</li> <li>• Servicios radiológicos terapéuticos y de diagnóstico para pacientes ambulatorios</li> <li>• Pruebas de diagnóstico y servicios de laboratorio para pacientes ambulatorios</li> <li>• Observación hospitalaria para pacientes ambulatorios</li> <li>• Servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios (incluidas cirugías)</li> <li>• Atención de salud mental para pacientes ambulatorios</li> <li>• Servicios especializados de salud mental para pacientes ambulatorios</li> <li>• Servicios de rehabilitación para pacientes ambulatorios: fisioterapia y terapia del habla</li> <li>• Servicio de rehabilitación para pacientes ambulatorios: terapia ocupacional</li> <li>• Servicios de abuso de sustancias para pacientes ambulatorios</li> <li>• Servicios de internación parcial</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Atención hospitalaria para pacientes internados</li> <li>• Atención de salud mental para pacientes internados</li> <li>• Servicios dentales cubiertos por Medicare</li> <li>• Servicios preventivos cubiertos por Medicare</li> <li>• Medicamentos que requieren receta médica de Medicare Parte B</li> <li>• Servicios del Programa para el Tratamiento por Uso de Opioides</li> <li>• Servicios de otro profesional de la salud</li> <li>• Servicios relacionados con la sangre para pacientes ambulatorios</li> <li>• Servicios radiológicos terapéuticos y de diagnóstico para pacientes ambulatorios</li> <li>• Pruebas de diagnóstico y servicios de laboratorio para pacientes ambulatorios</li> <li>• Observación hospitalaria para pacientes ambulatorios</li> <li>• Servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios (incluidas cirugías)</li> <li>• Atención de salud mental para pacientes ambulatorios</li> <li>• Servicios especializados de salud mental para pacientes ambulatorios</li> <li>• Servicios de rehabilitación para pacientes ambulatorios: fisioterapia y terapia del habla</li> <li>• Servicio de rehabilitación para pacientes ambulatorios: terapia ocupacional</li> <li>• Servicios de abuso de sustancias para pacientes ambulatorios</li> </ul> |



| Costo | 2020 (este año)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | 2021 (próximo año)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
|-------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|       | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Servicios de médicos especialistas</li> <li>• Prótesis y suministros relacionados</li> <li>• Servicios de rehabilitación pulmonar</li> <li>• Atención en un centro de enfermería especializada</li> <li>• Terapia de ejercicios supervisada</li> <li>• Lentes y accesorios para la atención de la vista</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Servicios de internación parcial</li> <li>• Servicios de médicos especialistas</li> <li>• Prótesis y suministros relacionados</li> <li>• Servicios de rehabilitación pulmonar</li> <li>• Atención en un centro de enfermería especializada</li> <li>• Terapia de ejercicios supervisada</li> <li>• Lentes y accesorios para la atención de la vista</li> </ul> |

**SECCIÓN 3 Cambios Administrativos**

| Descripción                                     | 2020 (este año)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | 2021 (próximo año)                                                                                                                                                                                                                                                               |
|-------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Cambios en el monto de desembolso máximo</b> | <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>Además, los siguientes servicios se aplican al monto de desembolso máximo:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Servicios de acupuntura</li> <li>• Examen físico anual</li> <li>• Las primeras 3 pintas de sangre</li> <li>• Línea de Consultas con Enfermeras</li> <li>• Servicios dentales preventivos</li> <li>• Atención quiropráctica de rutina</li> <li>• Exámenes de la vista de rutina</li> <li>• Cuidado de los pies de rutina</li> </ul> | <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>                                                                                                                             |
| <b>Cambios en las remisiones</b>                | <p>Su plan requería remisiones de su médico de atención primaria (por sus siglas en inglés, PCP) para que usted recibiera determinados servicios.</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | <p>Es posible que los requisitos para las remisiones hayan cambiado para el 2021. Si quiere obtener más información sobre los beneficios que requieren una remisión, consulte la Tabla de Beneficios Médicos en el Capítulo 4 de la <i>Evidencia de Cobertura</i> para 2021.</p> |

| Descripción                           | 2020 (este año)                                                                                                                                                                         | 2021 (próximo año)                                                                                                                                                                                                                                                                           |
|---------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Cambios en el área de servicio</b> | Nuestra área de servicio incluye los siguientes condados: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Los Angeles (CA)</li> <li>• Riverside (CA)</li> <li>• San Bernardino (CA)</li> </ul> | Nuestra área de servicio incluye los siguientes condados: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Alameda (CA)</li> <li>• Los Angeles (CA)</li> <li>• Placer (CA)</li> <li>• Riverside (CA)</li> <li>• Sacramento (CA)</li> <li>• San Bernardino (CA)</li> <li>• Stanislaus (CA)</li> </ul> |

## SECCIÓN 4 Cómo Decidir Qué Tipo de Plan Elegir

### Sección 4.1: Si Quiere Permanecer en Health Net Green (HMO)

Si quiere permanecer en nuestro plan, no debe hacer nada. Si no se afilia a otro plan ni se cambia a Medicare Original antes del 7 de diciembre, lo afiliaremos automáticamente a Health Net Green (HMO).

### Sección 4.2: Si Quiere Cambiar de Plan

Esperamos mantenerlo como afiliado el próximo año, pero, si quiere hacer un cambio para 2021, siga estos pasos:

#### Paso 1: Conozca sus opciones y compárelas

- Puede afiliarse a otro plan de salud de Medicare en tiempo y forma.
- 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 no se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare, es posible que se aplique una multa por inscripción tardía de la Parte D.

Para saber más sobre Medicare Original y los diferentes tipos de planes de Medicare, lea el manual *Medicare y Usted 2021*, 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 [www.medicare.gov/plan-compare](http://www.medicare.gov/plan-compare). **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 Green (HMO).
- 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 Green (HMO).
- 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.

## SECCIÓN 5 Plazo para Cambiar de Plan

Si quiere cambiarse a otro plan o a Medicare Original el próximo año, puede hacerlo desde el **15 de octubre hasta el 7 de diciembre**. El cambio entrará en vigor a partir del 1.º de enero de 2021.

### ¿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. Para obtener más información, consulte el Capítulo 8, Sección 2.3, de la *Evidencia de Cobertura*.

Si se afilia a un plan Medicare Advantage para el 1.º de enero de 2021 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 2021. Para obtener más información, consulte el Capítulo 8, Sección 2.2, de la *Evidencia de Cobertura*.

## SECCIÓN 6 Programas Que Ofrecen Asesoramiento Gratuito sobre Medicare

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 1-800-434-0222 (TTY: 711). Puede obtener más información sobre el HICAP en su sitio web (<http://www.hicapservices.net/>).

## 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.** Las personas con ingresos limitados pueden reunir los requisitos para recibir Ayuda Adicional para pagar los costos de los medicamentos que requieren receta médica. Si lo hace, Medicare podría pagar hasta el 75% o más de los costos de medicamentos, que incluyen primas mensuales de medicamentos que requieren receta médica, deducibles anuales y coseguros. Además, las personas que reúnen los requisitos no tendrán una brecha de cobertura ni una multa por inscripción tardía. Hay muchas personas que cumplen estos requisitos y ni siquiera lo saben. Para saber si reúne los requisitos, 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 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).
- **¿Qué sucede si usted tiene la cobertura de un Programa de Asistencia de Medicamentos para el Sida?** El Programa de Asistencia de Medicamentos para el Sida (por sus siglas en inglés, ADAP) ayuda a que las personas con VIH/sida que reúnen los requisitos para el programa tengan acceso a medicamentos esenciales contra el VIH. 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 por medicamentos que requieren receta médica a través del ADAP. Llame al 1-844-421-7050

(TTY: 711) de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m. (excepto los días feriados).

Nota: Para inscribirse en el ADAP, las personas deben cumplir con ciertos requisitos, incluidos los siguientes: prueba de residencia dentro del estado y condición de portadoras del VIH; bajos ingresos, como lo define el estado; y no estar aseguradas, o tener un seguro insuficiente.

Si ya está inscrito en el ADAP, el programa puede continuar brindándole la asistencia de costo compartido para los medicamentos que requieren receta médica de Medicare Parte D, que figuran en el *Formulario* del ADAP. Para asegurarse de continuar recibiendo esta asistencia, infórmelo al trabajador local de inscripción en el ADAP cualquier cambio en el nombre de su plan de Medicare Parte D o número de póliza. Llame al ADAP, al 1-844-421-7050 (TTY: 711) de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m. (excepto los días feriados).

Para obtener más información sobre requisitos, medicamentos cubiertos o formas de inscripción en este programa, llame al ADAP, al 1-844-421-7050 (TTY: 711) de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m. (excepto los días feriados).

## SECCIÓN 8 ¿Tiene Preguntas?

### Sección 8.1: Cómo Obtener Ayuda de Health Net Green (HMO)

¿Tiene preguntas? Estamos aquí para ayudarlo. Llame al Departamento de Servicios al Afiliado, al 1-800-275-4737. (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, se utiliza un sistema de mensajería. Las llamadas a estos números son gratuitas.

#### **Lea la *Evidencia de Cobertura* para 2021 (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 2021. Para obtener detalles, consulte la *Evidencia de Cobertura* para 2021 de Health Net Green (HMO). 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](http://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](http://ca.healthnetadvantage.com). Recuerde que nuestro sitio web contiene la información más actualizada sobre nuestra red de proveedores (*Directorio de Proveedores*).

---

## **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 ([www.medicare.gov](http://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 [www.medicare.gov/plan-compare](http://www.medicare.gov/plan-compare)).

### **Lea el manual *Medicare y Usted 2021***

Puede leer el manual *Medicare y Usted 2021*. 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 ([www.medicare.gov](http://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.