

Health Net Sapphire Premier (HMO) es ofrecido por HEALTH NET COMMUNITY SOLUTIONS, INC.

Aviso Anual de Cambios para 2021

Usted está afiliado actualmente a Health Net Seniority Plus Sapphire Premier (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 las Secciones 2.5 y 2.6 para obtener información sobre los cambios en los beneficios y los costos de nuestro plan.
- Consulte en el cuadernillo los cambios en nuestra cobertura de medicamentos que requieren receta médica para saber si será afectado por ellos.
 - ¿Sus medicamentos tendrán cobertura?
 - ¿Están en un nivel diferente, con un costo compartido diferente?
 - ¿Alguno de sus medicamentos tiene restricciones nuevas, como requerir nuestra aprobación antes de surtir una receta médica?
 - ¿Puede continuar utilizando las mismas farmacias? ¿Hay algún cambio en los costos por utilizar esta farmacia?
 - Consulte la *Lista de Medicamentos* para 2021 y la Sección 2.6 para obtener información sobre los cambios en nuestra cobertura de medicamentos.

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

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

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

Considere los costos generales de su atención de salud.

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

Piense si está satisfecho con nuestro plan.

2. **COMPARE:** Conozca otras opciones de planes

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

- Utilice la herramienta de búsqueda personalizada del buscador de planes de Medicare en el sitio web 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 Sapphire Premier (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 Sapphire Premier (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 1-800-431-9007, para obtener información adicional. (Los usuarios de TTY deben llamar al 711). Desde el 1.º de octubre hasta el 31 de marzo, puede llamarnos los 7 días de la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Desde el 1.º de abril hasta el 30 de septiembre, puede llamarnos de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Fuera de los horarios de atención, los fines de semana y los feriados nacionales, 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, para obtener más información.

Acerca de Health Net Sapphire Premier (HMO)

- HEALTH NET COMMUNITY SOLUTIONS, INC., tiene contrato con Medicare para ofrecer planes de HMO. La inscripción en HEALTH NET COMMUNITY SOLUTIONS, INC., está sujeta a la renovación del contrato.
- En este cuadernillo, “nosotros”, “nos” o “nuestro” hacen referencia a HEALTH NET COMMUNITY SOLUTIONS, INC. Utilizaremos las palabras “plan” o “nuestro plan” para referirnos a Health Net Sapphire Premier (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 Sapphire Premier (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. 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)
Prima mensual del plan* * La prima puede ser mayor o menor que este monto. Consulte la Sección 2.1 para obtener detalles.	\$32	\$22.90
Monto de desembolso máximo 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).	\$6,700	\$3,450
Visitas al consultorio del médico	Visitas al médico de atención primaria: usted paga un copago de \$0 por visita. Visitas a especialistas: usted paga un copago de \$0 por visita.	Visitas al médico de atención primaria: usted paga un copago de \$0 por visita. Visitas a especialistas: usted paga un copago de \$0 por visita.

Costo	2020 (este año)	2021 (próximo año)
<p>Servicios hospitalarios para pacientes internados Se incluyen servicios hospitalarios para pacientes internados agudos, servicios de rehabilitación para pacientes internados, hospitales de atención a largo plazo y otros tipos de servicios hospitalarios para pacientes internados. La atención hospitalaria para pacientes internados comienza el día que lo admiten formalmente en el hospital, con la indicación de un médico. El día anterior a que reciba el alta es su último día de internación.</p>	<p>Para las admisiones cubiertas por Medicare, por período de beneficios:</p> <p>Usted paga los siguientes montos de costo compartido definidos por Medicare por período de beneficios:</p> <p>Deducible de \$1,408 por cada período de beneficios.</p> <p>Días 1 al 60: copago de \$0 por día.</p> <p>Días 61 al 90: copago de \$352 por día.</p> <p>Días 1 al 60 de reserva vitalicia: copago de \$704 por día.</p> <p>Una vez agotados estos días de reserva vitalicia, usted debe pagar todos los costos.</p>	<p>Para las admisiones cubiertas por Medicare, por admisión:</p> <p>Días 1 al 3: usted paga un copago de \$800 por día.</p> <p>Días 4 al 90: usted paga un copago de \$0 por día.</p>
<p>Cobertura de medicamentos que requieren receta médica de la Parte D (Consulte la Sección 2.6 para obtener detalles).</p>	<p>Deducible: \$320 (Se aplica a los niveles 2, 3, 4 y 5).</p> <p>Copagos/coseguros durante la Etapa de cobertura inicial:</p> <ul style="list-style-type: none"> Nivel 1: medicamentos genéricos preferidos: Costo compartido estándar: usted paga un copago de \$0 por un suministro de un mes (30 días). 	<p>Deducible: \$445 (Se aplica a los niveles 2, 3, 4 y 5).</p> <p>Copagos/coseguros durante la Etapa de cobertura inicial:</p> <ul style="list-style-type: none"> Nivel 1: medicamentos genéricos preferidos: Costo compartido estándar: usted paga un copago de \$0 por un suministro de un mes (30 días).

Costo	2020 (este año)	2021 (próximo año)
	<ul style="list-style-type: none"> <li data-bbox="670 317 1024 590"> <p>• Nivel 2: medicamentos genéricos: Costo compartido estándar: usted paga un copago de \$20 por un suministro de un mes (30 días).</p> <li data-bbox="670 642 1024 915"> <p>• Nivel 3: medicamentos de marca preferidos: Costo compartido estándar: usted paga un copago de \$47 por un suministro de un mes (30 días).</p> <li data-bbox="670 968 1024 1241"> <p>• Nivel 4: medicamentos no preferidos: Costo compartido estándar: usted paga un copago de \$100 por un suministro de un mes (30 días).</p> <li data-bbox="670 1293 1024 1535"> <p>• Nivel 5: nivel de especialidades: Costo compartido estándar: usted paga el 27% del costo total por un suministro de un mes (30 días).</p> <li data-bbox="670 1587 1024 1829"> <p>• Nivel 6: determinados medicamentos: Costo compartido estándar: usted paga un copago de \$0 por un suministro de un mes (30 días).</p> 	<ul style="list-style-type: none"> <li data-bbox="1065 317 1382 590"> <p>• Nivel 2: medicamentos genéricos: Costo compartido estándar: usted paga un copago de \$20 por un suministro de un mes (30 días).</p> <li data-bbox="1065 642 1382 915"> <p>• Nivel 3: medicamentos de marca preferidos: Costo compartido estándar: usted paga un copago de \$47 por un suministro de un mes (30 días).</p> <li data-bbox="1065 968 1382 1241"> <p>• Nivel 4: medicamentos no preferidos: Costo compartido estándar: usted paga el 47% del costo total por un suministro de un mes (30 días).</p> <li data-bbox="1065 1293 1382 1535"> <p>• Nivel 5: nivel de especialidades: Costo compartido estándar: usted paga el 25% del costo total por un suministro de un mes (30 días).</p>

Aviso Anual de Cambios para 2021

Índice

Resumen de Costos Importantes para 2021	1
SECCIÓN 1 El Nombre del Plan Cambiará	5
SECCIÓN 2 Cambios en los Beneficios y los Costos para el Próximo Año	5
Sección 2.1: Cambios en la Prima Mensual.....	5
Sección 2.2: Cambios en el Monto de Desembolso Máximo	6
Sección 2.3: Cambios en la Red de Proveedores	6
Sección 2.4: Cambios en la Red de Farmacias	7
Sección 2.5: Cambios en los Beneficios y los Costos de los Servicios Médicos	7
Sección 2.6: Cambios en la Cobertura de Medicamentos Que Requieren Receta Médica de la Parte D	14
SECCIÓN 3 Cambios Administrativos	17
SECCIÓN 4 Cómo Decidir Qué Tipo de Plan Elegir	19
Sección 4.1: Si Quiere Permanecer en Health Net Sapphire Premier (HMO).....	19
Sección 4.2: Si Quiere Cambiar de Plan.....	19
SECCIÓN 5 Plazo para Cambiar de Plan	20
SECCIÓN 6 Programas Que Ofrecen Asesoramiento Gratuito sobre Medicare	21
SECCIÓN 7 Programas Que Ayudan a Pagar los Medicamentos Que Requieren Receta Médica	21
SECCIÓN 8 ¿Tiene Preguntas?	22
Sección 8.1: Cómo Obtener Ayuda de Health Net Sapphire Premier (HMO)	22
Sección 8.2: Cómo Obtener Ayuda de Medicare.....	22

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 Sapphire Premier (HMO) a Health Net Sapphire Premier (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

Sección 2.1: Cambios en la Prima Mensual

Costo	2020 (este año)	2021 (próximo año)
Prima mensual (También debe continuar pagando la prima de Medicare Parte B).	\$32	\$22.90

- La prima mensual del plan será *mayor* si debe pagar una multa por inscripción tardía de la Parte D de por vida, debido a que estuvo sin otra cobertura de medicamentos que sea, por lo menos, tan buena como la cobertura de medicamentos de Medicare (también llamada “cobertura acreditable”) durante 63 días o más.
- Si tiene ingresos más altos, es posible que deba pagar un monto adicional por mes directamente al Gobierno por la cobertura de medicamentos que requieren receta médica de Medicare.
- La prima mensual será *menor* si recibe Ayuda Adicional para pagar los costos de los medicamentos que requieren receta médica. Consulte la Sección 7 relativa a la Ayuda Adicional de Medicare.

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)
Monto de desembolso máximo	\$6,700	\$3,450
Los costos de los servicios médicos cubiertos (como copagos) cuentan para el monto de desembolso máximo. La prima del plan y los costos de los medicamentos que requieren receta médica no cuentan para el monto de desembolso máximo.		Una vez que haya pagado \$3,450 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 Farmacias y Proveedores* actualizado en nuestro sitio web, ca.healthnetadvantage.com. También puede llamar al Departamento de Servicios al Afiliado para obtener información actualizada sobre los proveedores o para solicitar que le enviemos un *Directorio de Farmacias y Proveedores* por correo. **Consulte el *Directorio de Farmacias y Proveedores para 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 la Red de Farmacias

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

Se han implementado cambios en nuestra red de farmacias para el próximo año. Encontrará un *Directorio de Farmacias y Proveedores* actualizado en nuestro sitio web, ca.healthnetadvantage.com. También puede llamar al Departamento de Servicios al Afiliado para obtener información actualizada sobre los proveedores o para solicitar que le enviemos un *Directorio de Farmacias y Proveedores* por correo. **Para saber qué farmacias se encuentran en nuestra red, consulte el *Directorio de Farmacias y Proveedores para 2021*.**

Sección 2.5: 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)
Terapia de nutrición médica adicional	La terapia de nutrición médica adicional <u>no</u> está cubierta.	Usted paga un copago de \$0 por los servicios adicionales de terapia de nutrición médica. Si quiere más información sobre los beneficios, consulte la <i>Evidencia de Cobertura</i> .

Costo	2020 (este año)	2021 (próximo año)
Servicios adicionales de telesalud	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>
Capacitación para el autocontrol de la diabetes, servicios y suministros para diabéticos	<p>Usted paga el 20% del costo total 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 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>
Atención de emergencia	<p>Usted paga un copago de \$90 por cada visita a la sala de emergencias cubierta por Medicare.</p> <p>Si es admitido en el hospital de inmediato, no paga ese monto.</p>	<p>Usted paga un copago de \$120 por cada visita a la sala de emergencias cubierta por Medicare.</p> <p>Si es admitido en el hospital de inmediato, no paga ese monto.</p>

Costo	2020 (este año)	2021 (próximo año)
<p>Programas de educación sobre la salud y el bienestar</p>	<p><u>Beneficio de acondicionamiento físico</u></p> <p>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"> • Inscripción en un centro de acondicionamiento físico: puede visitar un centro de acondicionamiento físico cercano que participe en el programa. • 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 1 kit por año de beneficios. <p>Si quiere más información sobre los beneficios, consulte la <i>Evidencia de Cobertura</i>.</p>	<p><u>Beneficio de acondicionamiento físico</u></p> <p>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"> • Inscripción en un centro de acondicionamiento físico: puede visitar un centro de acondicionamiento físico cercano que participe en el programa. • 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. <p>Si quiere más información sobre los beneficios, consulte la <i>Evidencia de Cobertura</i>.</p>
<p>Atención hospitalaria para pacientes internados</p>	<p>Para las admisiones cubiertas por Medicare, por período de beneficios:</p> <p>Usted paga los siguientes montos de costo compartido definidos por Medicare por período de beneficios:</p> <p>Deducible de \$1,408 por cada período de beneficios.</p> <p>Días 1 al 60: copago de \$0 por día.</p>	<p>Para las admisiones cubiertas por Medicare, por admisión:</p> <p>Días 1 al 3: usted paga un copago de \$800 por día.</p> <p>Días 4 al 90: usted paga un copago de \$0 por día.</p>

Costo	2020 (este año)	2021 (próximo año)
	<p>Días 61 al 90: copago de \$352 por día.</p> <p>Días 1 al 60 de reserva vitalicia: copago de \$704 por día.</p> <p>Una vez agotados estos días de reserva vitalicia, usted debe pagar todos los costos.</p>	
Beneficio de orientación nutricional	El beneficio de orientación nutricional <u>no</u> está cubierto.	<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>
<p>Procedimientos y pruebas de diagnóstico, y servicios de laboratorio para pacientes ambulatorios</p> <p>Procedimientos y pruebas de diagnóstico</p>	<p><u>Cobertura para personas con COVID-19</u> Los servicios para pruebas de COVID-19 estaban cubiertos conforme a los beneficios enumerados entre los procedimientos y pruebas de diagnóstico.</p> <p><u>Procedimientos y pruebas de diagnóstico</u> Usted paga el 20% del costo total por los procedimientos y las pruebas de diagnóstico cubiertos por Medicare.</p> <p><u>Servicios de laboratorio</u> Usted paga un copago de \$0 por los servicios de laboratorio cubiertos por Medicare.</p>	<p><u>Cobertura para personas con COVID-19</u> Usted paga un copago de \$0 por los procedimientos y las pruebas de diagnóstico, y los servicios de laboratorio relacionados con la COVID-19.</p> <p><u>Procedimientos y pruebas de diagnóstico</u> Usted paga el 20% del costo total por los procedimientos y las pruebas de diagnóstico cubiertos por Medicare.</p> <p><u>Servicios de laboratorio</u> Usted paga un copago de \$0 por los servicios de laboratorio cubiertos por Medicare.</p>

Costo	2020 (este año)	2021 (próximo año)
Artículos de venta libre	<p>Usted paga un copago de \$0 por los artículos de venta libre cubiertos disponibles a través de nuestro servicio de compra por correo. El plan cubre hasta \$55 por trimestre calendario. Se limita a un pedido por período de beneficios. Puede pedir hasta 15 artículos iguales por trimestre calendario. Posiblemente se apliquen límites adicionales para algunos artículos.</p> <p>Los saldos que no se hayan utilizado para el final de cada período de beneficios no se transferirán.</p> <p>Si quiere más información sobre los beneficios, consulte la <i>Evidencia de Cobertura</i>.</p>	<p>Usted paga un copago de \$0 por los artículos de venta libre cubiertos disponibles a través de nuestro servicio de compra por correo. El plan cubre hasta \$125 por trimestre calendario. Se limita a un pedido por período de beneficios. Puede pedir hasta 9 artículos iguales por trimestre calendario. Posiblemente se apliquen límites adicionales para algunos artículos.</p> <p>Los saldos que no se hayan utilizado para el final de cada período de beneficios no se transferirán.</p> <p>Si quiere más información sobre los beneficios, consulte la <i>Evidencia de Cobertura</i>.</p>
Programas para dejar de fumar y de consumir tabaco (orientación para dejar de fumar), incluidas consultas adicionales para dejar de fumar	<p>Usted paga un copago de \$0 por hasta 4 llamadas adicionales de asesoramiento a través de nuestro programa para dejar de fumar telefónico y en línea, por año calendario. Incluye asesoramiento en línea y llamadas ilimitadas al asesor para dejar de fumar.</p> <p>Si quiere más información sobre los beneficios, consulte la <i>Evidencia de Cobertura</i>.</p>	<p>Usted paga un copago de \$0 por cada consulta 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>
Visitas virtuales	<p>Las visitas virtuales <u>no</u> están cubiertas.</p>	<p>Usted paga un copago de \$0 por consulta de telesalud 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>

Costo	2020 (este año)	2021 (próximo año)
Autorización previa	<p>Los siguientes servicios requerían autorización previa:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios de acupuntura • Servicios dentales integrales adicionales • Servicios de centros quirúrgicos ambulatorios • Servicios de ambulancia para servicios en avión y servicios que no son de emergencia • Servicios de rehabilitación cardíaca y servicios intensivos de rehabilitación cardíaca • Servicios quiroprácticos • Servicios y suministros para diabéticos • Equipo médico duradero • Audífonos • Servicios de cuidado de la salud en el hogar • Atención hospitalaria para pacientes internados • Atención de salud mental para pacientes internados • Servicios dentales cubiertos por Medicare • Servicios preventivos cubiertos por Medicare • Medicamentos que requieren receta médica de Medicare Parte B • Servicios del Programa para el Tratamiento por Uso de Opioides • Servicios de otro profesional de la salud • Servicios relacionados con la sangre para pacientes ambulatorios • Servicios radiológicos terapéuticos y de diagnóstico para pacientes ambulatorios 	<p>Los siguientes servicios requerirán autorización previa:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios de acupuntura • Servicios dentales integrales adicionales • Servicios adicionales de telesalud • Servicios de centros quirúrgicos ambulatorios • Servicios de ambulancia para servicios en avión y servicios que no son de emergencia • Servicios de rehabilitación cardíaca y servicios intensivos de rehabilitación cardíaca • Servicios quiroprácticos • Servicios y suministros para diabéticos • Equipo médico duradero • Audífonos • Servicios de cuidado de la salud en el hogar • Atención hospitalaria para pacientes internados • Atención de salud mental para pacientes internados • Servicios dentales cubiertos por Medicare • Servicios preventivos cubiertos por Medicare • Medicamentos que requieren receta médica de Medicare Parte B • Servicios del Programa para el Tratamiento por Uso de Opioides • Servicios de otro profesional de la salud • Servicios relacionados con la sangre para pacientes ambulatorios

Costo	2020 (este año)	2021 (próximo año)
	<ul style="list-style-type: none"> • Pruebas de diagnóstico y servicios de laboratorio para pacientes ambulatorios • Observación hospitalaria para pacientes ambulatorios • Servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios (incluidas cirugías) • Atención de salud mental para pacientes ambulatorios • Servicios especializados de salud mental para pacientes ambulatorios • Servicios de rehabilitación para pacientes ambulatorios: fisioterapia y terapia del habla • Servicio de rehabilitación para pacientes ambulatorios: terapia ocupacional • Servicios de abuso de sustancias para pacientes ambulatorios • Servicios de internación parcial • Servicios de médicos especialistas • Prótesis y suministros relacionados • Servicios de rehabilitación pulmonar • Atención en un centro de enfermería especializada • Terapia de ejercicios supervisada • Servicios de transporte • Lentes y accesorios para la atención de la vista 	<ul style="list-style-type: none"> • Servicios radiológicos terapéuticos y de diagnóstico para pacientes ambulatorios • Pruebas de diagnóstico y servicios de laboratorio para pacientes ambulatorios • Observación hospitalaria para pacientes ambulatorios • Servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios (incluidas cirugías) • Atención de salud mental para pacientes ambulatorios • Servicios especializados de salud mental para pacientes ambulatorios • Servicios de rehabilitación para pacientes ambulatorios: fisioterapia y terapia del habla • Servicio de rehabilitación para pacientes ambulatorios: terapia ocupacional • Servicios de abuso de sustancias para pacientes ambulatorios • Servicios de internación parcial • Servicios de médicos especialistas • Prótesis y suministros relacionados • Servicios de rehabilitación pulmonar • Atención en un centro de enfermería especializada • Terapia de ejercicios supervisada • Servicios de transporte • Lentes y accesorios para la atención de la vista

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

Cambios en Nuestra *Lista de Medicamentos*

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

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

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

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

En algunas situaciones, debemos cubrir un suministro temporal de un medicamento que no figura en el *Formulario* dentro de los primeros 90 días del año del plan o dentro de los primeros 90 días de su afiliación al plan, para evitar que se interrumpa el tratamiento. (En el Capítulo 5, Sección 5.2, de la *Evidencia de Cobertura* se explica cuándo puede obtener un suministro temporal y cómo debe solicitarlo). Durante el tiempo en el que usted obtiene un suministro temporal de un medicamento, deberá hablar con su médico para decidir qué debe hacer cuando este se le acabe. Podrá cambiar a un medicamento distinto cubierto por el plan o solicitarle al plan que haga una excepción y cubra su medicamento actual.

Su excepción al *Formulario* vigente tendrá cobertura hasta la fecha que se indica en la carta de aprobación que recibió. No es necesario que solicite una nueva excepción hasta que haya finalizado su aprobación actual.

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

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

Cambios en los Costos de los Medicamentos Que Requieren Receta Médica

Nota: Si participa en un programa que ayuda a pagar sus medicamentos (Ayuda Adicional), **la información sobre los costos de los medicamentos que requieren receta médica de la Parte D es posible que no se aplique a usted.** Le enviamos un encarte aparte denominado “Cláusula Adicional de la *Evidencia de Cobertura* para las Personas Que Reciben Ayuda Adicional para Pagar Sus Medicamentos Que Requieren Receta Médica” (también denominada “Cláusula Adicional de Subsidio por Ingreso Bajo” o “Cláusula Adicional LIS”), que le brinda información sobre los costos de los medicamentos. Si usted obtiene Ayuda Adicional y no ha recibido este encarte antes del 30 de septiembre de 2020, llame al Departamento de Servicios al Afiliado y solicite la *Cláusula Adicional LIS*.

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

A continuación, se muestran los cambios para el próximo año en las dos primeras etapas, la Etapa del deducible anual y la Etapa de cobertura inicial. (La mayoría de los afiliados no llega a las otras dos etapas, la Etapa de brecha de cobertura o la Etapa de cobertura catastrófica. Si quiere obtener información sobre sus costos en estas etapas, consulte el Capítulo 6, Secciones 6 y 7, de la *Evidencia de Cobertura*, que se encuentra en nuestro sitio web, ca.healthnetadvantage.com. También puede llamar al Departamento de Servicios al Afiliado para solicitar que le enviemos por correo una *Evidencia de Cobertura*).

Cambios en la Etapa del Deducible

Etapa	2020 (este año)	2021 (próximo año)
<p>Etapa 1: Etapa del deducible anual</p> <p>Durante esta etapa, usted paga el costo total de sus medicamentos del nivel 2 (genéricos), nivel 3 (de marca preferidos), nivel 4 (de marca no preferidos) y nivel 5 (nivel de especialidades) hasta que alcance el deducible anual.</p>	<p>El deducible es de \$320.</p> <p>Durante esta etapa, usted paga \$0 de costo compartido por los medicamentos del nivel 1 (genéricos preferidos) y nivel 6 (determinados medicamentos), y paga el costo total de los medicamentos del nivel 2 (genéricos), nivel 3 (de marca preferidos), nivel 4 (de marca no preferidos) y nivel 5 (nivel de especialidades) hasta que alcance el deducible anual.</p>	<p>El deducible es de \$445.</p> <p>Durante esta etapa, usted paga \$0 de costo compartido por los medicamentos del nivel 1 (genéricos preferidos) y paga el costo total de los medicamentos del nivel 2 (genéricos), nivel 3 (de marca preferidos), nivel 4 (de marca no preferidos) y nivel 5 (nivel de especialidades) hasta que alcance el deducible anual.</p>

Cambios en Su Costo Compartido en la Etapa de Cobertura Inicial

En la Etapa de cobertura inicial, su costo compartido para los medicamentos del nivel 4 (no preferidos) cambia de copago a coseguro. Consulte la tabla siguiente para ver los cambios de 2020 para 2021.

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

Etapa	2020 (este año)	2021 (próximo año)
<p>Etapa 2: Etapa de cobertura inicial</p> <p>Una vez que usted paga el deducible anual, pasará a la Etapa de cobertura inicial. Durante esta etapa, se cubre la parte del costo de los medicamentos que le corresponde al plan, y usted paga su parte del costo.</p> <p>Para 2020, usted pagaba un copago de \$100 por los medicamentos del nivel 4 (no preferidos). Para 2021, usted pagará un coseguro del 47% por los medicamentos de este nivel.</p> <p>Los costos que se indican en esta fila son por un suministro de un mes (30 días) cuando surte su receta médica en una farmacia de la red. Si quiere obtener información sobre los costos de un suministro a largo plazo en una farmacia de la red que ofrezca un costo compartido preferido, o de los medicamentos que requieren receta médica de compra por correo, consulte el Capítulo 6, Sección 5, de la <i>Evidencia de Cobertura</i>.</p>	<p>Su costo para un suministro de un mes surtido en una farmacia de la red con un costo compartido estándar:</p> <p>Nivel 1: medicamentos genéricos preferidos: usted paga un copago de \$0 por receta médica.</p> <p>Nivel 2: medicamentos genéricos: usted paga un copago de \$20 por receta médica.</p> <p>Nivel 3: medicamentos de marca preferidos: usted paga un copago de \$47 por receta médica.</p> <p>Nivel 4: medicamentos no preferidos: usted paga un copago de \$100 por receta médica.</p> <p>Nivel 5: nivel de especialidades: usted paga el 27% del costo total.</p> <p>Nivel 6: determinados medicamentos: usted paga un copago de \$0 por receta médica.</p>	<p>Su costo para un suministro de un mes surtido en una farmacia de la red con un costo compartido estándar:</p> <p>Nivel 1: medicamentos genéricos preferidos: usted paga un copago de \$0 por receta médica.</p> <p>Nivel 2: medicamentos genéricos: usted paga un copago de \$20 por receta médica.</p> <p>Nivel 3: medicamentos de marca preferidos: usted paga un copago de \$47 por receta médica.</p> <p>Nivel 4: medicamentos no preferidos: usted paga el 47% del costo total.</p> <p>Nivel 5: nivel de especialidades: usted paga el 25% del costo total.</p>

Etapa	2020 (este año)	2021 (próximo año)
Hemos cambiado el nivel para algunos medicamentos de nuestra <i>Lista de Medicamentos</i> . Para saber si sus medicamentos estarán en un nivel diferente, búselos en la <i>Lista de Medicamentos</i> .	Una vez que sus costos totales de medicamentos hayan alcanzado los \$4,020, usted pasará a la siguiente etapa (la Etapa de brecha de cobertura).	Una vez que sus costos totales de medicamentos hayan alcanzado los \$4,130, usted pasará a la siguiente etapa (la Etapa de brecha de cobertura).

Cambios en las Etapas de Brecha de Cobertura y Cobertura Catastrófica

Las otras dos etapas de cobertura de medicamentos, la Etapa de brecha de cobertura y la Etapa de cobertura catastrófica, son para personas que gastan mucho dinero en medicamentos. **La mayoría de los afiliados no llega a la Etapa de brecha de cobertura ni a la Etapa de cobertura catastrófica.** En la Etapa de cobertura inicial, su costo compartido para los medicamentos del nivel 4 (no preferidos) cambia de copago a coseguro. Si quiere obtener información sobre los costos en estas etapas, consulte el Capítulo 6, Secciones 6 y 7, de la *Evidencia de Cobertura*.

SECCIÓN 3 Cambios Administrativos

Descripción	2020 (este año)	2021 (próximo año)
Farmacia de compra por correo	Había dos farmacias de compra por correo: <ul style="list-style-type: none"> Farmacia de servicio de pedidos por correo CVS Caremark Farmacia de compra por correo Homescripts 	Hay una farmacia de compra por correo: <ul style="list-style-type: none"> Farmacia de servicio de pedidos por correo CVS Caremark
Cambios en el monto de desembolso máximo	Los siguientes beneficios y servicios se aplican a su desembolso máximo:	Los siguientes beneficios y servicios se aplican a su desembolso máximo: Todos los beneficios cubiertos por Medicare dentro de la red.

Descripción	2020 (este año)	2021 (próximo año)
	<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"> • Servicios de acupuntura • Sesiones adicionales de orientación para dejar de fumar y de consumir tabaco • Examen físico anual • Las primeras 3 pintas de sangre • Beneficio de acondicionamiento físico • Ajuste de audífonos • Línea de Consultas con Enfermeras • Artículos de venta libre • Sistema personal de respuesta en caso de emergencia • Servicios dentales preventivos • Atención quiropráctica de rutina • Exámenes de la vista de rutina • Cuidado de los pies de rutina • Pruebas auditivas de rutina • Servicios de transporte hacia lugares aprobados 	

Descripción	2020 (este año)	2021 (próximo año)
Cambios en las remisiones	Su plan requería remisiones de su médico de atención primaria (por sus siglas en inglés, PCP) para que usted recibiera determinados servicios.	Es posible que los requisitos para las remisiones hayan cambiado para el 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.

SECCIÓN 4 Cómo Decidir Qué Tipo de Plan Elegir

Sección 4.1: Si Quiere Permanecer en Health Net Sapphire Premier (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 Sapphire Premier (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, consulte la Sección 2.1 relativa a una posible 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. **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 Sapphire Premier (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 Sapphire Premier (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 10, 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 10, 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 (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).
- **Asistencia de costo compartido para medicamentos que requieren receta médica para personas con VIH/sida.** El Programa de Asistencia de Medicamentos para el Sida (por sus siglas en inglés, ADAP) ayuda a garantizar que las personas con VIH/sida que reúnen los requisitos para el programa tengan acceso a medicamentos esenciales contra el VIH. Las personas deben cumplir con ciertos requisitos, incluidos los siguientes: prueba de residencia dentro del estado y condición de portadoras del VIH; bajos ingresos, como lo define el estado; y no estar aseguradas, o tener un seguro insuficiente. Los medicamentos que requieren receta médica de Medicare Parte D que también están cubiertos por el ADAP reúnen los requisitos para la asistencia de costo compartido por medicamentos que requieren receta médica a través del ADAP. Para obtener más información sobre requisitos, medicamentos cubiertos o formas de inscripción en este programa, 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).

SECCIÓN 8 ¿Tiene Preguntas?

Sección 8.1: Cómo Obtener Ayuda de Health Net Sapphire Premier (HMO)

¿Tiene preguntas? Estamos aquí para ayudarlo. Llame al Departamento de Servicios al Afiliado, al 1-800-431-9007. (Los usuarios de TTY únicamente deben llamar al 711). Desde el 1.º de octubre hasta el 31 de marzo, puede llamarnos los 7 días de la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Desde el 1.º de abril hasta el 30 de septiembre, puede llamarnos de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Fuera de los horarios de atención, los fines de semana y los feriados nacionales, 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 Sapphire Premier (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. También puede llamar al Departamento de Servicios al Afiliado para solicitar que le enviemos por correo una *Evidencia de Cobertura*.

Visite nuestro sitio web

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

Sección 8.2: Cómo Obtener Ayuda de Medicare

Para obtener información directamente de Medicare:

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

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

Visite el sitio web de Medicare

Puede visitar el sitio web de Medicare (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).

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) 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.