

Health Net Seniority Plus Green (HMO) es ofrecido por Health Net of California, Inc.

Aviso Anual de Cambios para 2018

Usted está afiliado actualmente a Health Net Seniority Plus Green. 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 1.4 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 se encuentran en nuestra red?
 - ¿Y los hospitales y otros proveedores que utiliza?
 - Consulte la Sección 1.3 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?

H0562_18_044ANOC_EOC_SPN Accepted 09062017
ANC015081SO00 (PBP 044) (3/17)

Piense si está satisfecho con nuestro plan.

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

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

- Utilice la herramienta de búsqueda personalizada del buscador de planes de Medicare en el sitio web <https://www.medicare.gov>. Haga clic en “Find health & drug plans” (Buscar planes de salud y de medicamentos).
- Revise la lista en la contraportada de su manual *Medicare y Usted*.
- Consulte la Sección 3.2 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** desea cambiar de plan

- Si decide **conservar** Health Net Seniority Plus Green, no necesita hacer nada. Permanecerá en Health Net Seniority Plus Green.
- 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 2017**

- Si **no lo hace antes del 7 de diciembre de 2017**, permanecerá en Health Net Seniority Plus Green.
- Si se afilia antes del 7 de diciembre de 2017, la nueva cobertura comenzará el 1.º de enero de 2018.

Recursos Adicionales

- Este documento está disponible en forma gratuita, en 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 14 de febrero, nuestro horario de atención es de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los 7 días de la semana, a excepción de ciertos días feriados. Sin embargo, después del 14 de febrero, nuestro horario de atención es de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., de lunes a viernes. Su llamada será atendida por nuestro sistema automático de teléfono los fines de semana y ciertos días feriados.
- 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 califica como cobertura esencial mínima** y cumple con el requisito de responsabilidad individual compartida de la Ley de Protección al Paciente y Cuidado de Salud Asegurable. Visite el sitio web del Servicio de Rentas

Internas, <https://www.irs.gov/Affordable-Care-Act/Individuals-and-Families>, para obtener más información.

Acerca de Health Net Seniority Plus Green

- Health Net of California, Inc., tiene un contrato con Medicare para ofrecer planes de HMO. La inscripción en un plan Medicare Advantage de Health Net está sujeta a la renovación de los contratos.
- En este cuadernillo, “nosotros”, “nos” o “nuestro” hacen referencia a Health Net of California, Inc. Utilizaremos las palabras “plan” o “nuestro plan” para referirnos a Health Net Seniority Plus Green.

Resumen de Costos Importantes para 2018

En la tabla que aparece a continuación, se comparan los costos de 2017 y de 2018 de Health Net Seniority Plus Green en varios aspectos importantes. **Tenga en cuenta que este es solo un resumen de los cambios. Es importante que lea el resto de este Aviso Anual de Cambios** y consulte la *Evidencia de Cobertura* que se adjunta para saber si será afectado por otros cambios en los beneficios o los costos.

Costo	2017 (este año)	2018 (próximo año)
Prima mensual del plan (Consulte la Sección 1.1 para obtener detalles).	\$0	\$0
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 1.2 para obtener detalles).	\$3,400	\$3,400
Visitas al consultorio del médico	Visitas al médico de atención primaria: copago de \$7 por visita. Visitas a especialistas: copago de \$10 por visita.	Visitas al médico de atención primaria: copago de \$7 por visita. Visitas a especialistas: copago de \$10 por visita.
Servicios hospitalarios para pacientes internados Se incluyen servicios hospitalarios para pacientes internados agudos, servicios de rehabilitación para pacientes internados, hospitales de atención a largo plazo y otros tipos de servicios hospitalarios para pacientes internados. La atención hospitalaria para pacientes internados 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.	Usted paga un copago de \$200 por día, desde el día 1 hasta el día 5, por período de beneficios, por la atención hospitalaria para pacientes internados cubierta por Medicare. A partir del día 6, paga un copago de \$0 por día, por período de beneficios, por la atención hospitalaria para pacientes internados cubierta por Medicare.	Usted paga un copago de \$200 por día, desde el día 1 hasta el día 5, por período de beneficios, por la atención hospitalaria para pacientes internados cubierta por Medicare. A partir del día 6, paga un copago de \$0 por día, por período de beneficios, por la atención hospitalaria para pacientes internados cubierta por Medicare.

Aviso Anual de Cambios para 2018

Índice

Resumen de Costos Importantes para 2018	1
SECCIÓN 1 Cambios en los Beneficios y los Costos para el Próximo Año	3
Sección 1.1: Cambios en la Prima Mensual.....	3
Sección 1.2: Cambios en el Monto de Desembolso Máximo	3
Sección 1.3: Cambios en la Red de Proveedores.....	3
Sección 1.4: Cambios en los Beneficios y los Costos de los Servicios Médicos	4
SECCIÓN 2 Cambios Administrativos	5
SECCIÓN 3 Cómo Decidir Qué Tipo de Plan Elegir	5
Sección 3.1: Si Desea Permanecer en Health Net Seniority Plus Green	5
Sección 3.2: Si Desea Cambiar de Plan	6
SECCIÓN 4 Plazo para Cambiar de Plan	6
SECCIÓN 5 Programas Que Ofrecen Asesoramiento Gratuito sobre Medicare	7
SECCIÓN 6 Programas Que Ayudan a Pagar los Medicamentos Que Requieren Receta Médica	7
SECCIÓN 7 ¿Tiene Preguntas?	8
Sección 7.1: Cómo Obtener Ayuda de Health Net Seniority Plus Green.....	8
Sección 7.2: Cómo Obtener Ayuda de Medicare.....	9

SECCIÓN 1 Cambios en los Beneficios y los Costos para el Próximo Año

Sección 1.1: Cambios en la Prima Mensual

Costo	2017 (este año)	2018 (próximo año)
Prima mensual	\$0	\$0
(También debe continuar pagando la prima de Medicare Parte B).		

Sección 1.2: Cambios en el Monto de Desembolso Máximo

Para protegerlo, Medicare exige que todos los planes de salud limiten la cantidad 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 durante el resto del año.

Costo	2017 (este año)	2018 (próximo año)
Monto de desembolso máximo	\$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, no pagará nada por los servicios cubiertos durante el resto del año calendario.

Sección 1.3: 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, <https://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 2018*, 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, Medicare exige que le brindemos un acceso ininterrumpido a médicos y especialistas calificados.
- Haremos un esfuerzo de buena fe y le informaremos con, por lo menos, 30 días de anticipación que su proveedor dejará el plan, para que tenga tiempo de elegir un nuevo proveedor.
- Lo ayudaremos a elegir un nuevo proveedor calificado para satisfacer sus necesidades de atención de salud.
- Si está bajo tratamiento médicamente necesario, tiene derecho a solicitar que no se interrumpa. Lo ayudaremos a garantizar la continuidad del tratamiento.
- Si cree que no se le proporcionó un proveedor calificado para reemplazar al anterior, o que no está recibiendo la atención correcta, tiene derecho a presentar una apelación de nuestra decisión.
- Si se entera de que su médico o especialista está por dejar el plan, comuníquese con nosotros para que podamos ayudarlo a encontrar un nuevo proveedor y a administrar su atención.

Sección 1.4: 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 2018*.

Costo	2017 (este año)	2018 (próximo año)
Atención de emergencia	Usted paga un copago de \$75 por cada visita a la sala de emergencias cubierta por Medicare.	Usted paga un copago de \$100 por cada visita a la sala de emergencias cubierta por Medicare.
	Si es admitido en el hospital de inmediato, no paga ese monto.	Si es admitido en el hospital de inmediato, no paga ese monto.

SECCIÓN 2 Cambios Administrativos

Proceso	2017 (este año)	2018 (próximo año)
Servicios de rehabilitación cardíaca y pulmonar	No se requiere remisión para los servicios de rehabilitación cardíaca y pulmonar.	Se requiere remisión para los servicios de rehabilitación cardíaca y pulmonar.
Opciones de pago de la prima mensual	<p>Puede pagar con cheque o por giro postal.</p> <p>Puede solicitar que su pago se debite automáticamente de su cuenta bancaria.</p> <p>Puede solicitar que el pago se deduzca de su cheque mensual del Seguro Social.</p> <p>Puede solicitar que el pago se deduzca de su cheque mensual del Consejo de Jubilación Ferroviaria.</p>	<p>Puede pagar con cheque o por giro postal.</p> <p>Puede solicitar que el pago se deduzca de su cheque mensual del Seguro Social.</p> <p>Puede solicitar que el pago se deduzca de su cheque mensual del Consejo de Jubilación Ferroviaria.</p> <p>Envíe su pago a la siguiente dirección: Health Net of California PO Box 748658 Los Angeles, CA 90074-8658</p>

SECCIÓN 3 Cómo Decidir Qué Tipo de Plan Elegir

Sección 3.1: Si Desea Permanecer en Health Net Seniority Plus Green

Si desea 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, permanecerá afiliado automáticamente a nuestro plan para 2018.

Sección 3.2: Si Desea Cambiar de Plan

Esperamos mantenerlo como afiliado el próximo año, pero, si desea hacer un cambio para 2018, siga estos pasos:

Paso 1: Conozca sus opciones y compárelas

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

Para saber más sobre Medicare Original y los diferentes tipos de planes de Medicare, lea el manual *Medicare y Usted 2018*, llame al Programa Estatal de Asistencia del Seguro de Salud (consulte la Sección 5), o llame a Medicare (consulte la Sección 7.2).

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

Paso 2: Cambie de cobertura

- Para cambiarse a un plan de salud de Medicare diferente, afilíese al nuevo plan. Se cancelará automáticamente su afiliación a Health Net Seniority Plus Green.
- Para cambiarse a Medicare Original con un plan de medicamentos que requieren receta médica, afilíese al nuevo plan de medicamentos. Se cancelará automáticamente su afiliación a Health Net Seniority Plus Green.
- 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 7.1 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 4 Plazo para Cambiar de Plan

Si desea 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 2018.

¿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 2018 y no está conforme con el plan que eligió, puede cambiarse a Medicare Original entre el 1.º de enero y el 14 de febrero de 2018. Para obtener más información, consulte el Capítulo 8, Sección 2.2, de la *Evidencia de Cobertura*.

SECCIÓN 5 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. Los usuarios de TDD deben llamar al 1-800-735-2929. Los usuarios de TTY deben llamar al 711 (Servicio Nacional de Retransmisión de Datos). Puede obtener más información sobre el HICAP en su sitio web (www.aging.ca.gov/hicap).

SECCIÓN 6 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. Muchas personas son elegibles y no 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 de la Oficina del programa ADAP-Sida de California. Para obtener más información, visite el sitio web: <https://www.cdph.ca.gov/Programs/CID/DOA/Pages/OAmain.aspx>. Para obtener más información sobre criterios de elegibilidad, medicamentos cubiertos o formas de inscripción en este programa, llame al 1-844-421-7050. Los usuarios de TTY deben llamar al 711 (Servicio Nacional de Retransmisión de Datos).

Nota: Para inscribirse en el ADAP, las personas deben cumplir 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, infórmele 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 a la Oficina del programa ADAP-Sida de California, al 1-844-421-7050.

Para obtener más información sobre criterios de elegibilidad, medicamentos cubiertos o formas de inscripción en este programa, llame al 1-844-421-7050.

Los usuarios de TTY deben llamar al 711 (Servicio Nacional de Retransmisión de Datos).

SECCIÓN 7 ¿Tiene Preguntas?

Sección 7.1: Cómo Obtener Ayuda de Health Net Seniority Plus Green

¿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). Estamos disponibles para atender llamadas telefónicas. Desde el 1.º de octubre hasta el 14 de febrero, nuestro horario de atención es de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los 7 días de la semana, a excepción de ciertos días feriados.

Sin embargo, después del 14 de febrero, nuestro horario de atención es de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., de lunes a viernes. Su llamada será atendida por nuestro sistema automático de teléfono los fines de semana y ciertos días feriados. Las llamadas a estos números son gratuitas.

Lea la *Evidencia de Cobertura* para 2018 (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 2018. Para obtener detalles, consulte la *Evidencia de Cobertura* para 2018 de Health Net Seniority Plus Green. 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. Se incluye una copia de la *Evidencia de Cobertura* en este sobre.

Visite nuestro sitio web

También puede visitar nuestro sitio web, <https://ca.healthnetadvantage.com>. Recuerde que nuestro sitio web contiene la información más actualizada sobre nuestra red de proveedores (*Directorio de Proveedores*).

Sección 7.2: Cómo Obtener Ayuda de Medicare

Para obtener información directamente de Medicare:

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

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

Visite el sitio web de Medicare

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

Lea el manual *Medicare y Usted 2018*

Puede leer el manual *Medicare y Usted 2018*. Todos los años en otoño, este manual se envía por correo a las personas que tienen Medicare. Contiene un resumen de los beneficios, los derechos y las protecciones de Medicare, así como respuestas a las preguntas más frecuentes sobre Medicare. Si no posee una copia de este manual, puede obtenerla en el sitio web de Medicare (<https://www.medicare.gov>), o llamando 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.