

Health Net Seniority Plus Sapphire Premier (HMO) es ofrecido por Health Net Community Solutions, Inc.

Aviso Anual de Cambios para 2018

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 1.5 y 1.6 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 2018 y la Sección 1.6 para obtener información sobre los cambios en nuestra cobertura de medicamentos.
- Verifique si sus médicos y otros proveedores estarán en nuestra red el próximo año.
 - ¿Sus médicos se encuentran en nuestra red?

H3561_18_002ANOC_EOC_SPN Accepted 09052017
ANC015108SO00 (PBP 002) (4/17)

- ¿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?

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 Sapphire Premier, no necesita hacer nada. Permanecerá en Health Net Seniority Plus Sapphire Premier.
- 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 Sapphire Premier.
- 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 1-800-431-9007, 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 Asequible.** 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 Sapphire Premier

- Health Net Community Solutions, 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 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 Seniority Plus Sapphire Premier.

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 Sapphire Premier 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* * La prima puede ser mayor o menor que este monto. Consulte la Sección 1.1 para obtener detalles.	\$36.20	\$35.50
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).	\$6,700	\$6,700
Visitas al consultorio del médico	Visitas al médico de atención primaria: copago de \$0 por visita. Visitas a especialistas: copago de \$0 por visita.	Visitas al médico de atención primaria: copago de \$0 por visita. Visitas a especialistas: copago de \$0 por visita.

Costo	2017 (este año)	2018 (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>En 2017, los montos de costo compartido definidos por Medicare para cada período de beneficios eran los siguientes:</p> <p>Días 1 al 60: deducible de \$1,316.</p> <p>Días 61 al 90: \$329 por día.</p> <p>Días 91 al 150: \$658 por cada día de reserva vitalicia.</p>	<p>En 2017, los montos de costo compartido definidos por Medicare para cada período de beneficios eran los siguientes:</p> <p>Días 1 al 60: deducible de \$1,316.</p> <p>Días 61 al 90: \$329 por día.</p> <p>Días 91 al 150: \$658 por cada día de reserva vitalicia.</p> <p>Estos montos pueden cambiar en 2018.</p>
<p>Cobertura de medicamentos que requieren receta médica de la Parte D (Consulte la Sección 1.6 para obtener detalles).</p>	<p>Deducible: \$170</p> <p>Copago/coseguro durante la Etapa de cobertura inicial:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Nivel 1: medicamentos genéricos preferidos: Costo compartido estándar: copago de \$0 por un suministro de un mes (30 días). • Nivel 2: medicamentos genéricos: Costo compartido estándar: copago de \$20 por un suministro de un mes (30 días). 	<p>Deducible: \$85</p> <p>Copago/coseguro durante la Etapa de cobertura inicial:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Nivel 1: medicamentos genéricos preferidos: Costo compartido estándar: copago de \$0 por un suministro de un mes (30 días). • Nivel 2: medicamentos genéricos: Costo compartido estándar: copago de \$20 por un suministro de un mes (30 días).

Costo	2017 (este año)	2018 (próximo año)
	<ul style="list-style-type: none"> • Nivel 3: medicamentos de marca preferidos: Costo compartido estándar: copago de \$47 por un suministro de un mes (30 días). • Nivel 4: medicamentos de marca no preferidos: Costo compartido estándar: copago de \$100 por un suministro de un mes (30 días). • Nivel 5: nivel de especialidades: Costo compartido estándar: el 29% del costo total por un suministro de un mes (30 días). • Nivel 6: determinados medicamentos: Costo compartido estándar: copago de \$0 por un suministro de un mes (30 días). 	<ul style="list-style-type: none"> • Nivel 3: medicamentos de marca preferidos: Costo compartido estándar: copago de \$47 por un suministro de un mes (30 días). • Nivel 4: medicamentos de marca no preferidos: Costo compartido estándar: copago de \$100 por un suministro de un mes (30 días). • Nivel 5: nivel de especialidades: Costo compartido estándar: el 31% del costo total por un suministro de un mes (30 días). • Nivel 6: determinados medicamentos: Costo compartido estándar: copago de \$0 por un suministro de un mes (30 días).

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	5
Sección 1.1: Cambios en la Prima Mensual.....	5
Sección 1.2: Cambios en el Monto de Desembolso Máximo	5
Sección 1.3: Cambios en la Red de Proveedores	6
Sección 1.4: Cambios en la Red de Farmacias	6
Sección 1.5: Cambios en los Beneficios y los Costos de los Servicios Médicos	7
Sección 1.6: Cambios en la Cobertura de Medicamentos Que Requieren Receta Médica de la Parte D	11
SECCIÓN 2 Cambios Administrativos	15
SECCIÓN 3 Cómo Decidir Qué Tipo de Plan Elegir	16
Sección 3.1: Si Desea Permanecer en Health Net Seniority Plus Sapphire Premier	16
Sección 3.2: Si Desea Cambiar de Plan	16
SECCIÓN 4 Plazo para Cambiar de Plan	17
SECCIÓN 5 Programas Que Ofrecen Asesoramiento Gratuito sobre Medicare	18
SECCIÓN 6 Programas Que Ayudan a Pagar los Medicamentos Que Requieren Receta Médica	18
SECCIÓN 7 ¿Tiene Preguntas?	19
Sección 7.1: Cómo Obtener Ayuda de Health Net Seniority Plus Sapphire Premier.....	19
Sección 7.2: Cómo Obtener Ayuda de Medicare.....	20

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 (También debe continuar pagando la prima de Medicare Parte B).	\$36.20	\$35.50

- 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 se inscribe en la cobertura de medicamentos que requieren receta médica de Medicare en el futuro.
- 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.

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 Los costos de los servicios médicos cubiertos (como copagos) cuentan para su 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.	\$6,700	\$6,700 Una vez que haya pagado \$6,700 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 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* 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 Farmacias* por correo. **Consulte el *Directorio de Farmacias para 2018, para saber qué farmacias se encuentran en nuestra red.***

Sección 1.5: 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 2018.

Costo	2017 (este año)	2018 (próximo año)
Atención de salud mental para pacientes internados	<p>En 2017, los montos de costo compartido definidos por Medicare para cada período de beneficios eran los siguientes:</p> <p>Días 1 al 60: deducible de \$1,316.</p> <p>Días 61 al 90: \$329 por día.</p> <p>Días 91 al 150: \$658 por cada día de reserva vitalicia.</p>	<p>Usted paga un copago de \$90 por día, desde el día 1 hasta el día 15, por período de beneficios, por la atención de salud mental para pacientes internados cubierta por Medicare.</p> <p>Usted paga un copago de \$0 por día, desde el día 16 hasta el día 90, por período de beneficios, por la atención de salud mental para pacientes internados cubierta por Medicare.</p>
Atención de emergencia	<p>Usted paga un copago de \$75 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 \$80 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>
Servicios quiroprácticos (cubiertos por Medicare)	<p>Usted paga el 20% del costo total por cada visita cubierta por Medicare para la manipulación manual de la columna vertebral para corregir subluxaciones.</p>	<p>Usted paga un copago de \$0 por cada visita cubierta por Medicare para la manipulación manual de la columna vertebral para corregir subluxaciones.</p>

Costo	2017 (este año)	2018 (próximo año)
Servicios quiroprácticos (no cubiertos por Medicare)	Los servicios quiroprácticos de rutina (no cubiertos por Medicare) <u>no</u> están cubiertos.	Usted paga un copago de \$0 por cada visita quiropráctica de rutina (no cubierta por Medicare) hasta 30 visitas por año (combinadas con servicios de acupuntura).
Servicios de rehabilitación para pacientes ambulatorios	Usted paga el 20% del costo total por los servicios de rehabilitación para pacientes ambulatorios cubiertos por Medicare, incluidos servicios de fisioterapia, terapia ocupacional, y terapia del habla y del lenguaje.	Usted paga un copago de \$0 por los servicios de rehabilitación para pacientes ambulatorios cubiertos por Medicare, incluidos servicios de fisioterapia, terapia ocupacional, y terapia del habla y del lenguaje.
Servicios de podiatría (cubiertos por Medicare)	Usted paga el 20% del costo total por cada visita cubierta por Medicare (cuidado de los pies médicamente necesario).	Usted paga un copago de \$0 por cada visita cubierta por Medicare (cuidado de los pies médicamente necesario).
Servicios de acupuntura (no cubiertos por Medicare)	Los servicios de acupuntura <u>no</u> están cubiertos.	Usted paga un copago de \$0 por cada visita de acupuntura hasta 30 visitas por año (combinadas con servicios quiroprácticos).
Artículos de venta libre	Los artículos de venta libre <u>no</u> están cubiertos.	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.

Costo	2017 (este año)	2018 (próximo año)
		Los saldos que no se hayan utilizado para el final de cada trimestre se perderán.
<p>Servicios dentales preventivos e integrales (no cubiertos por Medicare)</p>	<p>Servicios dentales preventivos de HMO</p> <p>Usted paga un copago de \$0 por cada examen bucal, sin límite.</p> <p>Usted paga un copago de \$0 por cada limpieza, limitado a 2 limpiezas por año.</p> <p>Usted paga un copago de \$0 por cada tratamiento con flúor, limitado a 1 por año.</p> <p>Usted paga un copago de \$0 por rayos X dentales, limitado a 1 por año.</p> <p>Servicios dentales integrales de HMO</p> <p>Usted paga un copago de \$20 por servicios que no son de rutina.</p> <p>Usted paga un copago de entre \$0 y \$15 por servicios de diagnóstico.</p> <p>Usted paga un copago de entre \$0 y \$300 por servicios de restauración.</p> <p>Usted paga un copago de entre \$0 y \$375 por servicios de endodoncia, periodoncia y extracciones.</p>	<p>Usted paga un deducible anual por separado de \$35 para los servicios dentales cubiertos dentro y fuera de la red.</p> <p>Tiene un límite máximo de beneficio anual de \$1,000 para los servicios dentales cubiertos.</p> <p>Servicios dentales preventivos de PPO</p> <p>Dentro de la red:</p> <p>Usted paga un copago de \$0 por cada examen bucal, limitado a 2 por año.</p> <p>Usted paga un copago de \$0 por cada limpieza, limitado a 2 limpiezas por año.</p> <p>Usted paga un copago de \$0 por cada tratamiento con flúor, limitado a 2 tratamientos por año calendario.</p> <p>Usted paga un copago de \$0 por rayos X dentales, limitado a 2 por año.</p> <p>Fuera de la red:</p> <p>Usted paga el 20% del cargo máximo permitido (por sus siglas en inglés, MAC) para los servicios</p>

Costo	2017 (este año)	2018 (próximo año)
	<p>Usted paga un copago de entre \$0 y \$2,250 por servicios de prostodoncia, cirugía oral/maxilofacial y otros servicios.</p> <p>Si desea más información sobre los beneficios del plan, consulte la <i>Evidencia de Cobertura</i>.</p>	<p>dentales cubiertos recibidos fuera de la red de Health Net Dental.</p> <p>Si desea más información sobre detalles específicos del plan, consulte la <i>Evidencia de Cobertura</i>.</p> <p>Servicios dentales integrales de PPO</p> <p>Dentro de la red: Usted paga un copago de \$0 por servicios de diagnóstico.</p> <p>Usted paga el 20% del MAC para servicios dentales de restauración, periodoncia y extracciones cubiertos.</p> <p>Los servicios que no son de rutina, endodoncia, prostodoncia, cirugía oral/maxilofacial y otros servicios no están cubiertos.</p> <p>Fuera de la red: Usted paga el 40% del MAC para los servicios dentales cubiertos recibidos fuera de la red de Health Net Dental.</p> <p>Si desea más información sobre detalles específicos del plan, consulte la <i>Evidencia de Cobertura</i>.</p>

Costo	2017 (este año)	2018 (próximo año)
Atención de la vista (cubierta por Medicare)	Usted paga el 20% del costo total por cada examen de la vista cubierto por Medicare (diagnóstico y tratamiento de enfermedades y afecciones de la vista).	Usted paga un copago de \$0 por cada examen de la vista cubierto por Medicare (diagnóstico y tratamiento de enfermedades y afecciones de la vista).

Sección 1.6: 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”. En este sobre, se encuentra una copia de nuestra *Lista de Medicamentos*.

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, **por única vez**, 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. (El Capítulo 5, Sección 5.2, de la *Evidencia de Cobertura* 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.

Las excepciones al *Formulario* actuales seguirán cubiertas el próximo año, a menos que se indique lo contrario en su carta de decisión.

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 2017*, llame al Departamento de Servicios al Afiliado y solicite la “Cláusula Adicional LIS”. Los números de teléfono del Departamento de Servicios al Afiliado están en la Sección 7.1 de este cuadernillo.

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 llegan a las otras dos etapas, la Etapa de brecha de cobertura y la Etapa de cobertura catastrófica. Si desea obtener información sobre sus costos en estas etapas, consulte el Capítulo 6, Secciones 6 y 7, de la *Evidencia de Cobertura* que se adjunta).

Cambios en la Etapa del Deducible

Etapa	2017 (este año)	2018 (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 (especializados) hasta que alcance el deducible anual.</p>	<p>El deducible es de \$170.</p> <p>Durante esta etapa, usted paga \$0 de costo compartido por los medicamentos del nivel 1 (genéricos preferidos) y por los medicamentos del nivel 6 (determinados medicamentos), y paga el</p>	<p>El deducible es de \$85.</p> <p>Durante esta etapa, usted paga \$0 de costo compartido por los medicamentos del nivel 1 (genéricos preferidos) y por los medicamentos del nivel 6 (determinados medicamentos), y paga el</p>

Etapa	2017 (este año)	2018 (próximo año)
	costo total de los medicamentos del nivel 2 (genéricos), nivel 3 (de marca preferidos), nivel 4 (de marca no preferidos) y nivel 5 (especializados) hasta que alcance el deducible anual.	costo total de los medicamentos del nivel 2 (genéricos), nivel 3 (de marca preferidos), nivel 4 (de marca no preferidos) y nivel 5 (especializados) hasta que alcance el deducible anual.

Cambios en Su Costo Compartido en la Etapa de Cobertura Inicial

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 que requieren receta médica*, de la *Evidencia de Cobertura*.

Etapa	2017 (este año)	2018 (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, el plan paga la parte del costo que le corresponde de los medicamentos, y usted paga su parte del costo.</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 que ofrece un costo compartido estándar. Si desea obtener información sobre los costos de un suministro a largo plazo en una farmacia de la red o de los medicamentos que requieren receta médica de compra por</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>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>

Etapa	2017 (este año)	2018 (próximo año)
<p>correo, consulte el Capítulo 6, Sección 5, de la <i>Evidencia de Cobertura</i>.</p> <p>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>.</p>	<p>Nivel 4: medicamentos de marca no preferidos: usted paga un copago de \$100 por receta médica.</p> <p>Nivel 5: nivel de especialidades: usted paga el 29% del costo total.</p> <p>Nivel 6: determinados medicamentos: usted paga un copago de \$0 por receta médica.</p> <hr/> <p>Una vez que sus costos totales de medicamentos hayan alcanzado los \$3,700, usted pasará a la siguiente etapa (la Etapa de brecha de cobertura).</p> <p>O, si ha pagado \$4,950 de desembolso para medicamentos de la Parte D, pasará a la siguiente etapa (la Etapa de cobertura catastrófica).</p>	<p>Nivel 4: medicamentos de marca no preferidos: usted paga un copago de \$100 por receta médica.</p> <p>Nivel 5: nivel de especialidades: usted paga el 31% del costo total.</p> <p>Nivel 6: determinados medicamentos: usted paga un copago de \$0 por receta médica.</p> <hr/> <p>Una vez que sus costos totales de medicamentos hayan alcanzado los \$3,750, usted pasará a la siguiente etapa (la Etapa de brecha de cobertura).</p> <p>O, si ha pagado \$5,000 de desembolso para medicamentos de la Parte D, pasará a la siguiente etapa (la Etapa de cobertura catastrófica).</p>

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 llegan a las Etapas de brecha de cobertura y cobertura catastrófica.**

Si desea obtener información sobre los costos en estas etapas, consulte el Capítulo 6, Secciones 6 y 7, de la *Evidencia de Cobertura*.

SECCIÓN 2 Cambios Administrativos

Proceso	2017 (este año)	2018 (próximo año)
Servicios de rehabilitación cardíaca y pulmonar	<u>No</u> se requiere remisión para los servicios de rehabilitación cardíaca y pulmonar.	<u>Se requiere</u> remisión para los servicios de rehabilitación cardíaca y pulmonar.
Verificación de los servicios de transporte	Todos los servicios de transporte, incluidas las órdenes permanentes, están sujetos a la verificación de elegibilidad y a la confirmación del beneficio, incluido cualquier límite de viajes (si corresponde) para este plan.	Todos los servicios de transporte, incluidas las órdenes permanentes, están sujetos a la verificación de elegibilidad y a la confirmación del beneficio, incluido cualquier límite de viajes (si corresponde) para este plan. El Departamento de Transporte de Health Net llamará al centro de destino para verificar la cita y confirmar que sea un destino cubierto.
Opciones de pago de la prima mensual o de la multa por inscripción tardía de la Parte D	<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, Inc. PO Box 748658 Los Angeles, CA 90074-8658</p>

Proceso	2017 (este año)	2018 (próximo año)
Opciones de farmacias de compra por correo	Se encuentra disponible una opción de farmacia de compra por correo.	Estarán disponibles dos opciones de farmacias de compra por correo: <ul style="list-style-type: none"> • CVS Caremark • Homescrpts Para obtener más información sobre las opciones de farmacias de compra por correo, llame al Departamento de Servicios al Afiliado.

SECCIÓN 3 Cómo Decidir Qué Tipo de Plan Elegir

Sección 3.1: Si Desea Permanecer en Health Net Seniority Plus Sapphire Premier

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 afiliar 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, afíliese al nuevo plan. Se cancelará automáticamente su afiliación a Health Net Seniority Plus Sapphire Premier.
- Para cambiarse a Medicare Original con un plan de medicamentos que requieren receta médica, afíliese al nuevo plan de medicamentos. Se cancelará automáticamente su afiliación a Health Net Seniority Plus Sapphire Premier.
- 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 10, 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 10, 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).
- **Asistencia de costo compartido por 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 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 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).

SECCIÓN 7 ¿Tiene Preguntas?

Sección 7.1: Cómo Obtener Ayuda de Health Net Seniority Plus Sapphire Premier

¿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). 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 Sapphire Premier. 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*) y nuestra lista de medicamentos cubiertos (*Formulario/Lista de Medicamentos*).

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.