

Resumen de Beneficios *para 2016*

Health Net Seniority Plus Amber I (HMO SNP)

Condados de Kern, Los Angeles, Orange, Riverside y San Bernardino, CA



Los beneficios entran en vigencia a
partir del 1.º de enero de 2016 H0562
Health Net of California, Inc.

H0562_2016_0170_SPN CMS Accepted 09172015

Resumen de Beneficios

Desde el 1.º de enero de 2016 hasta el 31 de diciembre de 2016

Este folleto le brinda un resumen sobre qué cubrimos y qué es lo que usted paga. No enumera cada servicio que cubrimos ni tampoco cada limitación o exclusión. Para obtener una lista completa de los servicios que cubrimos, llámenos y solicite la “Evidencia de Cobertura”.

Usted tiene diferentes opciones acerca de cómo obtener sus beneficios de Medicare

- Una opción es obtener sus beneficios de Medicare a través de Medicare Original (Medicare de pago por servicio). Medicare Original es dirigida directamente por el Gobierno Federal.
- Otra opción es obtener los beneficios de Medicare inscribiéndose en un plan de salud de Medicare, como **Health Net Seniority Plus Amber I (HMO SNP)**.

Consejos para comparar sus opciones de Medicare

Este folleto de Resumen de Beneficios le ofrece un resumen de lo que cubre **Health Net Seniority Plus Amber I (HMO SNP)** y lo que paga usted.

- Si desea comparar nuestro plan con otros planes de salud de Medicare, pida a los otros planes sus folletos de Resumen de Beneficios. O, use el Buscador del Plan de Medicare en <http://www.medicare.gov>.
- Si desea saber más sobre la cobertura y los costos de Medicare Original, busque en su manual actual “**Medicare & You**”. Consulte el manual en línea en <http://www.medicare.gov> u obtenga una copia llamando al 1-800- MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

Las secciones de este folleto son:

- Lo que Debe Saber sobre **Health Net Seniority Plus Amber I (HMO SNP)**
- Prima Mensual, Deducible y Límites sobre Lo que Usted Paga por los Servicios Cubiertos
- Beneficios Médicos y Hospitalarios Cubiertos
- Beneficios de Medicamentos que Requieren Receta Médica

Este documento está disponible en otros formatos como Braille y letra grande.

This document may be available in a non-English language. For additional information, call us at 1-800-431-9007 (TTY: 711).

Este documento puede estar disponible en un idioma distinto al inglés. Para obtener información adicional, llámenos al 1-800-431-9007 (TTY: 711).

Lo que Debe Saber sobre Health Net Seniority Plus Amber I (HMO SNP)

Horario de atención

Puede llamarnos los 7 días de la semana de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del Pacífico.

Número de Teléfono y Sitio Web de Health Net Seniority Plus Amber I (HMO SNP)

- Si usted pertenece a este plan, llame gratis al 1-800-431-9007 (TTY: 711).
- Si usted no pertenece a este plan, llame gratis al 1-800-977-6738 (TTY: 711).
- Nuestro sitio web: <http://www.healthnet.com/medicare>

¿Quién puede suscribirse?

Usted puede inscribirse en **Health Net Seniority Plus Amber I (HMO SNP)** si tiene derecho a la Parte A de Medicare, está inscrito en la Parte B de Medicare y Medi-Cal y vive en nuestra área de servicio.

Nuestra área de servicios incluye los siguientes condados de California: Kern, Los Angeles, Orange, Riverside y San Bernardino.

¿Qué médicos, hospitales y farmacias puedo utilizar?

Health Net Seniority Plus Amber I (HMO SNP) tiene una red de médicos, hospitales, farmacias y otros proveedores. Si usted usa los proveedores que no están en nuestra red, el plan puede no pagar por estos servicios.

En general, usted debe usar las farmacias de la red para surtir sus recetas para los medicamentos cubiertos de la Parte D.

Algunas de nuestras farmacias de la red tienen costo compartido preferido. Es probable que pague menos si usa estas farmacias.

Puede ver nuestro directorio de proveedores del plan en nuestro sitio web (www.healthnet.com/medicare).

Puede ver nuestro directorio de farmacias del plan en nuestro sitio web (<https://www.healthnet.com/medicare/pharmacy>).

O, llámenos y le enviaremos una copia de los directorios de proveedores y farmacias.

¿Qué cubrimos?

Como todos los planes de salud de Medicare, cubrimos todo lo que cubre Medicare Original y *más*.

- **Los miembros de nuestro plan obtienen *todos* los beneficios cubiertos de Medicare Original. Por alguno de estos beneficios, usted podría pagar más en nuestro plan que lo que pagaría en Medicare Original.** Por otros, usted podría pagar menos.
- **Los miembros de nuestro plan también obtienen *más que lo está* cubierto por Medicare Original.** Algunos beneficios extra se describen en este folleto.

Cubrimos los medicamentos de la Parte D. Asimismo, cubrimos los medicamentos de la Parte B como quimioterapia y algunos medicamentos administrados por su proveedor.

- Puede ver el formulario completo del plan (lista de los medicamentos que requieren receta médica de la Parte D) y todas las restricciones en nuestro sitio web, <https://www.healthnet.com/medicare/pharmacy>.
- O, llámenos y le enviaremos una copia del formulario.

¿Cómo determinaré el costo de mis medicamentos?

Nuestro plan agrupa cada medicamento en uno de seis “niveles”. Deberá usar su formulario para encontrar en qué nivel está su medicamento y determinar así cuánto le costará. El monto que usted paga depende del nivel del medicamento y de qué etapa del beneficio ha alcanzado usted. Más adelante en este documento, explicaremos las etapas del beneficio que se producen después de que alcanza su deducible: Cobertura Inicial, Brecha de Cobertura y Cobertura Catastrófica.

RESUMEN DE BENEFICIOS

Desde el 1.º de enero de 2016 hasta el 31 de diciembre de 2016

Prima Mensual, Deducible y Límites sobre Lo que Usted Paga por los Servicios Cubiertos

¿Cuánto es la prima mensual de su plan?	\$31.00 por mes. Además, debe continuar pagando su prima de la Parte B de Medicare.
¿De cuánto es el deducible?	De \$0 a \$74 por año por los medicamentos que requieren receta médica de la Parte D, excepto los medicamentos enumerados en el Nivel 1 y el Nivel 6 que se excluyen del deducible.
¿Hay algún límite sobre cuánto pagaré por mis servicios cubiertos?	<p>Sí. Como todos los planes de salud de Medicare, nuestro plan lo protege con límites anuales sobre sus costos de desembolso para atención médica y hospitalaria.</p> <p>En este plan, podría no pagar nada por algunos servicios dependiendo de su nivel de elegibilidad de Medi-Cal.</p> <p>Su límite anual en este plan:</p> <ul style="list-style-type: none">• \$6,700 por servicios que usted recibe de proveedores dentro de la red. <p>Si usted alcanza el límite de sus costos de desembolso, usted continuará recibiendo servicios cubiertos hospitalarios y médicos y nosotros pagaremos el costo total por el resto del año.</p> <p>Tenga en cuenta que usted deberá continuar pagando sus primas mensuales y los costos compartidos por sus medicamentos que requieren receta médica de la Parte D.</p>
¿Hay un límite con respecto a cuánto pagará el plan?	Nuestro plan tiene un límite de cobertura todos los años para ciertos beneficios dentro de la red. Comuníquese con nosotros para conocer los servicios que se aplican.

Beneficios Médicos y Hospitalarios Cubiertos

Nota:

- Servicios con un ¹ pueden requerir autorización previa.
- Servicios con un ² pueden requerir una remisión de su médico.

Servicios y Atención para Pacientes Ambulatorios

Acupuntura	Sin cobertura
Ambulancia ¹	Copago de \$0 o \$50
Cuidado Quiropráctico ^{1,2}	Manipulación de la columna vertebral para corregir una subluxación (cuando 1 o más huesos de la columna se desplazaron de su lugar): Usted no paga nada
Servicios Dentales ^{1,2}	Servicios dentales limitados (no incluyen servicios relacionados con atención, tratamiento, empaste, extracción ni reemplazo de dientes): Copago de \$0 Servicios dentales preventivos: <ul style="list-style-type: none"> • Limpiezas (hasta 2 al año): Copago de \$0 • Rayos X dentales (hasta 1 al año): Copago de \$0 • Tratamientos con flúor (hasta 1 al año): Copago de \$0 • Exámenes Bucales: Copago de \$0 Hay beneficios dentales integrales adicionales disponibles
Servicios y Suministros para la Diabetes, ^{1,2}	Suministros para el control de la diabetes: Usted no paga nada Capacitación para el manejo personal de la diabetes: Usted no paga nada Plantillas o zapatos terapéuticos: 0% o 15% del costo
Rayos X, Servicios de Laboratorio y Radiología, y Pruebas de Diagnóstico (<i>los costos de estos servicios pueden variar según el lugar de servicio</i>) ^{1,2}	Servicios de radiología de diagnóstico (como imágenes por resonancia magnética [por sus siglas en inglés, MRI], tomografías computarizadas [por sus siglas en inglés, CT]): Usted no paga nada Pruebas y procedimientos de diagnóstico: Usted no paga nada Servicios de Laboratorio: Usted no paga nada Rayos X para pacientes ambulatorios: Usted no paga nada Servicios de radiología terapéutica (como el tratamiento de radiación para el cáncer): Usted no paga nada
Visitas al Consultorio del Médico ^{1,2}	Consulta con el médico de atención primaria: Usted no paga nada Consulta a un especialista: Usted no paga nada
Equipo Médico Duradero (<i>incluye sillas de ruedas, oxígeno, etc.</i>) ¹	0% o 15% del costo

Atención de Emergencia	<p>Copago de \$0 o \$30</p> <p>Si usted es admitido al hospital inmediatamente, no tiene que pagar su parte del costo por atención de emergencia. Consulte la sección “Atención Hospitalaria para Pacientes Hospitalizados” de este folleto para conocer otros costos.</p> <p>Límite de cobertura del plan de \$50,000 por año para servicios de urgencia/emergencia suplementarios fuera de los EE. UU. y sus territorios.</p>
Cuidado de los Pies (servicios de podiatría) ²	<p>Exámenes y tratamiento de los pies, si usted tiene daño del nervio relacionado con la diabetes y/o cumple con ciertas condiciones: Usted no paga nada</p> <p>Cuidado de los pies de rutina (hasta 12 consultas por año): Usted no paga nada</p>
Servicios Auditivos ^{1,2}	<p>Examen para diagnosticar y tratar problemas de audición y equilibrio: Copago de \$0</p> <p>Examen auditivo de rutina (hasta 1 por año): Copago de \$0</p> <p>Evaluación/ajuste de aparatos auditivos (hasta 1 cada tres años): Copago de \$0</p> <p>Aparato auditivo: Copago de \$0</p> <p>Nuestro plan paga hasta \$1,000 para aparatos auditivos cada tres años.</p> <p>Hasta 2 aparatos auditivos suplementarios cada tres años.</p>
Cuidado de la Salud en el Hogar ^{1,2}	<p>Usted no paga nada</p>

<p>Cuidado de la Salud Mental¹</p>	<p>Consulta como paciente hospitalizado: Nuestro plan cubre hasta 190 días de por vida para atención de la salud mental como paciente hospitalizado en un hospital psiquiátrico. El límite a la atención hospitalaria como paciente hospitalizado no se aplica a los servicios mentales del paciente hospitalizado proporcionados en un hospital general.</p> <p>Los copagos por los beneficios para hospitales y centros de enfermería especializada (por sus siglas en inglés, SNF) se basan en los períodos de beneficios. Un período de beneficios comienza el día que usted es admitido como paciente hospitalizado y finaliza cuando usted no haya recibido ningún cuidado como paciente hospitalizado (o atención especializada en un SNF) durante 60 días seguidos. Si usted es admitido en el hospital o en un SNF después de que haya finalizado un período de beneficios, comienza un período de beneficios nuevo. Usted debe pagar el deducible por atención hospitalaria para pacientes hospitalizados por cada período de beneficios. No hay límites para la cantidad de períodos de beneficios. Nuestro plan cubre 90 días por una hospitalización como paciente hospitalizado.</p> <p>Nuestro plan también cubre 60 “días de reserva de por vida”. Estos son días “extra” que cubrimos. Si su hospitalización dura más de 90 días, usted puede usar estos días extra. Pero una vez que usted haya usado estos 60 días extra, la cobertura del hospital como paciente hospitalizado se limitará a 90 días.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Copago de \$0 o \$900 por estadía <p>Consulta de terapia grupal ambulatoria: Copago de \$0 o \$10 Consulta de terapia individual ambulatoria: Copago de \$0 o \$10</p>
<p>Servicios de Rehabilitación para Pacientes Ambulatorios^{1,2}</p>	<p>Servicios de rehabilitación cardíaca (del corazón) (para un máximo de 2 sesiones de una hora por día por hasta 36 sesiones, durante hasta 36 semanas): Usted no paga nada</p> <p>Consultas de terapia ocupacional: Usted no paga nada</p> <p>Consulta de fisioterapia, y terapia del habla y del lenguaje: Usted no paga nada</p>
<p>Abuso de Sustancias para Pacientes Ambulatorios¹</p>	<p>Consulta de terapia grupal: Copago de \$0 o \$10 Consulta de terapia individual: Copago de \$0 o \$10</p>
<p>Cirugía para Pacientes Ambulatorios^{1,2}</p>	<p>Centro quirúrgico ambulatorio: Usted no paga nada Hospital para pacientes ambulatorios: Usted no paga nada</p>
<p>Artículos de Venta Libre</p>	<p>Sin Cobertura</p>
<p>Prótesis (aparatos ortopédicos, extremidades artificiales, etc.)¹</p>	<p>Prótesis: 0% o 15% del costo Suministros médicos relacionados: Usted no paga nada</p>
<p>Diálisis Renal^{1,2}</p>	<p>0% o 10% del costo</p>
<p>Transporte¹</p>	<p>Usted no paga nada Hasta 24 viajes de ida, por año, a lugares aprobados por el plan</p>

Servicios Requeridos de Urgencia	<p>Usted no paga nada</p> <p>Si usted es admitido en el hospital inmediatamente, no tiene que pagar su parte del costo por servicios requeridos de urgencia. Consulte la sección “Atención Hospitalaria para Pacientes Hospitalizados” de este folleto para conocer otros costos.</p>
Servicios de la Vista^{1,2}	<p>Examen para diagnosticar y tratar enfermedades y afecciones de los ojos (incluye un examen de detección de glaucoma una vez al año): Copago de \$0</p> <p>Examen de la vista de rutina (hasta 1 por año): Copago de \$0</p> <p>Lentes de contacto (hasta 1 par cada dos años): Copago de \$0</p> <p>Anteojos (marcos y lentes) (hasta 1 cada dos años): Copago de \$0</p> <p>Marcos de anteojos (hasta 1 cada dos años): Copago de \$0</p> <p>Lentes de anteojos (hasta 1 cada dos años): Copago de \$0</p> <p>Anteojos o lentes de contacto después de una cirugía de cataratas: Copago de \$0</p> <p>Nuestro plan paga hasta \$250 cada dos años por lentes y accesorios.</p>
Atención Preventiva^{1,2}	<p>Usted no paga nada</p> <p>Nuestro plan cubre muchos servicios preventivos, como por ejemplo:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Examen de detección de aneurisma aórtico abdominal • Orientación sobre el consumo indebido de alcohol • Medición de la masa ósea • Examen de detección de cáncer de seno (mamografías) • Enfermedad cardiovascular (terapia del comportamiento) • Examen de detección de enfermedades cardiovasculares • Examen de detección de cáncer de cuello uterino y de vagina. • Exámenes de detección de cáncer colorrectal (colonoscopia, prueba de sangre oculta en materia fecal, sigmoidoscopia flexible) • Examen de detección de depresión • Examen de detección de diabetes • Prueba de detección del VIH • Servicios de terapia de nutrición médica • Examen de detección y orientación sobre la obesidad • Exámenes de detección de cáncer de próstata (por sus siglas en inglés, PSA) • Exámenes de detección de infecciones de transmisión sexual y orientación • Orientación para dejar de fumar (orientación para personas sin signos de enfermedad relacionada con el tabaco) • Vacunas, incluidas vacunas contra la gripe, la hepatitis B y vacunas antineumocócicas • Consulta preventiva “Bienvenido a Medicare” (una vez) • Consulta anual de “Bienestar” <p>Se cubrirá cualquier servicio preventivo adicional aprobado por Medicare durante el año de contrato.</p> <p>Examen médico anual: Usted no paga nada</p>

Centro de cuidado de enfermos terminales	Usted no paga nada por el cuidado de enfermos terminales en un centro de cuidado de enfermos terminales certificado por Medicare. Tal vez tenga que pagar parte de los costos de los medicamentos y de la atención de relevo. El centro de cuidado de enfermos terminales está cubierto fuera de nuestro plan. Comuníquese con nosotros para obtener más detalles.
Atención para Pacientes Hospitalizados	
Atención Hospitalaria para Pacientes Hospitalizados ^{1,2}	Los copagos por los beneficios para hospitales y centros de enfermería especializada (por sus siglas en inglés, SNF) se basan en los períodos de beneficios. Un período de beneficios comienza el día que usted es admitido como paciente hospitalizado y finaliza cuando usted no haya recibido ningún cuidado como paciente hospitalizado (o atención especializada en un SNF) durante 60 días seguidos. Si usted es admitido en el hospital o en un SNF después de que haya finalizado un período de beneficios, comienza un período de beneficios nuevo. Usted debe pagar el deducible por atención hospitalaria para pacientes hospitalizados por cada período de beneficios. No hay límites para la cantidad de períodos de beneficios. Nuestro plan cubre una cantidad ilimitada de días por hospitalización como paciente hospitalizado. Usted no paga nada
Cuidado de la Salud Mental para Pacientes Hospitalizados	Para obtener información sobre el cuidado de la salud mental para pacientes hospitalizados, consulte la sección “Cuidado de la Salud Mental” de este folleto.
Centro de Enfermería Especializada (por sus siglas en inglés, SNF) ^{1,2}	Nuestro plan cubre hasta 100 días en un SNF. <ul style="list-style-type: none"> • Usted no paga nada por día para los días 1 a 20 • Copago de \$0 o \$50 por día para los días 21 al 100
Beneficios de Medicamentos que Requieren Receta Médica	
¿Cuánto pago?	Por medicamentos de la Parte B, como medicamentos de quimioterapia ¹ : 0% o 20% del costo Otros medicamentos de la Parte B ¹ : 0% o 20% del costo
Cobertura Inicial	Usted paga lo siguiente: Puede obtener sus medicamentos en farmacias de venta minorista de la red y farmacias de compra por correo.

Costo Compartido Minorista Estándar	Nivel	Suministro de un mes	Suministro de dos meses	Suministro de tres meses
	Nivel 1 (Genéricos Preferidos)	\$0	\$0	\$0
	Nivel 2 (Genérico)	<p>Por medicamentos genéricos (incluidos los medicamentos de marca considerados como genéricos), cualquiera de los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • copago de \$0; o • copago de \$1.20; o • copago de \$2.95 <p>Por todos los demás medicamentos, cualquiera de los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • copago de \$0; o • copago de \$3.60; o • Copago de \$7.40 		
	Nivel 3 (Medicamentos de Marca Preferidos)	<p>Por medicamentos genéricos (incluidos los medicamentos de marca considerados como genéricos), cualquiera de los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • copago de \$0; o • copago de \$1.20; o • copago de \$2.95 <p>Por todos los demás medicamentos, cualquiera de los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • copago de \$0; o • copago de \$3.60; o • Copago de \$7.40 		
	Nivel 4 (Medicamentos de Marca no Preferidos)	<p>Por medicamentos genéricos (incluidos los medicamentos de marca considerados como genéricos), cualquiera de los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • copago de \$0; o • copago de \$1.20; o • copago de \$2.95 <p>Por todos los demás medicamentos, cualquiera de los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • copago de \$0; o • copago de \$3.60; o • Copago de \$7.40 		

Costo Compartido Minorista Estándar (continúa)	Nivel 5 (Nivel de Especialidades)	<p>Por medicamentos genéricos (incluidos los medicamentos de marca considerados como genéricos), cualquiera de los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • copago de \$0; o • copago de \$1.20; o • copago de \$2.95 <p>Por todos los demás medicamentos, cualquiera de los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • copago de \$0; o • copago de \$3.60; o • Copago de \$7.40 		
	Nivel 6 (Medicamentos para la atención seleccionada)	\$0	\$0	\$0
Costo Compartido por Compra por Correo Estándar	Nivel	Suministro de un mes	Suministro de dos meses	Suministro de tres meses
	Nivel 1 (Genéricos Preferidos)	\$0	\$0	\$0
	Nivel 2 (Genérico)	<p>Por medicamentos genéricos (incluidos los medicamentos de marca considerados como genéricos), cualquiera de los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • copago de \$0; o • copago de \$1.20; o • copago de \$2.95 <p>Por todos los demás medicamentos, cualquiera de los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • copago de \$0; o • copago de \$3.60; o • Copago de \$7.40 		

Costo Compartido por Compra por Correo Estándar (continúa)	Nivel 3 (Medicamentos de Marca Preferidos)	<p>Por medicamentos genéricos (incluidos los medicamentos de marca considerados como genéricos), cualquiera de los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • copago de \$0; o • copago de \$1.20; o • copago de \$2.95 <p>Por todos los demás medicamentos, cualquiera de los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • copago de \$0; o • copago de \$3.60; o • Copago de \$7.40 		
	Nivel 4 (Medicamentos de Marca no Preferidos)	<p>Por medicamentos genéricos (incluidos los medicamentos de marca considerados como genéricos), cualquiera de los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • copago de \$0; o • copago de \$1.20; o • copago de \$2.95 <p>Por todos los demás medicamentos, cualquiera de los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • copago de \$0; o • copago de \$3.60; o • Copago de \$7.40 		
	Nivel 5 (Nivel de Especialidades)	<p>Por medicamentos genéricos (incluidos los medicamentos de marca considerados como genéricos), cualquiera de los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • copago de \$0; o • copago de \$1.20; o • copago de \$2.95 <p>Por todos los demás medicamentos, cualquiera de los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • copago de \$0; o • copago de \$3.60; o • Copago de \$7.40 		
	Nivel 6 (Medicamentos para la atención seleccionada)	\$0	\$0	\$0

Costo Compartido por Compra por Correo Preferida	Nivel	Suministro de un mes	Suministro de dos meses	Suministro de tres meses
	Nivel 1 (Genéricos Preferidos)	\$0	\$0	\$0
	Nivel 2 (Genérico)	<p>Por medicamentos genéricos (incluidos los medicamentos de marca considerados como genéricos), cualquiera de los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • copago de \$0; o • copago de \$1.20; o • copago de \$2.95 <p>Por todos los demás medicamentos, cualquiera de los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • copago de \$0; o • copago de \$3.60; o • Copago de \$7.40 		
	Nivel 3 (Medicamentos de Marca Preferidos)	<p>Por medicamentos genéricos (incluidos los medicamentos de marca considerados como genéricos), cualquiera de los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • copago de \$0; o • copago de \$1.20; o • copago de \$2.95 <p>Por todos los demás medicamentos, cualquiera de los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • copago de \$0; o • copago de \$3.60; o • Copago de \$7.40 		
	Nivel 4 (Medicamentos de Marca no Preferidos)	<p>Por medicamentos genéricos (incluidos los medicamentos de marca considerados como genéricos), cualquiera de los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • copago de \$0; o • copago de \$1.20; o • copago de \$2.95 <p>Por todos los demás medicamentos, cualquiera de los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • copago de \$0; o • copago de \$3.60; o • Copago de \$7.40 		

Costo Compartido por Compra por Correo Preferida (continúa)	Nivel 5 (Nivel de Especialidades)	Por medicamentos genéricos (incluidos los medicamentos de marca considerados como genéricos), cualquiera de los siguientes: <ul style="list-style-type: none"> • copago de \$0; o • copago de \$1.20; o • copago de \$2.95 Por todos los demás medicamentos, cualquiera de los siguientes: <ul style="list-style-type: none"> • copago de \$0; o • copago de \$3.60; o • Copago de \$7.40 		
	Nivel 6 (Medicamentos para la atención seleccionada)	\$0	\$0	\$0
	Si reside en un centro de cuidados a largo plazo, usted paga lo mismo que en una farmacia de venta minorista. Puede obtener los medicamentos de una farmacia fuera de la red al mismo costo que en una farmacia de la red.			
Cobertura Catastrófica	Después de que sus costos de desembolso anuales en medicamentos (incluidos los medicamentos comprados a través de su farmacia de venta minorista y de compra por correo) alcancen \$4,850, usted no paga nada por los medicamentos.			

**BENEFICIOS CUBIERTOS POR EL PROGRAMA
MEDICAID (MEDI-CAL)
PARA BENEFICIARIOS DOBLEMENTE ELEGIBLES
(MEDICARE Y MEDICAID) DEL ESTADO DE CALIFORNIA**

<i>Categoría del beneficio</i>	<i>Medicaid (Medi-Cal)</i>	<i>Health Net Seniority Plus Amber I (HMO SNP)</i>
Servicios hospitalarios para pacientes internados	Copago de \$0 por servicios cubiertos por Medicaid	<p>Copago de \$0 por servicios hospitalarios para pacientes internados cubiertos por Medicare. El plan cubre una cantidad ilimitada de días por hospitalización como paciente hospitalizado.</p> <p>Copago de \$0 o \$900 por estadía para cuidado de la salud mental para pacientes hospitalizados. Nuestro plan cubre hasta 190 días de por vida de cuidado de la salud mental para pacientes hospitalizados en un hospital psiquiátrico. El límite de cuidado hospitalario para pacientes hospitalizados no se aplica a los servicios de salud mental para pacientes hospitalizados proporcionados en un hospital general.</p> <p>El plan cubre 90 días por una hospitalización como paciente hospitalizado. El plan también cubre 60 "días de reserva de por vida". Estos son días "extra" que cubrimos. Si su hospitalización dura más de 90 días, usted puede usar estos días extra. Pero una vez que usted haya usado estos 60 días extra, la cobertura del hospital como paciente hospitalizado se limitará a 90 días.</p>
Servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios	Copago de \$0 por servicios cubiertos por Medicaid	Copago de \$0 por servicios cubiertos por Medicare
Servicios de una clínica de salud rural	Copago de \$0 por servicios cubiertos por Medicaid	Copago de \$0 por servicios cubiertos por Medicare

<i>Categoría del beneficio</i>	<i>Medicaid (Medi-Cal)</i>	<i>Health Net Seniority Plus Amber I (HMO SNP)</i>
Servicios de un centro de salud federalmente calificado	Copago de \$0 por servicios cubiertos por Medicaid	Copago de \$0 por servicios cubiertos por Medicare
Servicios de laboratorio	Copago de \$0 por servicios cubiertos por Medicaid	Copago de \$0 por servicios cubiertos por Medicare
Rayos X	Copago de \$0 por servicios cubiertos por Medicaid	Copago de \$0 por servicios cubiertos por Medicare
Atención en un centro de enfermería especializada para personas de más de 21 años – Atención subaguda	Copago de \$0 por servicios cubiertos por Medicaid	Copago de \$0 para los días 1 a 20 Copago de \$0 o \$50 para los días 21 a 100 No se requiere una hospitalización previa. El plan cubre hasta 100 días por cada período de beneficios.
Atención en un centro de enfermería pediátrica para personas de menos de 21 años, Servicios subagudos (servicios suplementarios de detección, diagnóstico y tratamiento tempranos y periódicos)	Copago de \$0 por servicios cubiertos por Medicaid	Sin cobertura
Servicios y suministros para la planificación familiar	Copago de \$0 por servicios cubiertos por Medicaid	Copago de \$0 por servicios cubiertos por Medicare. (Los servicios razonables y necesarios asociados con el tratamiento para la infertilidad están cubiertos conforme a Medicare).
Servicios médicos	Copago de \$0 por servicios cubiertos por Medicaid	Copago de \$0 por servicios cubiertos por Medicare
Servicios dentales médicos y quirúrgicos	Copago de \$0 por servicios cubiertos por Medicaid	Copago de \$0 por servicios cubiertos por Medicare
Servicios de un oftalmólogo	Copago de \$0 por servicios cubiertos por Medicaid	Copago de \$0 para exámenes de diagnóstico y tratamiento de enfermedades y afecciones de los ojos cubiertos por Medicare, dependiendo del servicio. Copago de \$0 por hasta 1 examen de la vista de rutina suplementario por año

<i>Categoría del beneficio</i>	<i>Medicaid (Medi-Cal)</i>	<i>Health Net Seniority Plus Amber I (HMO SNP)</i>
Servicios de podiatría*	Copago de \$0 por servicios cubiertos por Medicaid	Copago de \$0 por servicios cubiertos por Medicare Copago de \$0 por hasta 12 consultas de podiatría de rutina suplementario por año.
Servicios de optometría	Copago de \$0 por servicios cubiertos por Medicaid	Copago de \$0 por exámenes para diagnosticar y tratar enfermedades y afecciones de los ojos (como el examen de detección de glaucoma) cubiertos por Medicare. Copago de \$0 por hasta 1 examen de la vista de rutina suplementario por año
Servicios quiroprácticos*	Copago de \$0 por servicios cubiertos por Medicaid	Copago de \$0 por servicios cubiertos por Medicare
Servicios de psicología	Copago de \$0 por servicios cubiertos por Medicaid	Copago de \$0 o \$10 por servicios cubiertos por Medicare (como parte del cuidado de la salud mental para pacientes ambulatorios)
Servicios de enfermeras anestesistas	Copago de \$0 por servicios cubiertos por Medicaid	Copago de \$0 por servicios cubiertos por Medicare
Servicios de ópticos y de laboratorios de fabricación de material óptico*	Copago de \$0 por servicios cubiertos por Medicaid	Copago de \$0 por anteojos o lentes de contacto cubiertos por Medicare después de una cirugía de cataratas. Copago de \$0 por anteojos (marcos y lentes) o lentes de contacto hasta 1 cada dos años. El plan paga hasta \$250 cada dos años por lentes y accesorios.
Suministros médicos (no incluye cremas o lavados para la incontinencia)	Copago de \$0 por servicios cubiertos por Medicaid	Copago de \$0 por suministros médicos relacionados con prótesis, férulas y otros dispositivos cubiertos por Medicare.
Lavados y cremas para la incontinencia*	Copago de \$0 por servicios cubiertos por Medicaid	Sin cobertura

<i>Categoría del beneficio</i>	<i>Medicaid (Medi-Cal)</i>	<i>Health Net Seniority Plus Amber I (HMO SNP)</i>
Equipo médico duradero	Copago de \$0 por servicios cubiertos por Medicaid	0% o 15% del costo por servicios de laboratorio cubiertos por Medicare
Aparatos auditivos	Copago de \$0 por servicios cubiertos por Medicaid Medicaid (Medi-Cal) tiene un límite máximo de \$1,510 por persona por año*.	Copago de \$0 por hasta 1 evaluación/ajuste de aparato auditivo cada tres años. Copago de \$0 por hasta 2 aparatos auditivos suplementarios (un par) cada tres años. El plan paga hasta \$1,000 para aparatos auditivos cada tres años.
Fórmula enteral	Copago de \$0 por servicios cubiertos por Medicaid	0% o 15% del costo por servicios de laboratorio cubiertos por Medicare
Servicios de acupuntura*	Copago de \$0 por servicios cubiertos por Medicaid	Sin cobertura
Servicios de partera titulada	Copago de \$0 por servicios cubiertos por Medicaid	Copago de \$0 por servicios cubiertos por Medicare
Servicios de cuidado de la salud en el hogar recibidos a través de una agencia de cuidado de la salud en el hogar (incluyen servicios de enfermería y de ayuda para la salud en el hogar; fisioterapia y terapia ocupacional; servicios de patología del habla y de audiolología; servicios intermitentes de enfermería; cuidado de ayuda para la salud en el hogar; suministros, equipos y aparatos médicos)	Copago de \$0 por servicios cubiertos por Medicaid	Copago de \$0 por servicios cubiertos por Medicare
Fisioterapia y servicios relacionados	Copago de \$0 por servicios cubiertos por Medicaid	Copago de \$0 por servicios cubiertos por Medicare
Centros de rehabilitación	Copago de \$0 por servicios cubiertos por Medicaid	Copago de \$0 por servicios cubiertos por Medicare

<i>Categoría del beneficio</i>	<i>Medicaid (Medi-Cal)</i>	<i>Health Net Seniority Plus Amber I (HMO SNP)</i>
Atención de enfermería privada (Exención únicamente)	Copago de \$0 por servicios cubiertos por Medicaid	Sin cobertura
Clínica (Clínica organizada para pacientes ambulatorios, Servicios de Salud Indígena, centros de partos alternativos, centros quirúrgicos ambulatorios)	Copago de \$0 por servicios cubiertos por Medicaid	Copago de \$0 por servicios cubiertos por Medicare
Servicios Dentales	Copago de \$0 por servicios cubiertos por Medicaid	<p>Copago de \$0 por beneficios dentales cubiertos por Medicare.</p> <p>Copago de \$0 por servicios dentales preventivos.</p> <p>El plan ofrece beneficios dentales integrales adicionales. Si desea más información, consulte el Capítulo 4 de la Evidencia de Cobertura.</p>
Terapia ocupacional	Copago de \$0 por servicios cubiertos por Medicaid	Copago de \$0 por servicios cubiertos por Medicare
Patología del habla/Terapia del habla*	Copago de \$0 por servicios cubiertos por Medicaid	Copago de \$0 por servicios cubiertos por Medicare
Servicios de audiología*	Copago de \$0 por servicios cubiertos por Medicaid	<p>Copago de \$0 por exámenes auditivos de diagnóstico cubiertos por Medicare.</p> <p>Copago de \$0 por hasta 1 prueba de audición suplementaria de rutina al año.</p>

<i>Categoría del beneficio</i>	<i>Medicaid (Medi-Cal)</i>	<i>Health Net Seniority Plus Amber I (HMO SNP)</i>
Servicios farmacéuticos y medicamentos que requieren receta	Copago de \$0 por medicamentos excluidos de la cobertura de la Parte D de Medicare	<p>Medicamentos cubiertos por la Parte B de Medicare: 0% o 20% del costo por medicamentos de quimioterapia y otros medicamentos de la Parte B.</p> <p>Medicamentos cubiertos por la Parte D de Medicare: Si usted es elegible para ayuda extra, consulte la sección sobre beneficios de Medicamentos Cubiertos que Requieren Receta Médica, Proporcionados por el Hospital o Recetados por el Médico, de este Resumen de Beneficios para obtener información sobre el costo compartido para los medicamentos que requieren receta médica de la Parte D de Medicare.</p> <p>Si usted no es elegible para ayuda extra, consulte la Evidencia de Cobertura, Capítulo 6, para obtener información sobre los costos compartidos.</p>
Dentaduras postizas	Copago de \$0 por servicios cubiertos por Medicaid	<p>Usted paga los copagos aplicables por servicios de dentaduras postizas.</p> <p>Se aplican limitaciones y exclusiones. Si desea más información, consulte el Capítulo 4 de la Evidencia de Cobertura.</p>
Prótesis (aparatos ortóticos), ojos artificiales	Copago de \$0 por servicios cubiertos por Medicaid	0% o 15% del costo por servicios de laboratorio cubiertos por Medicare
Anteojos, otros aparatos para la vista*	Copago de \$0 por servicios cubiertos por Medicaid	<p>Copago de \$0 por anteojos o lentes de contacto cubiertos por Medicare después de una cirugía de cataratas.</p> <p>Copago de \$0 por anteojos (marcos y lentes) o lentes de contacto hasta 2 cada dos años. El plan paga hasta \$250 cada dos años por lentes y accesorios.</p>

<i>Categoría del beneficio</i>	<i>Medicaid (Medi-Cal)</i>	<i>Health Net Seniority Plus Amber I (HMO SNP)</i>
Programa de Servicios Perinatales Integrales (servicios Preventivos)	Copago de \$0 por servicios cubiertos por Medicaid	Sin cobertura
Servicios Comunitarios para Adultos (por sus siglas en inglés, CBAS) (Exención únicamente)**	Copago de \$0 por servicios cubiertos por Medicaid	Sin cobertura
Servicios de diálisis crónica	Copago de \$0 por servicios cubiertos por Medicaid	0% o 10% del costo por servicios cubiertos por Medicare
Servicios de rehabilitación (diálisis crónica, desintoxicación de heroína para pacientes ambulatorios, servicios de salud mental de rehabilitación, MediCal para medicamentos, centros de rehabilitación independientes)	Copago de \$0 por servicios cubiertos por Medicaid	<p>0% o 10% del costo por servicios de diálisis cubiertos por Medicare.</p> <p>Copago de \$0 o \$10 por servicios de salud mental y servicios de abuso de sustancias para pacientes ambulatorios cubiertos por Medicare.</p> <p>Copago de \$0 por servicios del programa de hospitalización parcial cubiertos por Medicare.</p> <p>Copago de \$0 por servicios de rehabilitación cubiertos por Medicare.</p>
Institutos para Enfermedades Mentales (para personas de menos de 21 años y de más de 65 años, incluyendo atención psiquiátrica)	Copago de \$0 por servicios cubiertos por Medicaid	<p>Copago de \$0 o \$900 por una estadía de salud mental para pacientes hospitalizados cubierta por Medicare</p> <p>El plan cubre hasta 190 días de por vida de cuidado de la salud mental para pacientes hospitalizados en un hospital psiquiátrico. El límite a la atención hospitalaria como paciente hospitalizado no se aplica a los servicios mentales del paciente hospitalizado proporcionados en un hospital general.</p> <p>El plan cubre 90 días por una hospitalización como paciente hospitalizado.</p>

<i>Categoría del beneficio</i>	<i>Medicaid (Medi-Cal)</i>	<i>Health Net Seniority Plus Amber I (HMO SNP)</i>
Institutos para Enfermedades Mentales (para personas de menos de 21 años y de más de 65 años, incluyendo atención psiquiátrica)		El plan también cubre 60 “días de reserva de por vida”. Estos son días “extra” que cubrimos. Si su hospitalización dura más de 90 días, usted puede usar estos días extra. Pero una vez que usted haya usado estos 60 días extra, la cobertura del hospital como paciente hospitalizado se limitará a 90 días.
Centro de Cuidados Intermedios	Copago de \$0 por servicios cubiertos por Medicaid	Sin cobertura.
Enfermera partera	Copago de \$0 por servicios cubiertos por Medicaid	Copago de \$0 por servicios cubiertos por Medicare
Centro de cuidado de enfermos terminales	Copago de \$0 por servicios cubiertos por Medicaid	Copago de \$0 por el cuidado de enfermos terminales en un centro de cuidado de enfermos terminales certificado por Medicare. Tal vez tenga que pagar parte del costo de los medicamentos y de la atención de relevo.
Servicios relacionados con la tuberculosis	Copago de \$0 por servicios cubiertos por Medicaid	Copago de \$0 por servicios cubiertos por Medicare
Atención respiratoria para pacientes que dependen de un respirador artificial	Copago de \$0 por servicios cubiertos por Medicaid	Copago de \$0 por servicios cubiertos por Medicare
Enfermera familiar especializada	Copago de \$0 por servicios cubiertos por Medicaid	Copago de \$0 por servicios cubiertos por Medicare
Atención en el hogar y comunitaria para personas de la tercera edad con discapacidad funcional (Exención únicamente)	Copago de \$0 por servicios cubiertos por Medicaid	Sin cobertura
Arreglos de vivienda con respaldo de la comunidad (Exención únicamente)	Copago de \$0 por servicios cubiertos por Medicaid	Sin cobertura
Servicios para el cuidado personal	Copago de \$0 por servicios cubiertos por Medicaid	Sin cobertura
Hospital rural de atención primaria	Copago de \$0 por servicios cubiertos por Medicaid	Copago de \$0 por servicios cubiertos por Medicare

<i>Categoría del beneficio</i>	<i>Medicaid (Medi-Cal)</i>	<i>Health Net Seniority Plus Amber I (HMO SNP)</i>
Centros de salud no médicos	Copago de \$0 por servicios cubiertos por Medicaid	Sin cobertura excepto por los servicios de una institución de salud no médica religiosa cubiertos por Medicare.
Servicios hospitalarios de emergencia	Copago de \$0 por servicios cubiertos por Medicaid	Copago de \$0 o \$30 por consultas en la sala de emergencias cubiertas por Medicare. Si usted es admitido al hospital inmediatamente, no tiene que pagar su parte del costo por atención de emergencia. Límite de cobertura del plan de \$50,000 por año para servicios de urgencia/emergencia suplementarios fuera de los EE. UU. y sus territorios.
Transporte (El Estado proporciona transporte médico de emergencia y que no es de emergencia). Cumple con los requisitos federales de garantía de transporte para los servicios médicamente necesarios)	Copago de \$0 por servicios cubiertos por Medicaid	Copago de \$0 o \$50 por servicios de ambulancia cubiertos por Medicare. Copago de \$0 por transporte que no es de emergencia; hasta 24 viajes de ida o de vuelta, por año, a lugares aprobados por el plan.
Servicios para embarazadas que tratan una afección que puede afectar a la mujer y/o al feto. (No se indican específicamente como un beneficio, sino que es una disposición obligatoria conforme a las reglamentaciones federales)	Copago de \$0 por servicios cubiertos por Medicaid	Copago de \$0 por servicios cubiertos por Medicare

<i>Categoría del beneficio</i>	<i>Medicaid (Medi-Cal)</i>	<i>Health Net Seniority Plus Amber I (HMO SNP)</i>
Servicios de orientación para el matrimonio y la familia (servicios de detección, diagnóstico y tratamiento tempranos y periódicos, y exención únicamente)	Copago de \$0 por servicios cubiertos por Medicaid	Copago de \$0 o \$10 por servicios cubiertos por Medicare (como parte del cuidado de la salud mental para pacientes ambulatorios cuando se proporcionan en relación con un tratamiento cubierto por un trastorno mental o dependencia de sustancias químicas)
Servicios de un trabajador social clínico titulado (servicios de detección, diagnóstico y tratamiento tempranos y periódicos y exención únicamente)	Copago de \$0 por servicios cubiertos por Medicaid	Copago de \$0 o \$10 por servicios cubiertos por Medicare (como parte del cuidado de la salud mental para pacientes ambulatorios)
Administración de casos (servicios de detección, diagnóstico y tratamiento tempranos y periódicos, y exención únicamente)	Copago de \$0 por servicios cubiertos por Medicaid	Copago de \$0 por servicios cubiertos por Medicare (forma parte de un plan de tratamiento; no es un beneficio aparte)
Servicios de una agencia de atención de enfermería privada (servicios de detección, diagnóstico y tratamiento tempranos y periódicos, y exención únicamente)	Copago de \$0 por servicios cubiertos por Medicaid	Sin cobertura
Servicios de un proveedor de enfermería individual (servicios de detección, diagnóstico y tratamiento tempranos y periódicos, y exención únicamente)	Copago de \$0 por servicios cubiertos por Medicaid	Sin cobertura
Servicios no médicos (Exención únicamente)	Copago de \$0 por servicios cubiertos por Medicaid	Limitados a los aspectos no religiosos del cuidado de una institución de cuidado de la salud no médica religiosa certificada por Medicare.

***Exclusión de Beneficios Opcionales:**

Los beneficios marcados más arriba con * solo están disponibles para esta población de beneficiarios:

1) beneficiarios de menos de 21 años para servicios prestados de acuerdo con el programa de servicios de detección, diagnóstico y tratamiento temprano y periódico (por sus siglas en inglés, EPSDT); 2) beneficiarios que residen en un centro de enfermería especializada (Centros de Enfermería Nivel A y Nivel B, incluyen centros de atención subaguda); 3) beneficiarias que están embarazadas (beneficios y servicios relacionados con el embarazo; otros beneficios y servicios para tratar afecciones que, si no son tratadas, podrían causar dificultades durante el embarazo); 4) beneficiarios de los Servicios Infantiles de California; y 5) beneficiarios inscritos en el Programa Integral de Atención para la Tercera Edad.

****Servicios Comunitarios para Adultos (CBAS)** reemplazó los servicios de Cuidado de la salud diurno para adultos. Los Servicios de Cuidado de la Salud diurno para adultos se eliminaron el 31 de marzo de 2012. CBAS entró en vigencia el 1 de abril de 2012.

Para obtener más información, comuníquese con

Health Net Seniority Plus Amber I (HMO SNP)
Post Office Box 10420
Van Nuys, CA 91410-0420

Los afiliados actuales deben llamar al
1-800-431-9007 (TTY: 711)

Los posibles afiliados deben llamar al
1-800-977-6738 (TTY: 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., 7 días a la semana, excepto ciertos feriados. Sin embargo, después del 14 de febrero, su llamada será atendida por nuestro sistema automático de teléfono, los fines de semana y ciertos días feriados.

www.healthnet.com

BKT003816SK00 (7/15)

Health Net of California, Inc. tiene un contrato con Medicare y con el Estado de California para ofrecer planes de atención coordinada HMO SNP. La inscripción en un Health Net Medicare Advantage Plan depende de la renovación del contrato.

Health Net of California, Inc. es una subsidiaria de Health Net, Inc. Health Net y Health Net Seniority Plus son marcas de servicio registradas de Health Net, Inc. Todos los derechos reservados.

