

Resumen *de* Beneficios *para* 2017

Health Net Ruby Select (HMO)

Yolo County, CA

H0562-103



Health Net®

MEDICARE PROGRAMS

Los beneficios entran en vigencia a partir del 1.º de enero de 2017
Health Net of California, Inc.
H0562_2017_0289_SPN CMS Aceptado por 09112016

Este folleto le proporciona un resumen de lo que cubrimos y sus costos compartidos. No enumera cada servicio que cubrimos ni tampoco cada limitación o exclusión. Para obtener una lista completa de los servicios que cubrimos, llame al número que aparece en la última página y solicite la “Evidencia de Cobertura” (por sus siglas en inglés, EOC), o puede acceder a la Evidencia de Cobertura en nuestro sitio web <http://www.healthnet.com/medicare>.

Usted es elegible para inscribirse en Health Net Ruby Select (HMO) en los siguientes casos:

- Si tiene derecho a Medicare Parte A y está inscrito en Medicare Parte B. Los afiliados deben seguir pagando la prima de Medicare Parte B si ésta no se paga de otra forma conforme a Medicaid o por un tercero.
- Si tiene residencia permanente en el área de servicio del plan (en otras palabras, su residencia permanente se encuentra dentro del condado del área de servicio de Health Net Ruby Select [HMO]). Nuestra área de servicios incluye los siguientes condados de California: Condado de Yolo.
- Si no tiene enfermedad renal en etapa terminal (por sus siglas en inglés, ESRD). (Se pueden aplicar excepciones para las personas que desarrollen la enfermedad renal en etapa terminal [por sus siglas en inglés, ESRD] mientras estén inscritos en un plan de salud comercial o grupal de Health Net o en un plan de Medicaid).

El plan Health Net Ruby Select (HMO) le brinda acceso a nuestra red de proveedores médicos altamente capacitados en su área. Puede esperar elegir un proveedor de atención primaria (por sus siglas en inglés, PCP) para que trabaje con usted y coordine su atención. Usted puede solicitar un Directorio de Proveedores actual o una lista actualizada de proveedores de la red, visite www.healthnet.com/medicareplans. (Tenga en cuenta que, excepto la atención de emergencia, la atención requerida de urgencia cuando se encuentra fuera de la red, los servicios de diálisis fuera del área y los casos en los que nuestro plan autorice el uso de proveedores fuera de la red, si obtiene atención médica de proveedores fuera del plan, ni Medicare ni Health Net serán responsables de los costos).

Este plan utiliza proveedores específicos únicamente. No todos los Grupos Médicos participantes y sus proveedores de atención primaria (por sus siglas en inglés, PCP) y centros afiliados se encuentran disponibles para usted en el área de servicios de este plan. Además, es posible que usted se vea limitado a los proveedores que se encuentran dentro de la red de sus PCP o su grupo médico. Esto significa que el grupo médico o el PCP que usted elija pueden determinar los especialistas y hospitales que puede usar. Es importante comprender que Health Net ofrece una variedad de planes en cada área de servicios; si el proveedor que usted elige no se encuentra disponible a través de este plan, es posible que se encuentre disponible a través de un plan diferente ofrecido por Health Net.

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

Este plan (HMO) de Health Net también incluye cobertura de la Parte D, que le brinda la comodidad de coordinar sus necesidades médicas y de medicamentos que requieren receta médica a través de una única fuente conveniente.

RESUMEN DE BENEFICIOS

1.º de enero de 2017 - 31 de diciembre de 2017

Primas y beneficios	Health Net Ruby Select (HMO)	Lo que debe saber
Prima mensual del plan, incluye la prima de la Parte C y la Parte D	\$0	Usted debe continuar pagando la prima de Medicare Parte B.
Deducible	\$0	Este plan no tiene un deducible.
Responsabilidad de desembolso máximo (no incluye medicamentos que requieren receta médica)	\$4,500 por año	Esto es el máximo que paga por los copagos, los coseguros y otros costos por servicios médicos en el año.
Cobertura de atención hospitalaria para pacientes internados	Copago de \$325 por día para los días del 1 al 5, copago de \$0 para el día 6 en adelante	Nuestro plan cubre una cantidad ilimitada de días por hospitalización como paciente hospitalizado. Es posible que algunos servicios necesiten una autorización previa (aprobación por adelantado) para obtener la cobertura, excepto en una emergencia.
Consultas con el médico.	<ul style="list-style-type: none"> Atención primaria: Copago de \$0 por cada consulta Especialista: Copago de \$20 por cada consulta 	Es posible que algunos servicios de especialista necesiten una autorización previa (aprobación por adelantado) para obtener la cobertura, excepto en una emergencia.
Atención Preventiva	Copago de \$0	Para todos los servicios preventivos que tienen cobertura sin costo en virtud de Medicare Original, también cubrimos el

Primas y beneficios	Health Net Ruby Select (HMO)	Lo que debe saber
Atención Preventiva <i>(continuación)</i>		<p>servicio sin costo para usted.</p> <p>Es posible que se apliquen costos compartidos cuando otros servicios se reciben además de los servicios preventivos.</p> <p>Es posible que algunos servicios necesiten una autorización previa (aprobación por adelantado) para obtener la cobertura, excepto en una emergencia.</p>
Atención de Emergencia	Copago de \$75 por cada consulta	Si usted es admitido al hospital inmediatamente, no tiene que pagar su parte del costo por atención de emergencia.
Servicios Requeridos de Urgencia	Copago de \$20 por cada consulta	Si usted es admitido en el hospital inmediatamente, no tiene que pagar su parte del costo por servicios requeridos de urgencia.
Servicios de diagnóstico/pruebas de laboratorio/diagnóstico por imágenes	<ul style="list-style-type: none"> • Servicio de radiología diagnóstica (p. ej.: imágenes por resonancia magnética (por sus siglas en inglés, MRI), angiografía por resonancia magnética (por sus siglas en inglés, MRA), tomografía (por sus siglas en inglés, CT), tomografía por emisión de positrones (por sus siglas en inglés, PET)): Copago de \$60 • Servicios de Laboratorio: Copago de \$0 • Pruebas o procedimientos de diagnóstico: Copago de \$0 	Es posible que algunos servicios necesiten una autorización previa (aprobación por adelantado) para obtener la cobertura, excepto en una emergencia.

Primas y beneficios	Health Net Ruby Select (HMO)	Lo que debe saber
Servicios de diagnóstico/pruebas de laboratorio/diagnóstico por imágenes <i>(continuación)</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Electrocardiograma: Copago de \$0 • Rayos x para pacientes ambulatorios: Copago de \$0 • Servicios de Radiología Terapéutica (Radioterapia): Copago de \$60 	
Servicios de Audición	<ul style="list-style-type: none"> • Examen auditivo (cubierto por Medicare): Copago de \$20 por cada consulta • Examen auditivo de rutina (no cubierto por Medicare): Copago de \$20 por cada consulta (1 por año) 	<p>Es posible que algunos servicios necesiten una autorización previa (aprobación por adelantado) para obtener la cobertura, excepto en una emergencia.</p>
Servicios Dentales	<p>Servicios dentales (cubiertos por Medicare): Copago de \$0</p>	<p>Servicios cubiertos por Medicare: Servicios dentales limitados (no incluyen servicios relacionados con atención, tratamiento, empaste, extracción ni reemplazo de dientes).</p> <p>Los beneficios dentales preventivos e integrales adicionales se encuentran disponibles por una prima adicional. Consulte la sección de beneficios suplementarios opcionales.</p> <p>Es posible que algunos servicios necesiten una autorización previa (aprobación por adelantado) para obtener la cobertura, excepto en una emergencia.</p>

Primas y beneficios	Health Net Ruby Select (HMO)	Lo que debe saber
Servicios de la Vista	<ul style="list-style-type: none"> • Examen de la vista para diagnosticar y tratar enfermedades y afecciones de la vista (cubierto por Medicare): Copago de \$20 por cada consulta • Examen anual de detección de glaucoma (cubierto por Medicare): Copago de \$0 • Anteojos o lentes de contacto después de una cirugía de cataratas (cubierto por Medicare): Copago de \$0 • Examen de la vista de rutina (no cubierto por Medicare) (una vez cada 12 meses): Copago de \$20 por cada consulta 	<p>Lentes y accesorios de rutina (no cubiertos por Medicare) cubiertos con prima adicional. Consulte la sección de beneficios suplementarios opcionales.</p> <p>Es posible que algunos servicios necesiten una autorización previa (aprobación por adelantado) para obtener la cobertura, excepto en una emergencia.</p>
Servicios de salud mental	<p>Pacientes ambulatorios: Copago de \$25 por cada consulta</p> <p>Pacientes hospitalizados: Copago de \$900 por estadía</p>	<p>Es posible que algunos servicios necesiten una autorización previa (aprobación por adelantado) para obtener la cobertura, excepto en una emergencia.</p>
Centro de Enfermería Especializada	<p>Copago de \$0 por estadía, por período de beneficios, para atención en un centro de enfermería especializada cubierta por Medicare.</p>	<p>Nuestro plan cubre hasta 100 días en un SNF. Usted paga todos los costos por cada día después del día 100 del período de beneficios.</p> <p>Es posible que algunos servicios necesiten una autorización previa (aprobación por adelantado) para obtener la cobertura, excepto en una emergencia.</p>

Primas y beneficios	Health Net Ruby Select (HMO)	Lo que debe saber
Servicios de rehabilitación	Servicios de rehabilitación para pacientes ambulatorios: Copago de \$0 por cada consulta	<p>Los servicios cubiertos incluyen fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del lenguaje y del habla.</p> <p>Es posible que algunos servicios necesiten una autorización previa (aprobación por adelantado) para obtener la cobertura, excepto en una emergencia.</p>
Ambulancia	Copago de \$275	<p>El costo es por cada viaje de ida o de vuelta para servicios de ambulancia cubiertos por Medicare.</p> <p>Sin cargo para más de un viaje en un mismo día.</p> <p>Es posible que algunos servicios necesiten una autorización previa (aprobación por adelantado) para obtener la cobertura, excepto en una emergencia.</p>
Transporte	Sin cobertura	
Cuidado de los Pies (servicios de podiatría)	<ul style="list-style-type: none"> • Exámenes y tratamiento de los pies (cubiertos por Medicare): Copago de \$20 por cada consulta • Cuidado de los pies de rutina (no cubierto por Medicare): Copago de \$20 por cada consulta 	Hasta 6 consultas cada año para el cuidado de los pies de rutina (no cubierto por Medicare).
Equipos/suministros médicos	<ul style="list-style-type: none"> • Equipo Médico Duradero (es decir, sillas de ruedas, oxígeno): Coseguro del 20 % • Prótesis (p. ej.: aparatos ortopédicos, extremidades artificiales): Coseguro del 20 % • Suministros para diabéticos: Copago de \$0 	Es posible que algunos servicios necesiten una autorización previa (aprobación por adelantado) para obtener la cobertura, excepto en una emergencia.

Primas y beneficios	Health Net Ruby Select (HMO)	Lo que debe saber
Programas de bienestar	Copago de \$0	Si desea obtener una lista detallada de los beneficios de los programas de bienestar que se ofrecen, consulte la Evidencia de Cobertura.
Medicamentos de Medicare Parte B	<ul style="list-style-type: none"> • Coseguro de 20% para medicamentos de quimioterapia • Coseguro del 20% para otros medicamentos de la Parte B 	Es posible que necesite una autorización previa (aprobación por adelantado) para obtener la cobertura, excepto en una emergencia.

Medicamentos que Requieren Receta Médica para Pacientes Ambulatorios

Etapa de deducible	Sin deducible Debido a que No Tiene Deducible, esta etapa de pago no le corresponde.			
Etapa de cobertura Inicial (después de pagar su deducible, si corresponde)	Después de alcanzar su deducible (si corresponde), el plan paga su parte del costo de sus medicamentos y usted paga su parte del costo. Por lo general, permanece en esta etapa hasta que la cantidad de sus “costos totales por medicamentos” del año hasta la fecha alcanzan los \$3,700 en 2017. Los “costos totales por medicamentos” son el total de todos los pagos realizados para sus medicamentos cubiertos de la Parte D. Esto <u>incluye</u> lo que el plan paga y lo que usted paga. Una vez que sus “costos totales por medicamentos” alcancen los \$3,700 en 2017, pasa a la siguiente etapa de pago (Brecha de cobertura).			
El Costo Compartido puede cambiar según la farmacia que elija (p. ej., preferida, no preferida, de compra por correo, de atención a largo plazo o de infusión en el hogar), si recibe un suministro para 30 o para 90 días y si ingresa a otra etapa del beneficio de la Parte D. Para obtener más información sobre los costos de Suministros a Largo Plazo, Infusión en el Hogar o los costos compartidos adicionales específicos de las farmacias y las etapas del beneficio, llámenos o acceda a nuestra Evidencia de Cobertura en línea.		Receta de suministro para 30 días en minorista preferido	Receta de suministro para 30 días en minorista estándar	Suministro para 90 días de Compra por Correo
	Nivel 1: Genéricos preferidos	Copago de \$8	Copago de \$13	Copago de \$16
	Nivel 2: Genéricos	Copago de \$15	Copago de \$20	Copago de \$30
	Nivel 3: Medicamentos de marca preferidos	Copago de \$37	Copago de \$47	Copago de \$101
	Nivel 4: Medicamentos de marca no preferidos	Copago de \$90	Copago de \$100	Copago de \$260
	Nivel 5: Nivel de especialidades	Coseguro del 33 %	Coseguro del 33 %	Coseguro del 33 %
	Nivel 6: Medicamentos para la atención seleccionada	Copago de \$0	Copago de \$0	Copago de \$0
Etapa de brecha de cobertura	Durante esta etapa de pago, recibe un descuento del 50 % del fabricante en medicamentos de marca cubiertos y el plan cubrirá otro 10 %, entonces, pagará el 40 % del precio negociado en medicamentos de marca. Además, usted paga un coseguro del 51 % de los medicamentos genéricos. Por lo general, permanece en esta etapa hasta que la cantidad de sus “costos de desembolso” del año hasta la fecha alcanzan los \$4,950. Los “costos de desembolso” <u>incluyen</u> lo que usted paga cuando surte o resurte una receta de un medicamento cubierto por la Parte D y los pagos realizados por sus medicamentos por cualquiera de los siguientes programas u organizaciones: “Ayuda Extra” de Medicare; Programa de descuento de la brecha de cobertura de Medicare; Servicio de Salud Indígena; Programas de asistencia			

Medicamentos que Requieren Receta Médica para Pacientes Ambulatorios

Etapa de brecha de cobertura <i>(continuación)</i>	de medicamentos para el SIDA; la mayoría de las organizaciones benéficas y la mayoría de los Programas de asistencia farmacéutica estatal (por sus siglas en inglés, SPAP). Una vez que sus “costos de desembolso” alcancen los \$4,950 en 2017, usted pasará a la siguiente etapa de pago (Cobertura Catastrófica).
Etapa catastrófica	Durante esta etapa de pago, el plan paga la mayor parte del costo por sus medicamentos cubiertos. Para cada receta, usted paga lo que sea mayor entre: un pago equivalente al coseguro del 5 % del medicamento, o un copago (\$3.30 para un medicamento genérico o un medicamento que se considere genérico, \$8.25 para todos los demás medicamentos).
Información importante:	<p>El Nivel 3 incluye medicamentos de marca preferidos y puede incluir algunos medicamentos genéricos. Los medicamentos de este nivel no son elegibles para excepciones de pago en un nivel inferior.</p> <p>El nivel 4 incluye medicamentos de marca no preferidos y puede incluir algunos medicamentos genéricos.</p> <p>Cubrimos los medicamentos de la Parte D. Asimismo, cubrimos los medicamentos de la Parte B, como quimioterapia, y algunos medicamentos administrados por su proveedor.</p> <p>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 en http://www.healthnet.com/medicare.</p> <p>Puede ver nuestro directorio de farmacias del plan en nuestro sitio web en http://www.healthnet.com/medicare.</p>

Beneficios cubiertos adicionales		
Primas y beneficios	Health Net Ruby Select (HMO)	Lo que debe saber
Servicios/cirugía para pacientes ambulatorios (atención ambulatoria)	Copago de \$100 por cada consulta	Es posible que algunos servicios necesiten una autorización previa (aprobación por adelantado) para obtener la cobertura, excepto en una emergencia.
Servicios/cirugía para pacientes ambulatorios (atención hospitalaria)	Copago de \$200 por cada consulta	Es posible que algunos servicios necesiten una autorización previa (aprobación por adelantado) para obtener la cobertura, excepto en una emergencia.
Cobertura Internacional para Atención de Emergencia y de Urgencia	Copago de \$0	Límite de cobertura del plan de \$50,000 por año para Cobertura Internacional para Atención de Emergencia y de Urgencia complementaria fuera de los EE. UU. y sus territorios.
Examen físico anual de rutina	Copago de \$0	Cubierto además de la consulta anual de bienestar cubierta por Medicare. El examen físico anual de rutina le permite obtener una consulta por separado con su médico para analizar temas o preguntas de salud generales sin la presentación de un motivo de consulta específico e incluye una revisión integral de los sistemas y un examen físico.

Beneficios suplementarios opcionales

(debe pagar una prima extra cada mes por estos beneficios)

Paquete n.º 1 de Beneficios Suplementarios Opcionales

Es posible que algunos servicios necesiten una autorización previa (aprobación por adelantado) para obtener la cobertura, excepto en una emergencia.

Prima Mensual Esta prima mensual adicional se cobra además de su prima mensual del plan y de la prima mensual de Medicare Parte B.	Usted paga un adicional de \$25 por mes
Servicios Dentales DHMO Con la excepción de la atención dental de urgencia y de emergencia, todos los servicios cubiertos debe proporcionarlos un dentista contratado. La mayoría de los servicios cubiertos estarán disponibles y serán proporcionados por su dentista general de atención primaria seleccionado. Los montos de copago integral varían según el servicio y procedimiento.	<ul style="list-style-type: none">• Servicios Preventivos (incluye examen bucal, limpieza, tratamiento con flúor y radiografías dentales): Usted paga un copago de \$0• Servicios Dentales que no son de rutina: Copago de \$20• Servicios de Diagnóstico: Usted paga un copago de \$0 a \$15• Servicios de Restauración (incluye coronas, empastes): Usted paga un copago de \$0 a \$300• Endodoncia/periodoncia/extracciones: Usted paga un copago de \$0 a \$375• Cirugía Oral o Maxilofacial/Otros servicios de prostodoncia (incluye dentaduras parciales): Usted paga un copago de \$0 a \$2,250
Lentes y Accesorios de Rutina (no cubiertos por Medicare) *El plan paga hasta el monto de asignación, y el afiliado es responsable de pagar cualquier saldo restante. El beneficio de años múltiples puede no estar disponible en años posteriores.	Asignación de hasta \$250 cada 24 meses*
Servicios quiroprácticos y de acupuntura Límite de la consulta anual combinada: 30 consultas	<ul style="list-style-type: none">• Servicios Quiroprácticos de Rutina (no cubiertos por Medicare): Usted paga un copago de \$10 por consulta• Acupuntura: Usted paga un copago de \$10 por consulta
Beneficios de Acondicionamiento Físico	<p>Elija una membresía en un centro de acondicionamiento físico participante o una membresía en el Programa de Acondicionamiento Físico en el Hogar.</p> <p>No se aplican copagos, coseguros ni deducibles para el beneficio de acondicionamiento físico.</p>

Beneficios suplementarios opcionales

(debe pagar una prima extra cada mes por estos beneficios)

Paquete n.º 2 de Beneficios Suplementarios Opcionales

Es posible que algunos servicios necesiten una autorización previa (aprobación por adelantado) para obtener la cobertura, excepto en una emergencia.

<p>Prima Mensual Esta prima mensual adicional se cobra además de su prima mensual del plan y de la prima mensual de Medicare Parte B.</p>	<p>Usted paga un adicional de \$35 por mes</p>	
<p>Servicios dentales DPPO Puede consultar a cualquier dentista titulado para recibir servicios dentales preventivos y generales integrales cubiertos; sin embargo, su costo compartido será menor si consulta a proveedores del plan.</p> <p>*MAC: El cargo máximo permitido (por sus siglas en inglés, MAC) es la cantidad máxima en dólares permitida por el plan para un servicio dental cubierto. Después del deducible, usted será responsable de la diferencia entre el MAC y los cargos facturados.</p>	<p>Dentro de la Red</p> <ul style="list-style-type: none"> • Deducible anual dentro de la red por única vez de \$35 • Máximo del plan de \$1,000 por año (combinado con servicios fuera de la red para todos los servicios) • Servicios Preventivos: Usted paga un copago de \$0 después del deducible • Servicios Integrales Generales Limitados: Coseguro del 20 % después del deducible 	<p>Fuera de la red:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Deducible anual fuera de la red por única vez de \$35 • Máximo del plan de \$1,000 por año (combinado con servicios dentro de la red para todos los servicios) • Servicios Preventivos: Usted paga un coseguro del 20 % del cargo máximo permitido (por sus siglas en inglés, MAC)* después del deducible • Servicios Integrales Generales Limitados: Usted paga un coseguro del 40 % del cargo máximo permitido (por sus siglas en inglés, MAC)* después del deducible
<p>Lentes y Accesorios de Rutina (no cubiertos por Medicare) *El plan paga hasta el monto de asignación, y el afiliado es responsable de pagar cualquier saldo restante. El beneficio de años múltiples puede no estar disponible en años posteriores</p>	<p>Asignación de hasta \$250 cada 24 meses*</p>	
<p>Servicios quiroprácticos y de acupuntura</p> <p>Límite de la consulta anual combinada: 30 consultas</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Servicios Quiroprácticos de Rutina (no cubiertos por Medicare): Usted paga un copago de \$10 por consulta • Acupuntura: Usted paga un copago de \$10 por consulta 	

Beneficios suplementarios opcionales

(debe pagar una prima extra cada mes por estos beneficios)

Paquete n.º 2 de Beneficios Suplementarios Opcionales

Es posible que algunos servicios necesiten una autorización previa (aprobación por adelantado) para obtener la cobertura, excepto en una emergencia.

Beneficio de acondicionamiento físico

Elija una membresía en un centro de acondicionamiento físico participante o una membresía en el Programa de Acondicionamiento Físico en el Hogar.

No se aplican copagos, coseguros ni deducibles para el beneficio de acondicionamiento físico.

Health Net cumple con las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discrimina por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo. Health Net no excluye a las personas ni las trata de forma diferente por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo.

Health Net:

- Ofrece ayuda y servicios gratuitos a personas con discapacidades para que puedan comunicarse de manera efectiva con nosotros, tales como los siguientes: Intérpretes de lengua de señas calificados e información escrita en otros formatos (letras grandes, formatos electrónicos accesibles, otros formatos)
- Ofrece servicios de idiomas gratuitos a personas cuyo idioma principal no es inglés, tales como los siguientes: Intérpretes calificados e información escrita en otros idiomas

Si necesita estos servicios, comuníquese con el Centro de Comunicación con el Cliente de Health Net al 1-800-275-4737 (TTY: 711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora del Pacífico, los siete días de la semana.

Si usted considera que Health Net no proporcionó estos servicios o que le discriminó de otro modo por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo, podrá llamar al número que figura arriba para presentar una queja formal o para informarles que necesita ayuda para presentar una queja formal. El Centro de Comunicación con el Cliente de Health Net está disponible para ayudarle.

También puede presentar una queja sobre derechos civiles ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Sociales de los Estados Unidos de forma electrónica a través del Portal de quejas de la Oficina de Derechos Civiles (<https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>) o por teléfono o correo a la siguiente dirección: U.S. Department of Health and Human Services, 200 Independence Avenue SW., Room 509F, HHH Building, Washington, DC 20201, 1-800-368-1019, 1-800-537-7697 (TDD).

Los formularios de queja están disponibles en <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>

Para obtener más información, comuníquese con

Health Net Ruby Select (HMO)
Post Office Box 10420
Van Nuys, CA 91410-0420
<http://www.healthnet.com/medicare>

Los afiliados actuales deben llamar al: 1-800-275-4737 (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., los 7 días a la semana, excepto ciertos días feriados. Sin embargo, luego del 14 de febrero, nuestro horario de atención es de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., de lunes a viernes. Durante los fines de semana y ciertos días feriados, su llamada será atendida por nuestro sistema automático de teléfono.

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 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.

Esta información no es una descripción completa de los beneficios. Para obtener más información, comuníquese con el plan. Pueden aplicarse limitaciones, copagos y restricciones. Los beneficios, las primas y/o los copagos/el coseguro pueden cambiar el 1.º de enero de cada año. El “**coseguro**” es el porcentaje que usted paga del costo total de ciertos servicios médicos. Usted paga un coseguro en el momento en que obtiene el servicio médico.

El formulario, la red de farmacias o la red de proveedores pueden cambiar en cualquier momento. Recibirá un aviso cuando sea necesario.

This information is available for free in other languages. Please call our member services number at 1-800-275-4737 (TTY: 711). From October 1 through February 14, our office hours are 8:00 a.m. to 8:00 p.m., 7 days a week, excluding certain holidays. However, after February 14, our office hours are 8:00 a.m. to 8:00 p.m., Monday through Friday. On weekends and certain holidays, your call will be handled by our automated phone system.

Esta información está disponible en forma gratuita en otros idiomas. Llame a nuestro Departamento de Servicios al Afiliado al 1-800-275-4737 (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., los 7 días a la semana, excepto ciertos días feriados. Sin embargo, luego del 14 de febrero, nuestro horario de atención es de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., de lunes a viernes. Durante los fines de semana y ciertos días feriados, su llamada será atendida por nuestro sistema automático de teléfono.

Health Net of California, Inc. tiene un contrato con Medicare para ofrecer planes HMO. La inscripción en un plan Health Net Medicare Advantage depende de la renovación del contrato.

BKT009318SK00 (9/16)

Multi-Language Insert

Multi-language Interpreter Services

English:

ATTENTION: If you speak English, language assistance services, free of charge, are available to you. Call 1-800-977-7522 (Arizona), 1-800-275-4737 (California), 1-888-445-8913 (Oregon) (TTY: 711).

Spanish:

ATENCIÓN: Si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1-800-977-7522 (Arizona), 1-800-275-4737 (California), 1-888-445-8913 (Oregon) (TTY: 711).

Chinese:

注意：如果您使用繁體中文，您可以免費獲得語言援助服務。請致電 1-800-977-7522 (Arizona), 1-800-275-4737 (California), 1-888-445-8913 (Oregon) (TTY: 711)。

Tagalog:

PAUNAWA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, maaari kang gumamit ng mga serbisyo ng tulong sa wika nang walang bayad. Tumawag sa 1-800-977-7522 (Arizona), 1-800-275-4737 (California), 1-888-445-8913 (Oregon) (TTY: 711).

French:

ATTENTION : Si vous parlez français, des services d'aide linguistique vous sont proposés gratuitement. Appelez le 1-800-977-7522 (Arizona), 1-800-275-4737 (California), 1-888-445-8913 (Oregon) (ATS :711).

Vietnamese:

CHÚ Ý: Nếu bạn nói Tiếng Việt, có các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho bạn. Gọi số 1-800-977-7522 (Arizona), 1-800-275-4737 (California), 1-888-445-8913 (Oregon) (TTY: 711).

German:

ACHTUNG: Wenn Sie Deutsch sprechen, stehen Ihnen kostenlos sprachliche Hilfsdienstleistungen zur Verfügung. Rufnummer: 1-800-977-7522 (Arizona), 1-800-275-4737 (California), 1-888-445-8913 (Oregon) (TTY: 711).

Korean:

주의: 한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. 1-800-977-7522 (Arizona), 1-800-275-4737 (California), 1-888-445-8913 (Oregon) (TTY: 711) 번으로 전화해 주십시오.

Russian:

ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русском языке, то вам доступны бесплатные услуги перевода. Звоните 1-800-977-7522 (Arizona), 1-800-275-4737 (California), 1-888-445-8913 (Oregon) (телетайп: 711).

Arabic:

ملحوظة: إذا كنت تتحدث اذكر اللغة، فإن خدمات المساعدة اللغوية تتوافر لك بالمجان. اتصل برقم: 1-800-977-7522 (Arizona), 1-800-275-4737 (California), 1-888-445-8913 (Oregon) (رقم هاتف الصم والبكم: 711).

Hindi:

ध्यान दें: यदि आप हदी बोलते हैं तो आपके लिए मुफ्त में भाषा सहायता सेवाएं उपलब्ध हैं। 1-800-977-7522 (Arizona), 1-800-275-4737 (California), 1-888-445-8913 (Oregon) (TTY: 711) पर कॉल करें।

Italian:

ATTENZIONE: In caso la lingua parlata sia l'italiano, sono disponibili servizi di assistenza linguistica gratuiti. Chiamare il numero 1-800-977-7522 (Arizona), 1-800-275-4737 (California), 1-888-445-8913 (Oregon) (TTY: 711).

Portuguese:

ATENÇÃO: Se fala português, encontram-se disponíveis serviços linguísticos, grátis. Ligue para 1-800-977-7522 (Arizona), 1-800-275-4737 (California), 1-888-445-8913 (Oregon) (TTY: 711).

French Creole:

ATANSYON: Si w pale Kreyòl Ayisyen, gen sèvis èd pou lang ki disponib gratis pou ou. Rele 1-800-977-7522 (Arizona), 1-800-275-4737 (California), 1-888-445-8913 (Oregon) (TTY: 711).

Polish:

UWAGA: Jeżeli mówisz po polsku, możesz skorzystać z bezpłatnej pomocy językowej. Zadzwoń pod numer 1-800-977-7522 (Arizona), 1-800-275-4737 (California), 1-888-445-8913 (Oregon) (TTY: 711).

Japanese:

注意事項：日本語を話される場合、無料の言語支援をご利用いただけます。1-800-977-7522 (Arizona), 1-800-275-4737 (California), 1-888-445-8913 (Oregon) (TTY: 711)まで、お電話にてご連絡ください。

Farsi:

توجه: اگر به زبان فارسی گفتگو می کنید، تسهیلات زبانی بصورت رایگان برای شما فراهم می باشد.
با (TTY: 711) 1-888-445-8913 (Oregon), 1-800-275-4737 (California), 1-800-977-7522 (Arizona) تماس بگیرید.

Armenian:

ՈՒՇԱՂՐՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐ Եթե խոսում եք հայերեն, ապա ձեզ անվճար կարող են տրամադրվել լեզվական աջակցության ծառայություններ: Ջանգահարեք 1-800-977-7522 (Arizona), 1-800-275-4737 (California), 1-888-445-8913 (Oregon) (TTY (հեռատիպ)՝ 711):

Cambodian:

ប្រយ័ត្ន៖ បើសិនជាអ្នកនិយាយ ភាសាខ្មែរ, សេវាជំនួយផ្នែកភាសា ដោយមិនគិតលុយ គឺអាចមានសំរាប់បំរើអ្នក។ ចូរ ទូរស័ព្ទ
1-800-977-7522 (Arizona), 1-800-275-4737 (California), 1-888-445-8913 (Oregon) (TTY: 711)។

Punjabi:

ਪਿਆਰ ਦਿਓ: ਜੇ ਤੁਸੀਂ ਪੰਜਾਬੀ ਬੋਲਦੇ ਹੋ, ਤਾਂ ਭਾਸ਼ਾ ਵਿੱਚ ਸਹਾਇਤਾ ਸੇਵਾ ਤੁਹਾਡੇ ਲਈ ਮੁਫਤ ਉਪਲਬਧ ਹੈ। 1-800-977-7522 (Arizona), 1-800-275-4737 (California), 1-888-445-8913 (Oregon) (TTY: 711) 'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ।

Thai:

เรียน: ถ้าคุณพูดภาษาไทยคุณสามารถใช้บริการช่วยเหลือทางภาษาได้ฟรี โทร 1-800-977-7522 (Arizona), 1-800-275-4737 (California), 1-888-445-8913 (Oregon) (TTY: 711).

Laotian:

ໂປດຊາບ: ຖ້າວ່າທ່ານເວົ້າພາສາ ລາວ, ການບໍລິການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານພາສາ, ໂດຍບໍ່ເສັຽຄ່າ, ແມ່ນມີພ້ອມໃຫ້ທ່ານ. ໂທ 1-800-977-7522 (Arizona), 1-800-275-4737 (California), 1-888-445-8913 (Oregon) (TTY: 711).

Serbo-Croatian:

OBAVJEŠTENJE: Ako govorite srpsko-hrvatski, usluge jezičke pomoći dostupne su vam besplatno. Nazovite 1-800-977-7522 (Arizona), 1-800-275-4737 (California), 1-888-445-8913 (Oregon) (TTY- Telefon za osobe sa oštećenim govorom ili sluhom: 711).

Ukranian:

УВАГА! Якщо ви розмовляєте українською мовою, ви можете звернутися до безкоштовної служби мовної підтримки. Телефонуйте за номером 1-800-977-7522 (Arizona), 1-800-275-4737 (California), 1-888-445-8913 (Oregon) (телетайп: 711).

Syriac:

ܩܘܪܝܢܐ ܩܘܪܝܢܐ ܩܘܪܝܢܐ ܩܘܪܝܢܐ ܩܘܪܝܢܐ ܩܘܪܝܢܐ ܩܘܪܝܢܐ ܩܘܪܝܢܐ ܩܘܪܝܢܐ
ܩܘܪܝܢܐ ܩܘܪܝܢܐ ܩܘܪܝܢܐ ܩܘܪܝܢܐ ܩܘܪܝܢܐ ܩܘܪܝܢܐ ܩܘܪܝܢܐ ܩܘܪܝܢܐ ܩܘܪܝܢܐ

1-800-977-7522 (Arizona), 1-800-275-4737 (California), 1-888-445-8913 (Oregon) (TTY: 711)

Hmong:

LUS CEEV: Yog tias koj hais lus Hmoob, cov kev pab txog lus, muaj kev pab dawb rau koj. Hu rau
1-800-977-7522 (Arizona), 1-800-275-4737 (California), 1-888-445-8913 (Oregon) (TTY: 711).

Romanian:

ATENȚIE: Dacă vorbiți limba română, vă stau la dispoziție servicii de asistență lingvistică, gratuit. Sunați la
1-800-977-7522 (Arizona), 1-800-275-4737 (California), 1-888-445-8913 (Oregon) (TTY: 711).

Amharic:

ማስታወሻ: የሚናገሩት ቋንቋ ኣማርኛ ከሆነ የትርጉም እርዳታ ድርጅቶች፣ በነጻ ሊያግዝዎት ተዘጋጅተዋል፡ ወደ
ሚከተለው ቁጥር ይደውሉ 1-800-977-7522 (Arizona), 1-800-275-4737 (California), 1-888-445-8913
(Oregon) (መስማት ለተሳናቸው፡ 711).

Navajo:

Díí baa akó nínízin: Díí saad bee yánilti'go **Diné Bizaad**, saad bee áká'ánída'áwo'déé', t'áá jiik'eh, éí ná
hóló, koji' hódíílnih 1-800-977-7522 (Arizona), 1-800-275-4737 (California), 1-888-445-8913 (Oregon)
(TTY: 711).

Cushite:

XIYYEEFFANNAA: Afaan dubbattu Oroomiffa, tajaajila gargaarsa afaanii, kanfaltiidhaan ala, ni argama.
Bilbilaa 1-800-977-7522 (Arizona), 1-800-275-4737 (California), 1-888-445-8913 (Oregon) (TTY: 711.)