

Resumen *de* Beneficios *para* 2018

Health Net Seniority Plus Amber II (HMO SNP)

Condados de Kern y Tulare, CA

H0562 -110-002



Los beneficios entran en vigencia a partir del 1 de enero de 2018
H0562_18_3037SB_A_4527_SPN_Accepted 09172017

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, llámenos al número que aparece en la última página y solicite la “Evidencia de Cobertura” (por sus siglas en inglés, EOC) o acceda a la EOC en nuestro sitio web, <https://ca.healthnetadvantage.com>.

Usted es elegible para inscribirse en Health Net Seniority Plus Amber II (HMO SNP) 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 esta no se paga de otra forma conforme a Medicaid o por un tercero.
- Debe ser un ciudadano de los Estados Unidos o vivir legalmente en los Estados Unidos y tener residencia permanente en el área de servicio del plan (en otras palabras, su residencia permanente debe encontrarse dentro de los condados del área de servicio de Health Net Seniority Plus Amber II [HMO SPN]). Nuestra área de servicios incluye los siguientes condados de California: condados de Kern y Tulare.
- No tiene enfermedad renal en etapa terminal (por sus siglas en inglés, ESRD). (Se pueden aplicar excepciones para las personas que desarrollen ESRD mientras estén inscritos en un plan de salud grupal o comercial de Health Net Seniority Plus Amber II (HMO SNP) o en un plan de Medicaid).
- Para Health Net Seniority Plus Amber II (HMO SNP), también debe estar inscrito en Medicaid de California (Medi-Cal). Las primas, los copagos, el coseguro y los deducibles pueden variar según su categoría de elegibilidad de Medicaid (Medi-Cal) o el nivel de “Ayuda Extra” que reciba. El estado de California paga la prima de la Parte B para las personas inscritas doblemente elegibles. Comuníquese con el plan para obtener más detalles.

El plan Health Net Seniority Plus Amber II (HMO SNP) 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. Puede solicitar un Directorio de proveedores actual o una lista actualizada de proveedores de la red si visita <https://ca.healthnetadvantage.com>. (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).

Puede ver nuestro Directorio de proveedores del plan en nuestro sitio web, <https://ca.healthnetadvantage.com>.

RESUMEN DE BENEFICIOS

1 de enero de 2018 - 31 de diciembre de 2018

Primas y Beneficios	Health Net Seniority Plus Amber II (HMO SNP)
Prima mensual del plan, incluye la prima de la Parte C y la Parte D	<p>De \$0 a \$35.50 según el nivel de “Ayuda Extra” que usted reciba.</p> <p>Usted debe continuar pagando la prima de Medicare Parte B.</p>
Deducible	<p>\$0 por año por servicios de la Parte C.</p> <p>Deducible de \$190 por medicamentos que requieren receta médica de la Parte D.</p> <p>El deducible no se aplica a los Niveles 1 y 6.</p> <p>Deducible de \$0 por servicios dentales de rutina.</p>
Responsabilidad de desembolso máximo (no incluye la prima mensual y los medicamentos que requieren receta médica)	<p>\$4,950 por año</p> <p>Este es el máximo que paga por los copagos, los coseguro y otros costos por servicios médicos en el año.</p> <p>No todos los servicios cubiertos se aplican al desembolso máximo. Para obtener más información, consulte la Evidencia de Cobertura (EOC) del plan.</p> <p>Deberá continuar pagando sus primas mensuales y el costo compartido por sus medicamentos que requieren receta médica de la Parte D.</p>
Cobertura de atención hospitalaria para pacientes internados	<p>En 2017, las cantidades para cada período de beneficios fueron de \$0 o:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Deducible de \$1,316 para los días 1 al 60. • Copago de \$329 por día para los días 61 al 90. • Copago de \$658 por día para 60 días de reserva de por vida. Usted paga todos los costos por cada día después de que utilice todos los días de reserva de por vida. <p>Las cantidades de costo compartido para pacientes internados son para 2017 y pueden cambiar en 2018. Proporcionaremos tasas actualizadas en cuanto Medicare las publique.</p> <p><i>Es posible que se requiera autorización previa (aprobación por adelantado).</i></p> <p>Es posible que se requiera una remisión.</p>

Primas y Beneficios	Health Net Seniority Plus Amber II (HMO SNP)
Hospital para Pacientes Ambulatorios <i>(incluidos los servicios proporcionados en centros hospitalarios para pacientes ambulatorios y centros quirúrgicos ambulatorios)</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Consulta hospitalaria (incluidas las inyecciones epidurales): coseguro del 0 % o del 20 % por cada consulta • Consulta en un centro quirúrgico ambulatorio (incluidas las inyecciones epidurales): coseguro del 0 % o del 20 % por cada consulta <p><i>Es posible que se requiera autorización previa (aprobación por adelantado).</i></p> <p>Es posible que se requiera una remisión.</p>
Consultas con el Médico	<ul style="list-style-type: none"> • Atención primaria: copago de \$0 por cada consulta • Especialista: copago de \$0 por cada consulta <p><i>Es posible que algunos servicios de especialistas requieran autorización previa (aprobación por adelantado).</i></p> <p>Es posible que se requiera una remisión para consultas con especialistas.</p>
Atención Preventiva	<p>Copago de \$0 por los servicios preventivos cubiertos por Medicare por un costo compartido de cero</p> <p>Para todos los servicios preventivos que tienen cobertura sin costo en virtud de Original Medicare, también cubrimos el servicio sin costo para usted. Es posible que se apliquen costos compartidos cuando otros servicios se reciben además de los servicios preventivos.</p> <p><i>Es posible que algunos servicios requieran autorización previa (aprobación por adelantado).</i></p> <p>Es posible que se requiera una remisión.</p>
Atención de Emergencia	<p>Coseguro del 0 % o del 20 % (hasta \$80) por cada consulta para consultas en la sala de emergencias cubiertas por Medicare.</p> <p>Si usted recibe atención de emergencia en un hospital fuera de la red y necesita atención para pacientes internados después de que su condición de emergencia se establezca, debe regresar a un hospital de la red para que su atención continúe estando cubierta o debe recibir atención para pacientes internados en el hospital fuera de la red autorizado por el plan, y su costo es el costo compartido que pagaría en un hospital de la red.</p> <p>Si usted es admitido en el hospital inmediatamente, no tiene que pagar su parte del costo por servicios requeridos de urgencia.</p>
Servicios Requeridos de Urgencia	<p>Coseguro del 0 % o del 20 % (hasta \$65) por cada consulta</p> <p>Si usted es admitido en el hospital inmediatamente, no tiene que pagar su parte del costo por servicios requeridos de urgencia.</p>

Primas y Beneficios	Health Net Seniority Plus Amber II (HMO SNP)
Servicios de diagnóstico/pruebas de laboratorio/diagnóstico por imágenes	<ul style="list-style-type: none"> • Servicios de Laboratorio: copago de \$0 • Pruebas o procedimientos de diagnóstico: coseguro del 0 % o del 20 % • Electrocardiograma: coseguro del 0 % o del 20 % • Rayos X para pacientes ambulatorios: coseguro del 0 % o del 20 % • Servicios de radiología de diagnóstico (como imágenes por resonancia magnética [por sus siglas en inglés, MRI], angiografía por resonancia magnética [por sus siglas en inglés, MRA], tomografía computarizada [por sus siglas en inglés, CT], tomografía por emisión de positrones [por sus siglas en inglés, PET]): coseguro del 0 % o del 20 % • Servicios radiológicos terapéuticos (radioterapia): coseguro del 0 % o del 20 % <p><i>Es posible que algunos servicios requieran autorización previa (aprobación por adelantado).</i></p> <p>Es posible que se requiera una remisión.</p>
Servicios de Audición	<ul style="list-style-type: none"> • Examen auditivo (cubierto por Medicare): coseguro del 0 % o del 20 % por cada consulta <p>Los servicios cubiertos de Medicare incluyen un examen para diagnosticar y tratar problemas de audición y equilibrio.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios de audición de rutina (no cubiertos por Medicare): copago de \$0 por cada consulta (1 por año) • Aparato auditivo: copago de \$0 (un par) cada 3 años <p>Este plan paga hasta \$2,000 para 2 audífonos (para ambos oídos combinados) cada 3 años. Los afiliados no tienen costos compartidos de desembolso.</p> <p><i>Es posible que algunos servicios requieran autorización previa (aprobación por adelantado).</i></p> <p>Es posible que se requiera una remisión.</p>
Servicios Dentales	<p>Servicios dentales (cubiertos por Medicare): coseguro del 0 % o del 20 %</p> <p>Servicios cubiertos por Medicare: servicios dentales limitados (no incluyen servicios relacionados con la atención, el tratamiento, el empaste, la extracción ni el reemplazo de dientes).</p> <p>Organización para el Mantenimiento de la Salud Dental (por sus siglas en inglés, DHMO): Servicios dentales preventivos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Examen bucal: copago de \$0 (hasta 2 por año) • Limpieza: copago de \$0 (hasta 2 por año) • Rayos x dentales y tratamiento con flúor: copago de \$0 (hasta 1 por año) <p>Hay beneficios dentales integrales adicionales disponibles.</p>

Primas y Beneficios	Health Net Seniority Plus Amber II (HMO SNP)
Servicios Dentales (continuación)	<p>Los servicios dentales preventivos e integrales tienen cobertura dentro de la red solo con proveedores contratados.</p> <p><i>Es posible que algunos servicios requieran autorización previa (aprobación por adelantado).</i></p> <p>Es posible que se requiera una remisión.</p>
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): coseguro del 0 % o del 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 (cubiertos por Medicare): copago de \$0 • Examen de la vista de rutina (no cubierto por Medicare) (uno cada 12 meses): copago de \$0 por cada consulta • Lentes y accesorios de rutina (no cubiertos por Medicare): asignación de hasta \$250 para lentes de contacto o anteojos (marcos y lentes) cada 2 años. <p><i>Es posible que algunos servicios requieran autorización previa (aprobación por adelantado).</i></p> <p>Es posible que se requiera una remisión.</p>
Servicios de Salud Mental	<p>Pacientes ambulatorios: coseguro del 0 % o del 20 %</p> <p>Consultas como paciente internado: Copago de \$90 por día para los días 1 al 15 Copago de \$0 por día para los días 16 al 90</p> <p><i>Es posible que algunos servicios requieran autorización previa (aprobación por adelantado).</i></p>
Centro de Enfermería Especializada	<p>En 2017, las cantidades para cada período de beneficios son de \$0 o:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Copago de \$0 por día para los días 1 al 20 • Copago de \$164.50 por día para los días del 21 al 100 <p>Estos montos pueden cambiar en 2018.</p> <p><i>Es posible que algunos servicios requieran autorización previa (aprobación por adelantado).</i></p> <p>Es posible que se requiera una remisión.</p>

Primas y Beneficios	Health Net Seniority Plus Amber II (HMO SNP)
Fisioterapia	<p>Coseguro del 0 % o del 20 % por cada consulta</p> <p><i>Es posible que se requiera autorización previa (aprobación por adelantado).</i></p> <p>Es posible que se requiera una remisión.</p>
Ambulancia	<p>Coseguro del 0 % o del 20 %</p> <p>El costo es por cada viaje de ida o de vuelta para servicios de ambulancia cubiertos por Medicare. Sin cargo para más de un viaje en un mismo día.</p> <p><i>Es posible que se requiera autorización previa (aprobación por adelantado) para servicios de ambulancia que no son de emergencia.</i></p>
Transporte	<p>Copago de \$0 por viaje</p> <p>Hasta 30 viajes de ida o de vuelta, por año, a lugares aprobados por el plan.</p> <p><i>Es posible que se requiera autorización previa (aprobación por adelantado).</i></p>
Medicamentos de Medicare Parte B	<ul style="list-style-type: none"> • Medicamentos de quimioterapia: coseguro del 0 % o del 20 % • Otros medicamentos de la Parte B: coseguro del 0 % o del 20 % <p><i>Es posible que se requiera autorización previa (aprobación por adelantado).</i></p>
Programas de Bienestar	<ul style="list-style-type: none"> • Programa de acondicionamiento físico: copago de \$0 <p>El plan cubre una membresía básica para el acondicionamiento físico en centros de acondicionamiento físico participantes. Los afiliados también pueden solicitar un programa de acondicionamiento físico en el hogar.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Línea de consulta con enfermeras atendida las 24 horas: copago de \$0 <p>Puede llamar a la línea directa de enfermería las 24 horas del día, los 365 días del año, para hacer preguntas sobre su salud.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Programas para dejar de fumar y de consumir tabaco (cubiertos por Medicare) <p>(orientación para dejar de fumar o abandonar el consumo de tabaco): copago de \$0</p> <p>Sesiones adicionales de asesoramiento para dejar de fumar y utilizar tabaco (sesiones adicionales ilimitadas).</p>

Primas y Beneficios	Health Net Seniority Plus Amber II (HMO SNP)
Programas de Bienestar (continuación)	<p>Asesoramiento para dejar de fumar por Internet y por vía telefónica a cargo de médicos capacitados. Incluye orientación sobre las medidas para realizar cambios, planificación, asesoramiento y educación: Evaluación exhaustiva y planes personalizados para dejar de fumar, línea gratuita ilimitada para hablar con un instructor para dejar de fumar, acceso ilimitado a una comunidad en línea que ofrece herramientas de aprendizaje virtual, apoyo social e información sobre dejar de fumar, y apoyo para tomar decisiones con respecto al tipo, dosis y uso del medicamento.</p> <p>Si desea obtener una lista detallada de los beneficios de los programas de bienestar que se ofrecen, consulte la Evidencia de Cobertura.</p>

Medicamentos que requieren receta médica para pacientes ambulatorios			
Etapa del deducible	Deducible de \$190. El deducible no se aplica a los Niveles 1 y 6.		
Etapa de cobertura Inicial (después de pagar su deducible, si corresponde)	El costo compartido puede cambiar según la farmacia que elija (p. ej., farmacia de venta minorista estándar, de compra por correo, de atención a largo plazo o de infusión en el hogar), y cuando ingresa a otra de las cuatro etapas del beneficio de la Parte D. Puede obtener los medicamentos de una farmacia fuera de la red al mismo costo que el precio estándar en una farmacia de la red.		
		Receta de suministro para 30 días en minorista estándar	Suministro para 90 días de Compra por Correo
	Nivel 1: medicamentos genéricos preferidos	Copago de \$0	Copago de \$0
	Nivel 2: medicamentos genéricos	Copago de \$20	Copago de \$60
	Nivel 3: medicamentos de marca preferidos	Copago de \$47	Copago de \$141
	Nivel 4: Medicamentos de marca no preferidos	Copago de \$100	Copago de \$300
	Nivel 5: medicamentos especializados	Coseguro del 29 %	Coseguro del 29 %
	Nivel 6: medicamentos para la atención seleccionada	Copago de \$0	Copago de \$0
Información importante:	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. La prima, los copagos, el coseguro y los deducibles pueden variar según el nivel de “Ayuda Extra” que usted recibe. Comuníquese con el plan para obtener más detalles. Si califica para recibir “Ayuda Extra” con sus costos de medicamentos que requieren receta médica, el programa de “Ayuda Extra” pagará la totalidad o una parte de su prima del plan mensual y los deducibles y copagos/coseguro de sus medicamentos que requieren receta médica. Si no es elegible para recibir		

Medicamentos que requieren receta médica para pacientes ambulatorios

“Ayuda Extra”, consulte el Capítulo 6 de la Evidencia de Cobertura para obtener información sobre los costos compartidos de los medicamentos que requieren receta médica para pacientes ambulatorios.

Esta no es una lista completa de todos los medicamentos que cubre nuestro plan. Para obtener una lista completa, llame al 1-800-431-9007 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) o visite <https://ca.healthnetadvantage.com>.

También puede ver nuestro Directorio de farmacias del plan en nuestro sitio web, <https://ca.healthnetadvantage.com>.

Beneficios Cubiertos del Programa Medicaid de California (Medi-Cal) para Beneficiarios Doblemente Elegibles (Medicare y Medicaid)

Los beneficios descritos a continuación están cubiertos por Medicaid (Medi-Cal). Los beneficios descritos en la sección de Beneficios médicos y hospitalarios cubiertos del Resumen de beneficios están cubiertos por Medicare. Para cada beneficio que se indica a continuación, verá lo que cubre Medicaid (Medi-Cal) y lo que cubre nuestro plan. Lo que paga por los servicios cubiertos puede depender de su nivel de elegibilidad para Medicaid (Medi-Cal).

<i>Categoría del Beneficio</i>	<i>Medicaid (Medi-Cal)</i>	<i>Health Net Seniority Plus Amber II (HMO SNP)</i>
Servicios hospitalarios para pacientes internados	Copago de \$0 por servicios cubiertos por Medicaid	<p>El plan cubre 90 días por período de beneficios para una hospitalización como paciente hospitalizado.</p> <p>El plan también cubre 60 “días de reserva de por vida”. Esto se refiere a los días “extras” cubiertos. Si su hospitalización dura más de 90 días, usted puede usar estos días extras. Pero una vez que usted haya usado estos 60 días extras, la cobertura del hospital como paciente internado se limitará a 90 días.</p> <p>En 2017, las cantidades para cada período de beneficios fueron de \$0 o:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Deducible de \$1,288 para los días 1 a 60 • Copago de \$322 por día para los días 61 a 90 • Copago de \$644 por día para 60 días de reserva de por vida <p>Estos montos pueden cambiar en 2018.</p>

<i>Categoría del Beneficio</i>	<i>Medicaid (Medi-Cal)</i>	<i>Health Net Seniority Plus Amber II (HMO SNP)</i>
Servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios	Copago de \$0 por servicios cubiertos por Medicaid	Coseguro del 0 % o del 20 % por servicios cubiertos por Medicare
Servicios de una clínica de salud rural	Copago de \$0 por servicios cubiertos por Medicaid	Coseguro del 0 % o del 20 % por servicios cubiertos por Medicare
Servicios de un centro de salud federalmente calificado	Copago de \$0 por servicios cubiertos por Medicaid	Coseguro del 0 % o del 20 % 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	Coseguro del 0 % o del 20 % 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	<p>El plan cubre hasta 100 días por cada período de beneficios. Usted paga todos los costos por cada día después del día 100 del período de beneficios.</p> <p>No se requiere una hospitalización previa.</p> <p>En 2017, las cantidades para cada período de beneficios fueron de \$0 o:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Copago de \$0 por día para los días 1 al 20 • Copago de \$161 por día para los días 21 al 100 <p>Estos montos pueden cambiar en 2018.</p>

<i>Categoría del Beneficio</i>	<i>Medicaid (Medi-Cal)</i>	<i>Health Net Seniority Plus Amber II (HMO SNP)</i>
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	Coseguro del 0 % o del 20 % 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	Coseguro del 0 % o del 20 % por servicios cubiertos por Medicare
Servicios dentales médicos y quirúrgicos	Copago de \$0 por servicios cubiertos por Medicaid	Coseguro del 0 % o del 20 % por servicios cubiertos por Medicare
Servicios de un oftalmólogo	Copago de \$0 por servicios cubiertos por Medicaid	Coseguro del 0 % o del 20 % para exámenes de diagnóstico y tratamiento de enfermedades y afecciones de los ojos cubiertos por Medicare. Copago de \$0 por hasta 1 examen de la vista de rutina (no cubierto por Medicare) por año.
Servicios de podiatría*	Copago de \$0 por servicios cubiertos por Medicaid	Coseguro del 0 % o del 20 % por servicios cubiertos por Medicare Copago de \$0 por cada cuidado de los pies de rutina (no cubierto por Medicare), hasta 12 consultas por año

<i>Categoría del Beneficio</i>	<i>Medicaid (Medi-Cal)</i>	<i>Health Net Seniority Plus Amber II (HMO SNP)</i>
Servicios de optometría	Copago de \$0 por servicios cubiertos por Medicaid	Coseguro del 0 % o del 20 % para exámenes de diagnóstico y tratamiento de enfermedades y afecciones de los ojos cubiertos por Medicare. Copago de \$0 por hasta 1 examen de la vista de rutina (no cubierto por Medicare) por año.
Servicios quiroprácticos*	Copago de \$0 por servicios cubiertos por Medicaid	Coseguro del 0 % o del 20 % por servicios cubiertos por Medicare
Servicios de psicología	Copago de \$0 por servicios cubiertos por Medicaid	Coseguro del 0 % o del 20 % por servicios cubiertos por Medicare
Servicios de enfermeras anestesisistas	Copago de \$0 por servicios cubiertos por Medicaid	Coseguro del 0 % o del 20 % 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 cada dos años. El plan paga hasta \$150 cada dos años por lentes y accesorios de rutina (no cubiertos por Medicare).
Suministros médicos (no incluye cremas o lavados para la incontinencia)	Copago de \$0 por servicios cubiertos por Medicaid	Coseguro del 0 % o del 20 % por servicios cubiertos por Medicare
Lavados y cremas para la incontinencia*	Copago de \$0 por servicios cubiertos por Medicaid	Sin cobertura
Equipo médico duradero	Copago de \$0 por servicios cubiertos por Medicaid	Coseguro del 0 % o del 20 % por servicios cubiertos por Medicare

<i>Categoría del Beneficio</i>	<i>Medicaid (Medi-Cal)</i>	<i>Health Net Seniority Plus Amber II (HMO SNP)</i>
Audífonos	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 audífonos (un par) cada tres años. El plan paga hasta \$2,000 por audífonos cada tres años.
Fórmula enteral	Copago de \$0 por servicios cubiertos por Medicaid	Coseguro del 0 % o del 20 % por servicios 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	Coseguro del 0 % o del 20 % 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 audiología; 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	Coseguro del 0 % o del 20 % por servicios cubiertos por Medicare
Centros de rehabilitación	Copago de \$0 por servicios cubiertos por Medicaid	Coseguro del 0 % o del 20 % por servicios cubiertos por Medicare
Atención de enfermería privada (exención únicamente)	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 II (HMO SNP)</i>
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	Coseguro del 0 % o del 20 % por servicios cubiertos por Medicare
Servicios dentales	Copago de \$0 por servicios cubiertos por Medicaid	Coseguro del 0 % o del 20 % por los beneficios dentales cubiertos por Medicare. Copago de \$0 por servicios dentales preventivos. El plan ofrece beneficios dentales integrales adicionales. Si desea más información, consulte el Capítulo 4 de la Evidencia de Cobertura.
Terapia ocupacional	Copago de \$0 por servicios cubiertos por Medicaid	Coseguro del 0 % o del 20 % por servicios cubiertos por Medicare
Patología del habla/Terapia del habla*	Copago de \$0 por servicios cubiertos por Medicaid	Coseguro del 0 % o del 20 % por servicios cubiertos por Medicare
Servicios de audiología*	Copago de \$0 por servicios cubiertos por Medicaid	Coseguro del 0 % o del 20 % por exámenes auditivos de diagnóstico cubiertos por Medicare. Copago de \$0 por hasta 1 examen auditivo de rutina (no cubierto por Medicare) al año.

<i>Categoría del Beneficio</i>	<i>Medicaid (Medi-Cal)</i>	<i>Health Net Seniority Plus Amber II (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 Medicare Parte B: Coseguro del 0 % o del 20 % 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 recibir ayuda extra, consulte la sección 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 acerca del costo compartido para los medicamentos que requieren receta médica de la Parte D de Medicare. Si usted no es elegible para recibir 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. 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	Coseguro del 0 % o del 20 % por servicios cubiertos por Medicare

<i>Categoría del Beneficio</i>	<i>Medicaid (Medi-Cal)</i>	<i>Health Net Seniority Plus Amber II (HMO SNP)</i>
Anteojos, otros aparatos para la vista*	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 cada dos años. El plan paga hasta \$150 cada dos años por lentes y accesorios de rutina (no cubiertos por Medicare).
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	Coseguro del 0 % o del 20 % 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	Coseguro del 0 % o del 20 % por servicios cubiertos por Medicare

<i>Categoría del Beneficio</i>	<i>Medicaid (Medi-Cal)</i>	<i>Health Net Seniority Plus Amber II (HMO SNP)</i>
<p>Institutos para enfermedades mentales (para personas de menos de 21 años y de más de 65 años, incluye atención psiquiátrica)</p>	<p>Copago de \$0 por servicios cubiertos por Medicaid</p>	<p>El plan cubre hasta 190 días de por vida de cuidado de la salud mental para pacientes internados en un hospital psiquiátrico. El límite a la atención hospitalaria como paciente internado no se aplica a los servicios mentales del paciente internado proporcionados en un hospital general.</p> <p>El plan cubre 90 días por período de beneficios para una hospitalización como paciente internado. El plan también cubre 60 “días de reserva de por vida”. Estos son días “extras” que cubrimos. Si su hospitalización dura más de 90 días, usted puede usar estos días extras. Pero una vez que usted haya usado estos 60 días extras, la cobertura del hospital como paciente internado se limitará a 90 días.</p> <p>En 2017, las cantidades para cada período de beneficios fueron de \$0 o:</p> <p>Deducible de \$1,288 para los días 1 al 60 Copago de \$322 por día para los días 61 al 90</p> <p>Copago de \$644 por día para 60 días de reserva de por vida Estos montos pueden cambiar en 2018.</p>
<p>Centro de cuidados intermedios</p>	<p>Copago de \$0 por servicios cubiertos por Medicaid</p>	<p>Sin cobertura</p>
<p>Enfermera partera</p>	<p>Copago de \$0 por servicios cubiertos por Medicaid</p>	<p>Coseguro del 0 % o del 20 % por servicios cubiertos por Medicare</p>

<i>Categoría del Beneficio</i>	<i>Medicaid (Medi-Cal)</i>	<i>Health Net Seniority Plus Amber II (HMO SNP)</i>
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. Coseguro del 0 % o del 20 % por la consulta por única vez en un centro de cuidado de enfermos terminales.
Servicios relacionados con la tuberculosis	Copago de \$0 por servicios cubiertos por Medicaid	Coseguro del 0 % o del 20 % por servicios cubiertos por Medicare
Atención respiratoria para pacientes que dependen de un respirador artificial	Copago de \$0 por servicios cubiertos por Medicaid	Coseguro del 0 % o del 20 % por servicios cubiertos por Medicare
Enfermera familiar especializada	Copago de \$0 por servicios cubiertos por Medicaid	Coseguro del 0 % o del 20 % 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	Coseguro del 0 % o del 20 % por servicios cubiertos por Medicare
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

<i>Categoría del Beneficio</i>	<i>Medicaid (Medi-Cal)</i>	<i>Health Net Seniority Plus Amber II (HMO SNP)</i>
Servicios hospitalarios de emergencia	Copago de \$0 por servicios cubiertos por Medicaid	Coseguro del 0 % o del 20 % (hasta \$75) por servicios cubiertos por Medicare. 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	Coseguro del 0 % o del 20 % por servicios de ambulancia cubiertos por Medicare. Copago de \$0 por transporte que no es de emergencia; hasta 30 viajes de ida, 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	Coseguro del 0 % o del 20 % por servicios cubiertos por Medicare
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	Coseguro del 0 % o del 20 % por servicios cubiertos por Medicare (como parte de la atención 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	Coseguro del 0 % o del 20 % por servicios cubiertos por Medicare (como parte de la atención de la salud mental para pacientes ambulatorios)

<i>Categoría del Beneficio</i>	<i>Medicaid (Medi-Cal)</i>	<i>Health Net Seniority Plus Amber II (HMO SNP)</i>
Administración de casos (servicios de detección, diagnóstico y tratamiento tempranos y periódicos, y exención únicamente)	Copago de \$0 por servicios cubiertos por Medicaid	Coseguro del 0 % o del 20 % 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
Información importante	<p>* Cobertura de beneficios opcionales: Los beneficios indicados a continuación con un asterisco* se encuentran disponibles únicamente para los siguientes beneficiarios: 1) beneficiarios menores 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 (por sus siglas en inglés, SNF) (centros de enfermería Nivel A y Nivel B, incluidos los centros de atención subaguda; 3) beneficiarias que están embarazadas 4) beneficiarios de los Servicios para Niños de California (por sus siglas en inglés, CCS); y 5) beneficiarios inscritos en el Programa Integral de Atención para la Tercera Edad (por sus siglas en inglés, PACE).</p>	

Para obtener más información, comuníquese con

Health Net Seniority Plus Amber II (HMO SNP)
Post Office Box 10420
Van Nuys, CA 91410-0420
<https://ca.healthnetadvantage.com>

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 de octubre hasta el 14 de febrero, puede llamarnos los 7 días de la semana de 8 a.m. a 8 p.m. Desde el 15 de febrero hasta el 30 de septiembre, puede llamarnos de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m. Se utilizará un sistema de mensajes fuera del horario de atención, durante los fines de semana y en los días feriados federales.

Si desea saber más sobre la cobertura y los costos de Original Medicare, 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.

Este plan se encuentra disponible para cualquier persona que tenga Ayuda Médica del Estado y también Medicare.

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 o los copagos/el coseguro pueden cambiar el 1 de enero de cada año. La prima, los copagos, el coseguro y los deducibles pueden variar según el nivel de “Ayuda Extra” que recibe. Comuníquese con el plan para obtener más detalles. 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.

Este documento está disponible en otros formatos, como Braille, letra grande o audio.

Health Net of California, Inc. tiene un contrato con Medicare y el programa Medicaid de California (Medi-Cal) para ofrecer planes de atención coordinada HMO SNP. La inscripción en un plan de Health Net Medicare Advantage depende de la renovación del contrato.

Section 1557 Non-Discrimination Language
Notice of Non-Discrimination

Health Net complies with applicable federal civil rights laws and does not discriminate on the basis of race, color, national origin, age, disability, or sex. Health Net does not exclude people or treat them differently because of race, color, national origin, age, disability, or sex.

Health Net:

- Provides free aids and services to people with disabilities to communicate effectively with us, such as qualified sign language interpreters and written information in other formats (large print, accessible electronic formats, other formats).
- Provides free language services to people whose primary language is not English, such as qualified interpreters and information written in other languages.

If you need these services, contact Health Net's Customer Contact Center at: 1-800-431-9007 (Jade, Sapphire, Amber and HMO SNP), 1-800-275-4737 (All Other HMO) (TTY: 711). From October 1 to February 14, you can call us 7 days a week from 8 a.m. to 8 p.m. From February 15 to September 30, you can call us Monday through Friday from 8 a.m. to 8 p.m. A messaging system is used after hours, weekends, and on federal holidays.

If you believe that Health Net has failed to provide these services or discriminated in another way on the basis of race, color, national origin, age, disability, or sex, you can file a grievance by calling the number above and telling them you need help filing a grievance; Health Net's Customer Contact Center is available to help you.

You can also file a civil rights complaint with the U.S. Department of Health and Human Services, Office for Civil Rights, electronically through the Office for Civil Rights Complaint Portal, available at <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf> or by mail or phone at: U.S. Department of Health and Human Services, 200 Independence Avenue SW, Room 509F, HHH Building, Washington, DC 20201, 1-800-368-1019 (TDD: 1-800-537-7697).

Complaint forms are available at <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.

Section 1557 Non-Discrimination Language
Multi-Language Interpreter Services

SPANISH	ATENCIÓN: si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1-800-431-9007 (Jade, Sapphire, Amber and HMO SNP), 1-800-275-4737 (All Other HMO) (TTY: 711).
CHINESE	注意：如果您說中文，您可以免費獲得語言援助服務。請致電 1-800-431-9007 (Jade, Sapphire, Amber and HMO SNP), 1-800-275-4737 (All Other HMO) (TTY: 711)。
VIETNAMESE	CHÚ Ý: Nếu bạn nói Tiếng Việt, có các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho bạn. Gọi số 1-800-431-9007 (Jade, Sapphire, Amber and HMO SNP), 1-800-275-4737 (All Other HMO) (TTY: 711).
TAGALOG	PAUNAWA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, maaari kang gumamit ng mga serbisyo ng tulong sa wika nang walang bayad. Tumawag sa 1-800-431-9007 (Jade, Sapphire, Amber and HMO SNP), 1-800-275-4737 (All Other HMO) (TTY: 711).
KOREAN	주의: 한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. 1-800-431-9007 (Jade, Sapphire, Amber and HMO SNP), 1-800-275-4737 (All Other HMO) (TTY: 711) 번으로 전화해 주십시오.
ARMENIAN	ՈՒՇԱԴՐՈՒԹՅՈՒՆ՝ Եթե խոսում եք հայերեն, ապա ձեզ անվճար կարող են տրամադրվել լեզվական աջակցության ծառայություններ: Զանգահարեք: 1-800-431-9007 (Jade, Sapphire, Amber and HMO SNP), 1-800-275-4737 (All Other HMO) (TTY: 711).
PERSIAN	توجه: اگر به زبان فارسی گفتگو می کنید، تسهیلات زبانی بصورت رایگان برای شما فراهم می باشد. با 1-800-431-9007 (Jade, Sapphire, Amber and HMO SNP), 1-800-275-4737 (All Other HMO) (TTY: 711) تماس بگیرید.
RUSSIAN	ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русском языке, то вам доступны бесплатные услуги перевода. Звоните 1-800-431-9007 (Jade, Sapphire, Amber and HMO SNP), 1-800-275-4737 (All Other HMO) (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。1-800-431-9007 (Jade, Sapphire, Amber and HMO SNP), 1-800-275- 4737 (All Other HMO) (TTY: 711) まで、お電話にてご連絡ください。
ARABIC	تنبيه: إذا كنت تتحدث العربية، فإن خدمات المساعدة اللغوية المجانية متاحة لك. يُرجى الاتصال بالرقم. 1-800-431-9007 (Jade, Sapphire, Amber and HMO SNP), 1-800-275-4737 (All Other HMO) (مكبلا و مصلا فتاه مقرر: 711).
PUNJABI	ਧਿਆਨ ਦਿਓ: ਜੇ ਤੁਸੀਂ ਪੰਜਾਬੀ ਬੋਲਦੇ ਹੋ, ਤਾਂ ਤੁਹਾਡੇ ਲਈ ਭਾਸ਼ਾ ਸਹਾਇਤਾ ਸੇਵਾਵਾਂ ਬਿਲਕੁਲ ਮੁਫਤ ਉਪਲਬਧ ਹਨ। ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ 1-800-431-9007 (Jade, Sapphire, Amber and HMO SNP), 1-800-275-4737 (All Other HMO) (TTY: 711) 'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ।

MON-KHMER,
CAMBODIAN

ចំណាប់អារម្មណ៍: បើសិនអ្នកនិយាយភាសាខ្មែរ សេវាជំនួយភាសាដោយឥតគិតថ្លៃ គឺមានសំរាប់អ្នក។ សូម
ទូរស័ព្ទទៅលេខ 1-800-431-9007 (Jade, Sapphire, Amber and HMO SNP),
1-800-275-4737 (All Other HMO) (TTY: 711)។

HMONG

LUS CEEV: Yog tias koj hais lus Hmoob, cov kev pab txog lus, muaj kev pab
dawb rau koj. Hu rau 1-800-431-9007 (Jade, Sapphire, Amber and HMO SNP),
1-800-275-4737 (All Other HMO) (TTY: 711).

HINDI

ध्यान दें: यदि आप हिंदी बोलते हैं, आपको भाषा सहायता सेवाएं, निःशुल्क उपलब्ध हैं। कृपया
1-800-431-9007 (Jade, Sapphire, Amber and HMO SNP), 1-800-275-4737 (All
Other HMO) (TTY: 711). पर कॉल करें।

THAI

เรียน: ถ้าคุณพูดภาษาไทยคุณสามารถใช้บริการช่วยเหลือทางภาษาได้ฟรี โทร 1-800-431-9007
(Jade, Sapphire, Amber and HMO SNP), 1-800-275-4737 (All Other HMO)
(TTY: 711)
