

Resumen de Beneficios

2021

Health Net Ruby Select (HMO) H0562: 103
Condado de Yolo, CA

Este folleto le brinda un resumen de lo que cubrimos y las responsabilidades de costo compartido. No enumera cada uno de los servicios que cubrimos ni todas las limitaciones o exclusiones. 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 puede acceder a la EOC en nuestro sitio web ca.healthnetadvantage.com.

Usted es elegible para inscribirse en Health Net Ruby Select (HMO) si cumple con lo siguiente:

- Tiene derecho a la Parte A de Medicare y está inscrito en la Parte B de Medicare. Los afiliados deben continuar pagando las primas mensuales de la Parte B de Medicare, a menos que las pague Medicaid o un tercero.
- Es ciudadano de los Estados Unidos o se encuentra legalmente en los Estados Unidos y reside de manera permanente en el área de servicio del plan (en otras palabras, tiene residencia permanente en el condado del área de servicio de Health Net Ruby Select [HMO]). Nuestra área de servicio incluye el siguiente condado de California: Yolo.

El plan Health Net Ruby Select (HMO) le da acceso a nuestra red de proveedores médicos altamente calificados en su área. Usted puede elegir un proveedor de atención primaria (por sus siglas en inglés, PCP) para que trabaje con usted y coordine su atención. Puede pedir un directorio actual de proveedores y farmacias o ver una lista actualizada de los proveedores de la red en ca.healthnetadvantage.com. (Tenga en cuenta que, excepto por la atención de emergencia, la atención requerida de urgencia cuando usted se encuentre fuera de la red, los servicios de diálisis fuera del área y los casos en los que su plan autorice el uso de proveedores fuera de la red, si recibe atención médica de un proveedor que no esté en el plan, ni Medicare ni Health Net Ruby Select [HMO] pagarán los costos).

Este plan Health Net Ruby Select (HMO) también incluye la cobertura de la Parte D, que le facilita tener sus necesidades médicas y de medicamentos que requieren receta médica coordinadas en una única fuente conveniente.

Resumen de Beneficios

DEL 1 DE ENERO DE 2021 AL 31 DE DICIEMBRE DE 2021

| Beneficios | Health Net Ruby Select (HMO) H0562: 103 Primas Mensuales/Copagos/Coseguros |
|---|---|
| Prima Mensual del Plan | \$0 Debe continuar pagando la prima mensual de la Parte B de Medicare. |
| Deducibles | Sin deducible |
| Monto Máximo de Desembolso (no incluye medicamentos que requieren receta médica) | \$4,500 por año Esto es lo máximo que usted paga por copagos y coseguros para servicios médicos cubiertos por todo el año. |
| Cobertura Hospitalaria para Pacientes Internados* ■ | Por cada internación, usted paga: <ul style="list-style-type: none"> ● Copago de \$325 por día para los días 1 a 5 ● Copago de \$0 por día desde el día 6 en adelante |
| Cobertura Hospitalaria para Pacientes Ambulatorios* ■ | <ul style="list-style-type: none"> ● Servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios: copago de \$200 por visita ● Servicios de observación: copago de \$200 durante una visita a un centro hospitalario para pacientes ambulatorios ● Servicios de observación: copago de \$90 durante una visita a la sala de emergencia |
| Visitas con el Médico (Proveedores de Atención Primaria y Especialistas)* ■ | <ul style="list-style-type: none"> ● Atención primaria: copago de \$0 por visita ● Servicios de un especialista: copago de \$20 por visita |
| Atención Preventiva* ■ (p. ej., vacuna antigripal, prueba de detección de diabetes) | Copago de \$0 para la mayoría de los servicios preventivos cubiertos por Medicare Otros servicios preventivos están disponibles. |
| Atención de Emergencia | Copago de \$90 por visita Usted no tiene que pagar el copago si lo internan en el hospital de inmediato. |
| Servicios Requeridos de Urgencia | Copago de \$20 por visita El copago no se anula si lo internan en el hospital. |

Los servicios marcados con un * (asterisco) pueden requerir una autorización previa de su médico.

Los servicios marcados con un ■ (cuadrado) pueden requerir una remisión de su médico.

| Beneficios | Health Net Ruby Select (HMO) H0562: 103 Primas Mensuales/Copagos/Coseguros |
|--|---|
| Servicios de Diagnóstico/ Análisis de Laboratorio/ Estudios por Imágenes* ▣ (incluye procedimientos y pruebas de diagnóstico, análisis de laboratorios, radiología de diagnóstico y rayos X) | Copago de \$0 para las pruebas de COVID-19 y los servicios especificados relacionados con la prueba en cualquier centro. <ul style="list-style-type: none"> • Servicios de laboratorio: copago de \$0 • Procedimientos y pruebas de diagnóstico: copago de \$0 • Servicios de rayos X para pacientes ambulatorios: copago de \$0 • Servicios de radiología de diagnóstico, como 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): copago de \$60 |
| Servicios de Audición* ▣ | <ul style="list-style-type: none"> • Examen auditivo (cubierto por Medicare): copago de \$20 • Examen auditivo de rutina: copago de \$20 (1 por año calendario) • Audífonos: copago de \$0 a \$1,580 (por un total de 2 audífonos, 1 por oído, por año calendario) |
| Servicios Dentales* ▣ | Servicios dentales (cubiertos por Medicare): copago de \$0 por visita Se encuentran disponibles beneficios dentales preventivos e integrales adicionales por una prima mensual extra. Consulte la sección Beneficios Suplementarios Opcionales. |
| Servicios de la Vista* ▣ | <ul style="list-style-type: none"> • Examen de la vista (cubierto por Medicare): copago de \$0 a \$20 por visita • Examen de la vista de rutina: copago de \$20 por visita (hasta 1 por año calendario) • Lentes y accesorios de rutina: asignación de hasta \$100 por año calendario |
| Servicios de Salud Mental* | Terapia individual y grupal: copago de \$15 por visita |
| Servicios en un Centro de Enfermería Especializada* | Días 1 a 100: copago de \$0 por internación, por período de beneficios. |
| Fisioterapia* ▣ | Copago de \$0 por visita |
| Ambulancia | <ul style="list-style-type: none"> • Servicios de ambulancia terrestre: copago de \$300 (por viaje de ida o de vuelta) • Servicios de ambulancia aérea: coseguro del 5% (por viaje de ida o de vuelta) |
| Centro de Cirugía Ambulatoria* ▣ | Centro de cirugía ambulatoria: copago de \$100 por visita |
| Transporte | Sin cobertura |
| Medicamentos de la Parte B de Medicare* | <ul style="list-style-type: none"> • Medicamentos para quimioterapia: coseguro del 20% • Otros medicamentos de la Parte B: coseguro del 20% |

Los servicios marcados con un * (asterisco) pueden requerir una autorización previa de su médico.

Los servicios marcados con un ▣ (cuadrado) pueden requerir una remisión de su médico.

Medicamentos que Requieren Receta Médica de la Parte D

| | | | |
|--|---|---|---|
| Etapas del Deducible | Este plan no tiene un deducible de la Parte D. | | |
| Etapas de Cobertura Inicial (después de que paga el deducible de la Parte D, si corresponde) | Después de que usted haya alcanzado el deducible (si corresponde), el plan paga la parte que le corresponde del costo de sus medicamentos y usted paga su parte del costo. Por lo general, permanece en esta etapa hasta que el monto de los “costos totales de los medicamentos” del año hasta la fecha alcance los \$4,130. Los “costos totales de medicamentos” son el monto total de todos los pagos realizados para sus medicamentos cubiertos de la Parte D. Esto incluye lo que el plan paga y lo que usted paga. Una vez que los “costos totales de los medicamentos” alcancen los \$4,130, usted pasa a la siguiente etapa de pago (Etapa de brecha de cobertura). | | |
| | Farmacia Minorista Preferida Suministro para 30 días | Farmacia Minorista Estándar Suministro para 30 días | Farmacia de Compra por Correo Suministro para 90 días |
| Nivel 1: Medicamentos Genéricos Preferidos | Copago de \$0 | Copago de \$13 | Copago de \$0 |
| Nivel 2: Medicamentos Genéricos | Copago de \$3 | Copago de \$20 | Copago de \$6 |
| Nivel 3: Medicamentos de Marca Preferidos | Copago de \$42 | Copago de \$47 | Copago de \$116 |
| Nivel 4: Medicamentos No Preferidos | Copago de \$95 | Copago de \$100 | Copago de \$275 |
| Nivel 5: Medicamentos Especializados | Coseguro del 33% | Coseguro del 33% | No disponible |
| Nivel 6: Medicamentos de Atención Específica | Copago de \$0 | Copago de \$0 | Copago de \$0 |
| Etapas de Brecha de Cobertura | <p>Durante esta etapa de pago, usted recibe un descuento del fabricante del 70% en medicamentos de marca cubiertos y el plan cubrirá otro 5%, por lo que usted pagará el 25% del precio negociado y una parte de la tarifa de despacho en medicamentos de marca. Además, el plan pagará el 75% y usted pagará el 25% por los medicamentos genéricos. (El monto que paga el plan no se tiene en cuenta para los costos de desembolso).</p> <p>Por lo general, permanece en esta etapa hasta que el monto de los “costos de desembolso” del año hasta la fecha alcance los \$6,550. Los “costos de desembolso” incluyen lo que usted paga al surtir o volver a surtir una receta médica para un medicamento cubierto de la Parte D y los pagos de sus medicamentos hechos por cualquiera de los siguientes programas u organizaciones: “Ayuda Adicional” de Medicare, Programa de Descuento de la Brecha de Cobertura de Medicare, Servicio de Salud Indígena, programas de asistencia de medicamentos para el SIDA, la mayoría de las organizaciones benéficas y la mayoría de los</p> | | |

Medicamentos que Requieren Receta Médica de la Parte D

| | |
|--|--|
| | <p>Programas de Asistencia Farmacéutica Estatal (por sus siglas en inglés, SPAP). Una vez que los “costos de desembolso” alcancen los \$6,550, usted pasa a la siguiente etapa de pago (Etapa de cobertura catastrófica).</p> |
| Etapa de Cobertura Catastrófica | <p>Durante esta etapa de pago, el plan pagará la mayor parte del costo de sus medicamentos cubiertos. Por cada medicamento que requiere receta médica, usted paga el monto que sea mayor de los siguientes: un pago igual a un coseguro del 5% del medicamento o un copago (de \$3.70 por un medicamento genérico o un medicamento considerado genérico, o de \$9.20 por todos los demás medicamentos).</p> |
| Información Importante: | <p>El costo compartido puede variar según el nivel de ayuda que reciba, la farmacia que elija (como una farmacia de venta minorista estándar o preferida, de compra por correo, de atención a largo plazo o de infusión en el hogar) y el momento en el que ingrese en una de las cuatro etapas del beneficio de la Parte D. Para obtener más información sobre los costos del suministro a largo plazo, la infusión en el hogar o el costo compartido adicional específico por farmacia y las etapas del beneficio, llámenos o consulte nuestra EOC en línea.</p> |

| Beneficios Adicionales Cubiertos | |
|---|---|
| Beneficios | Health Net Ruby Select (HMO) H0562: 103 Primas Mensuales/Copagos/Coseguros |
| Servicios de Telesalud Adicionales* ▣ | El costo compartido de los servicios adicionales de telesalud cubiertos por Medicare con médicos de atención primaria, especialistas, las sesiones individuales o grupales con proveedores de salud mental o psiquiatras y otros profesionales de atención de salud de estas especialidades será igual al costo compartido que se paga por cada uno de estos servicios cuando se los recibe en el consultorio. |
| Servicios del Programa de Tratamiento de Opioides* | <ul style="list-style-type: none"> ● Individual: copago de \$15 por visita ● Grupal: copago de \$15 por visita |
| Artículos de Venta Libre (por sus siglas en inglés, OTC) | <p>Copago de \$0 (asignación de \$40 por trimestre) para artículos disponibles por pedido por correo.</p> <p>Se aplica un límite de 9 productos por artículo, por pedido, con la excepción de determinados productos que tienen más límites. Puede hacer un pedido por trimestre, y el dinero no utilizado no se traslada al trimestre siguiente.</p> <p>Consulte el sitio web del plan para acceder a la lista de productos de venta libre cubiertos.</p> |
| Atención Quiropráctica* ▣ | <ul style="list-style-type: none"> ● Servicios quiroprácticos (cubiertos por Medicare): copago de \$0 por visita ● Servicios quiroprácticos de rutina: copago de \$0 por visita (24 visitas por año calendario combinadas con servicios de acupuntura de rutina) |
| Acupuntura* ▣ | <ul style="list-style-type: none"> ● Servicios de acupuntura para dolor crónico en la parte baja de la espalda (cubiertos por Medicare): copago de \$0 por visita en un centro quiropráctico ● Servicios de acupuntura para dolor crónico en la parte baja de la espalda (cubiertos por Medicare): copago de \$0 por visita en el consultorio de un proveedor de atención primaria ● Servicios de acupuntura para dolor crónico en la parte baja de la espalda (cubiertos por Medicare): copago de \$20 por visita en el consultorio de un especialista ● Servicios de acupuntura de rutina: copago de \$0 por visita (24 visitas por año calendario combinadas con servicios quiroprácticos de rutina) |

Los servicios marcados con un * (asterisco) pueden requerir una autorización previa de su médico.

Los servicios marcados con un ▣ (cuadrado) pueden requerir una remisión de su médico.

| Beneficios Adicionales Cubiertos | |
|---|---|
| Beneficios | Health Net Ruby Select (HMO) H0562: 103 Primas Mensuales/Copagos/Coseguros |
| Equipos/Suministros Médicos* | <ul style="list-style-type: none"> • Equipo médico duradero (p. ej., sillas de ruedas, oxígeno): coseguro del 20% • Dispositivos protésicos (p. ej., aparatos ortopédicos, extremidades artificiales): coseguro del 20% • Suministros para la diabetes: coseguro del 0% al 20%. El costo mínimo es para los suministros preferidos para la diabetes y el costo máximo para los suministros no preferidos después de una autorización previa. |
| 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 • Cuidado de los pies de rutina: copago de \$20 por visita (6 visitas por año calendario) |
| Visita Virtual | El plan Teladoc™ ofrece acceso a visitas virtuales las 24 horas, los 7 días de la semana, los 365 días del año realizadas por médicos con certificación de la Junta que le permiten abordar una amplia variedad de inquietudes/preguntas de salud. |
| Programas de Bienestar | <ul style="list-style-type: none"> • Programa de acondicionamiento físico: copago de \$0 • Línea Nurse Connect atendida las 24 horas: copago de \$0 • Programa complementario para dejar de fumar y de consumir tabaco (orientación para dejar de fumar o de consumir tabaco): copago de \$0 <p>Para obtener una lista detallada de los beneficios de los programas de bienestar ofrecidos, consulte la EOC.</p> |
| Atención Internacional de Emergencia | Límite de cobertura del plan de \$50,000 para servicios de urgencia/emergencia fuera de los EE. UU. y sus territorios por año calendario. |
| Examen Anual de Rutina | Copago de \$0 |

Los servicios marcados con un * (asterisco) pueden requerir una autorización previa de su médico.

Los servicios marcados con un [■] (cuadrado) pueden requerir una remisión de su médico.

Beneficios Suplementarios Opcionales

(debe pagar una prima adicional por mes para obtener estos beneficios)

Health Net Enhanced Dental

Prima Mensual

Esta prima mensual extra es adicional a su prima mensual del plan y la prima mensual de la Parte B de Medicare.

\$9 por mes

Beneficios de Atención Dental

Atención Dental Preventiva/Integral

Usted debe elegir un dentista de nuestra lista de proveedores de la red para usar los beneficios del plan Dental de HMO. Se aplican límites adicionales a los servicios.

Lo que usted paga en un proveedor dentro de la red**Servicios preventivos****Exámenes bucales: 2 por año**

Usted paga un copago de \$0.

Limpiezas (profilaxis): 2 por año

Usted paga un copago de \$0.

Tratamiento con flúor: 1 por año

Usted paga un copago de \$0.

Rayos X dentales: 1 juego de rayos X preventivos

Usted paga un copago de \$0.

Servicios integrales**Servicios que no son de rutina**

Usted paga un copago de \$0.

Servicios de diagnóstico

Usted paga un copago de \$0 a \$15.

Servicios de restauración

Usted paga un copago de \$0 a \$300.

Servicios de endodoncia

Usted paga un copago de \$5 a \$275.

Periodoncia: limitado a 1 por año calendario

Usted paga un copago de \$0 a \$375.

Extracciones

Usted paga un copago de \$15 a \$150.

Prostodoncia (dentaduras postizas, cirugía maxilofacial/bucal y otros servicios)

Usted paga un copago de \$0 a \$2,250.

Beneficios Suplementarios Opcionales

(debe pagar una prima adicional por mes para obtener estos beneficios)

Health Net Enhanced Dental FLEX

| | |
|---|--------------|
| Prima Mensual Esta prima mensual extra es adicional a su prima mensual del plan y la prima mensual de la Parte B de Medicare. | \$25 por mes |
|---|--------------|

Beneficios de Atención Dental

Atención Dental Preventiva/Integral

Puede consultar a cualquier dentista con licencia para recibir servicios preventivos o integrales cubiertos con periodoncia de restauración menor y no quirúrgica. Sin embargo, es posible que deba pagar un poco más para consultar a los proveedores que están fuera de la red.

| | Dentro de la red | Fuera de la red |
|---|--|------------------------------|
| Máximo de beneficio anual | \$1000 dentro y fuera de la red combinados. Se aplica a los servicios preventivos e integrales. | |
| Servicios preventivos | | |
| Exámenes bucales: 2 por año | Usted paga un copago de \$0. | Usted paga un copago de \$0. |
| Limpiezas (profilaxis): 2 por año | Usted paga un copago de \$0. | Usted paga un copago de \$0. |
| Tratamiento con flúor: 1 por año | Usted paga un copago de \$0. | Usted paga un copago de \$0. |
| Rayos X dentales: 1 juego de rayos X preventivos | Usted paga un copago de \$0. | Usted paga un copago de \$0. |
| Servicios integrales | | |
| Servicios que no son de rutina | Usted paga un copago de \$0. | Usted paga un copago de \$0. |
| Servicios de diagnóstico | Usted paga un copago de \$0. | Usted paga un copago de \$0. |
| Servicios de restauración | Usted paga el 20%. | Usted paga el 20%. |
| Servicios de endodoncia | Usted paga el 50%. | Usted paga el 50%. |
| Periodoncia | Usted paga el 50%. | Usted paga el 50%. |
| Extracciones | Usted paga el 50%. | Usted paga el 50%. |
| Prostodoncia (dentaduras postizas, cirugía maxilofacial/bucal y otros servicios) | Usted paga el 50%. | Usted paga el 50%. |

PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD:

Cuando usted se afilia, Health Net usa y divulga la información médica protegida y la información financiera personal que no es pública* de un afiliado a los fines del tratamiento, del pago, de las operaciones de atención de salud y en los casos permitidos o exigidos por la ley. Health Net les envía a sus afiliados un Aviso de Prácticas de Privacidad en el que se describe cómo se usa y divulga la información médica protegida; los derechos que tiene la persona para acceder a esa información y solicitar correcciones y restricciones, además de un informe de la divulgación de información médica protegida; y los procedimientos que se deben seguir para presentar quejas. Health Net le dará la posibilidad de aceptar o rechazar la divulgación de su información por cuestiones que no sean de rutina, por ejemplo, para marketing. Health Net les permite a los afiliados acceder a su información médica protegida para revisarla u obtener una copia de esa información que está en grupos de registros específicos que tiene Health Net. Health Net protege la información que se obtenga de modo verbal, escrito y electrónico en la organización usando mecanismos de seguridad adecuados y prudentes. En estos mecanismos se incluye la limitación del acceso a la información médica protegida de una persona solo a aquellos que deban conocerla por cuestiones de pagos, tratamientos, operaciones de atención de salud o en los casos permitidos o exigidos por la ley. Puede consultar el Aviso completo de Prácticas de Privacidad de Health Net en “Privacidad” en ca.healthnetadvantage.com, o bien puede obtener una copia llamando al Centro de Comunicación con el Cliente al número de teléfono que figura en la parte posterior de este documento.

** La información financiera personal que no es pública incluye la información financiera de identificación personal que nos dio para recibir la cobertura del plan de salud o que obtuvimos al darle los beneficios. Por ejemplo, incluye números del Seguro Social, saldos de cuenta e historial de pagos. No divulgamos a ninguna otra persona su información personal que no sea pública, excepto en los casos permitidos por la ley.*

Para obtener más información, comuníquese a la siguiente dirección:

Health Net Ruby Select (HMO)
PO Box 10420
Van Nuys, CA 91410

ca.healthnetadvantage.com

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 de octubre hasta el 31 de marzo, puede llamarnos los 7 días de la semana, de 08:00 a. m. a 08:00 p. m. Desde el 1 de abril hasta el 30 de septiembre, puede llamarnos de lunes a viernes, de 08:00 a. m. a 08:00 p. m. Se utiliza un sistema de mensajes después del horario de atención, durante los fines de semana y los días feriados nacionales.

Si desea obtener más información sobre la cobertura y los costos de Medicare Original, consulte el manual vigente "Medicare y Usted". Consúltelo en línea en www.medicare.gov u obtenga una copia llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), durante 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. Llame al 1-800-275-4737 (TTY: 711) para obtener más información.

El "coseguro" es el porcentaje que usted paga del costo total de ciertos servicios médicos y medicamentos que requieren receta médica.

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.

ATENCIÓN: si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1-800-275-4737 (TTY: 711).

Health Net tiene un contrato con Medicare para los planes de HMO. La inscripción en Health Net depende de la renovación del contrato.