

**Health Net Cal MediConnect Plan (Medicare-Medicaid Plan)**  
ofrecido por **Health Net Community Solutions, Inc.**

## **Aviso Anual de Cambios para 2019**

### **Introducción**

Actualmente usted está inscrito como afiliado a Health Net Cal MediConnect. El año próximo, habrá algunos cambios en los beneficios, la cobertura, las reglas y los costos del plan. Este *Aviso Anual de Cambios* le informa acerca de los cambios y dónde buscar más información sobre ellos. Los términos clave y sus definiciones aparecen en orden alfabético en el último capítulo del *Manual del Afiliado*.



**Si tiene preguntas**, llame a Health Net Cal MediConnect al 1-855-464-3572 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. Después del horario de atención, los fines de semana y los días feriados, puede dejar un mensaje. Le devolveremos la llamada el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [www.healthnet.com/calmediconnect](http://www.healthnet.com/calmediconnect).

## Índice

A. Descargos de Responsabilidad.....	3
B. Revise Su Cobertura de Medicare y Medi-Cal para el Año Próximo.....	3
B1. Recursos Adicionales.....	4
B2. Información sobre Health Net Cal MediConnect.....	5
B3. Cosas importantes que debe hacer: .....	5
C. Cambios en los proveedores y las farmacias de la red.....	7
D. Cambios en los beneficios y los costos para el año próximo .....	8
D1. Cambios en los beneficios y los costos de los servicios médicos .....	8
D2. Cambios en la cobertura de medicamentos que requieren receta médica.....	9
D3. Etapa 1: “Etapa de Cobertura Inicial”.....	10
D4. Etapa 2: “Etapa de Cobertura Catastrófica” .....	12
E. Cambios administrativos .....	12
F. Cómo elegir un plan.....	13
F1. Cómo permanecer en nuestro plan.....	13
F2. Cómo cambiar de plan .....	13
G. Cómo obtener ayuda.....	16
G1. Cómo obtener ayuda de Health Net Cal MediConnect.....	17
G2. Cómo obtener ayuda del agente de seguro médico de inscripción estatal .....	17
G3. Cómo obtener ayuda del Programa de Defensoría del Pueblo de Cal MediConnect .....	18
G4. Cómo obtener ayuda del Programa de Orientación y Defensa de los Seguros de Salud .....	18
G5. Cómo obtener ayuda de Medicare .....	18
G6. Cómo obtener ayuda del Departamento de Atención Médica Administrada de California .....	19



**Si tiene preguntas**, llame a Health Net Cal MediConnect al 1-855-464-3572 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. Después del horario de atención, los fines de semana y los días feriados, puede dejar un mensaje. Le devolveremos la llamada el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [www.healthnet.com/calmediconnect](http://www.healthnet.com/calmediconnect).

## A. Descargos de Responsabilidad

Pueden aplicarse limitaciones, copagos y restricciones. Para obtener más información, llame al Departamento de Servicios al Afiliado de Health Net Cal MediConnect o consulte el *Manual del Afiliado* de Health Net Cal MediConnect.

La Lista de Medicamentos Cubiertos y/o las redes de farmacias y proveedores pueden cambiar durante todo el año. Le enviaremos un aviso antes de realizar un cambio que le afecte.

Los beneficios y/o los copagos pueden cambiar a partir del 1 de enero de cada año.

Los copagos por medicamentos que requieren receta médica pueden variar según el nivel de Ayuda Adicional que reciba. Comuníquese con el plan para obtener más detalles.

---

## B. Revise Su Cobertura de Medicare y Medi-Cal para el Año Próximo

Es importante que revise su cobertura ahora para asegurarse de que ésta continuará satisfaciendo sus necesidades el año próximo. Si no satisface sus necesidades, quizás usted pueda abandonar el plan. Para obtener más información, consulte la sección F2.

Si decide abandonar Health Net Cal MediConnect, su membresía finalizará el último día del mes en el que se realizó su solicitud.

Si usted abandona nuestro plan, seguirá estando en los programas de Medicare y Medi-Cal siempre que sea elegible.

- Tendrá una opción en cuanto a cómo obtener sus beneficios de Medicare (vaya a la página 14 para conocer sus opciones).
- Continuará estando inscrito en *Health Net Community Solutions, Inc.* para recibir sus beneficios de Medi-Cal, a menos que elija un plan diferente sólo de Medi-Cal (vaya a la página 16 para obtener más información).

**NOTA:** Con vigencia a partir del 1 de enero de 2019, si se encuentra en un programa de administración de medicamentos, quizás no pueda cambiar de plan. Consulte el Capítulo 5 de su *Manual del Afiliado* para obtener información sobre los programas de administración de medicamentos.



**Si tiene preguntas**, llame a Health Net Cal MediConnect al 1-855-464-3572 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. Después del horario de atención, los fines de semana y los días feriados, puede dejar un mensaje. Le devolveremos la llamada el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [www.healthnet.com/calmediconnect](http://www.healthnet.com/calmediconnect).

## B1. Recursos Adicionales

- **ATTENTION:** If you speak English, language assistance services, free of charge, are available to you. Call 1-855-464-3572 (TTY: 711) from 8 a.m. to 8 p.m., Monday through Friday. After hours, on weekends and on holidays, you can leave a message. Your call will be returned the next business day. The call is free
- **ATENCIÓN:** Si usted habla español, hay servicios de asistencia de idiomas disponibles para usted sin cargo. Llame al 1-855-464-3572 (TTY: 711) de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., de lunes a viernes. Después del horario de atención, los fines de semana y los días feriados puede dejar un mensaje. Le devolveremos la llamada el siguiente día hábil. La llamada es gratuita.
- **PAALALA:** Kung nagsasalita ka ng Tagalog, available sa inyo ang mga serbisyo ng tulog sa wika, nang walang singil. Tumawag sa 1-855-464-3572 (TTY: 711) mula 8 a.m. hanggang 8 p.m., Lunes hanggang Biyernes. Paglipas ng mga oras ng negosyo, tuwing Sabado at Linggo at sa pista
- **XIN LU'U Ý:** Nếu quý vị nói tiếng Việt, chúng tôi sẵn có dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho quý vị. Hãy gọi 1-855-464-3572 (TTY: 711) từ 8 giờ sáng đến 8 giờ tối, từ thứ Hai đến hết thứ Sáu. Sau giờ làm việc, vào các ngày cuối tuần và ngày lễ, quý vị có thể để lại tin nhắn. Cuộc gọi của quý vị sẽ được hồi đáp vào ngày làm việc hôm sau. Cuộc gọi này miễn phí.
- **تنبيه:** إذا كنت تتحدث العربية، تتوفر لك خدمات المساعدة اللغوية مجانًا. يُرجى الاتصال بالرقم 1-855-464-3572 (TTY: 711)، من الساعة 8:00 صباحًا حتى 8:00 مساءً، من يوم الاثنين إلى الجمعة، وللاتصال في غير أوقات الدوام الرسمي، أيام الأجازات والعطلات، يمكنك ترك رسالة سنرد على مكالمتك في يوم العمل التالي. هذه المكالمة مجانية.



**Si tiene preguntas,** llame a Health Net Cal MediConnect al 1-855-464-3572 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. Después del horario de atención, los fines de semana y los días feriados, puede dejar un mensaje. Le devolveremos la llamada el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite [www.healthnet.com/calmediconnect](http://www.healthnet.com/calmediconnect).

- Puede obtener este Aviso Anual de Cambios en forma gratuita en otros formatos, como letra grande, Braille o audio. Llame al 1-855-464-3572 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. Después del horario de atención, los fines de semana y los días feriados, puede dejar un mensaje. Le devolveremos la llamada el siguiente día hábil. La llamada es gratuita.
- Si desea que Health Net Cal MediConnect le envíe materiales para el afiliado en forma continua en otros formatos, como Braille o letra grande, o en otro idioma que no sea inglés, comuníquese con el Departamento de Servicios al Afiliado. Informe al Departamento de Servicios al Afiliado que desea presentar una solicitud permanente para obtener sus materiales en otro formato o idioma.

## **B2. Información sobre Health Net Cal MediConnect**

- Health Net Community Solutions, Inc. es un plan de salud que tiene un contrato con Medicare y Medi-Cal para brindar los beneficios de ambos programas a las personas inscritas.
- La cobertura conforme a Health Net Cal MediConnect califica como cobertura esencial mínima (por sus siglas en inglés, MEC). Satisface el requisito de responsabilidad compartida individual de la Ley de Cuidado de Salud Asequible y Protección al Paciente (por sus siglas en inglés, PPACA). Visite el sitio Web del Servicio de Rentas Internas (por sus siglas en inglés, IRS) en <https://www.irs.gov/affordable-care-act/individuals-and-families> para obtener más información sobre el requisito de responsabilidad compartida individual para la MEC.
- Health Net Cal MediConnect es ofrecido por *Health Net Community Solutions, Inc.* Cuando este *Aviso Anual de Cambios* dice “nosotros”, “nos” o “nuestro/a” se refiere a *Health Net Community Solutions, Inc.* Cuando dice “el plan” o “nuestro plan” se refiere a Health Net Cal MediConnect.

## **B3. Cosas importantes que debe hacer:**

- **Verifique si hay algún cambio en nuestros beneficios y costos que pueda afectarle.**
  - ¿Hay algún cambio que afecte los servicios que usa?
  - Es importante que revise los cambios en los beneficios y los costos para asegurarse de que éstos le resultarán adecuados el año próximo.



**Si tiene preguntas**, llame a Health Net Cal MediConnect al 1-855-464-3572 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. Después del horario de atención, los fines de semana y los días feriados, puede dejar un mensaje. Le devolveremos la llamada el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [www.healthnet.com/calmediconnect](http://www.healthnet.com/calmediconnect).

- Consulte las secciones D y E para obtener información sobre los cambios en los beneficios y los costos de nuestro plan.
- **Verifique si hay algún cambio en nuestra cobertura de medicamentos que requieren receta médica que pueda afectarle.**
  - Los costos de sus medicamentos pueden haber aumentado desde el año pasado. Hable con su médico sobre alternativas de más bajo costo que puedan estar disponibles para usted; esto puede hacerle ahorrar en costos de desembolso anuales durante todo el año. Para obtener información adicional sobre los precios de los medicamentos, visite <https://go.medicare.gov/drugprices>. Estos cuadros destacan qué fabricantes han ido aumentando sus precios y también muestran otro tipo de información sobre los precios de los medicamentos de un año a otro. Tenga en cuenta que los beneficios de su plan determinarán exactamente cuánto pueden cambiar sus propios costos de medicamentos.
  - ¿Sus medicamentos estarán cubiertos? ¿Se encuentran en un nivel de costos compartidos diferente? ¿Puede seguir usando las mismas farmacias?
  - Es importante que revise los cambios para asegurarse de que nuestra cobertura de medicamentos le resultará adecuada el año próximo.
  - Consulte la sección D para obtener información sobre los cambios en nuestra cobertura de medicamentos.
- **Verifique si sus proveedores y farmacias estarán en nuestra red el año próximo.**
  - ¿Sus médicos se encuentran en nuestra red? ¿Y su farmacia? ¿Y los hospitales u otros proveedores que usa?
  - Consulte la sección C para obtener información sobre nuestro *Directorio de Proveedores y Farmacias*.
- **Piense en sus costos generales en el plan.**
  - ¿Qué cantidad pagará como gasto de desembolso por los servicios y medicamentos que requieren receta médica que usa regularmente?
  - ¿Cómo se comparan los costos totales con otras opciones de cobertura?
- **Piense si está satisfecho con nuestro plan.**



**Si tiene preguntas**, llame a Health Net Cal MediConnect al 1-855-464-3572 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. Después del horario de atención, los fines de semana y los días feriados, puede dejar un mensaje. Le devolveremos la llamada el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [www.healthnet.com/calmediconnect](http://www.healthnet.com/calmediconnect).

**Si decide permanecer en  
Health Net Cal MediConnect:**

Si desea permanecer con nosotros el año próximo, es fácil —no es necesario que haga nada—. Si no realiza ningún cambio, quedará inscrito automáticamente en nuestro plan.

**Si decide cambiar de plan:**

Si decide que otra cobertura satisfará mejor sus necesidades, quizás pueda cambiar de plan (consulte la sección F2 para obtener más información). Si se inscribe en un nuevo plan, su nueva cobertura comenzará el primer día del mes siguiente. Consulte la sección F2, página 14, para obtener más información sobre sus opciones.

---

## C. Cambios en los proveedores y las farmacias de la red

Nuestras redes de proveedores y farmacias han cambiado para 2019.

Le recomendamos encarecidamente que **revise nuestro Directorio de Proveedores y Farmacias actual** para ver si sus proveedores o su farmacia siguen estando en nuestra red. Encontrará un *Directorio de Proveedores y Farmacias* actualizado en nuestro sitio Web en [www.healthnet.com/calmediconnect](http://www.healthnet.com/calmediconnect). También puede llamar al Departamento de Servicios al Afiliado al 1-855-464-3572 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., para obtener información actualizada sobre los proveedores o para solicitarnos que le enviemos un *Directorio de Proveedores y Farmacias* por correo postal.

Es importante que sepa que también es posible que realicemos cambios en nuestra red durante el año. Si su proveedor efectivamente abandona el plan, usted tiene ciertos derechos y protecciones. Para obtener más información, consulte el Capítulo 3 de su *Manual del Afiliado*.



**Si tiene preguntas**, llame a Health Net Cal MediConnect al 1-855-464-3572 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. Después del horario de atención, los fines de semana y los días feriados, puede dejar un mensaje. Le devolveremos la llamada el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [www.healthnet.com/calmediconnect](http://www.healthnet.com/calmediconnect).

## D. Cambios en los beneficios y los costos para el año próximo

### D1. Cambios en los beneficios y los costos de los servicios médicos

Realizaremos cambios en nuestra cobertura de determinados servicios médicos y lo que usted paga por estos servicios médicos cubiertos para el año próximo. La tabla a continuación describe estos cambios.

	2018 (este año)	2019 (el año próximo)
<b>Orientación para dejar de fumar o de consumir tabaco</b>	Las Sesiones Adicionales de Orientación para Dejar de Fumar y de Consumir Tabaco están cubiertas.	Las Sesiones Adicionales de Orientación para Dejar de Fumar y de Consumir Tabaco <b>no</b> están cubiertas.

### D2. Cambios en la cobertura de medicamentos que requieren receta médica

#### Cambios en nuestra Lista de Medicamentos

Encontrará una *Lista de Medicamentos Cubiertos* actualizada en nuestro sitio Web en [www.healthnet.com/calmediconnect](http://www.healthnet.com/calmediconnect). También puede llamar al Departamento de Servicios al Afiliado al 1-855-464-3572 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., para obtener información actualizada sobre los medicamentos o para solicitarnos que le enviemos una *Lista de Medicamentos Cubiertos* por correo postal.

Realizamos cambios en nuestra Lista de Medicamentos, incluyendo cambios en los medicamentos que cubrimos y en las restricciones que se aplican a nuestra cobertura de determinados medicamentos.

Revise la Lista de Medicamentos para **asegurarse de que sus medicamentos estarán cubiertos el año próximo** y para saber si habrá alguna restricción.

Si se ve afectado por algún cambio en la cobertura de medicamentos, le recomendamos que haga lo siguiente:

- Trabaje con su médico (u otro profesional que receta) para buscar otro medicamento que cubramos.
  - Puede llamar al Departamento de Servicios al Afiliado al 1-855-464-3572 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., para solicitar una lista de los medicamentos cubiertos que tratan la misma afección.



**Si tiene preguntas**, llame a Health Net Cal MediConnect al 1-855-464-3572 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. Después del horario de atención, los fines de semana y los días feriados, puede dejar un mensaje. Le devolveremos la llamada el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [www.healthnet.com/calmediconnect](http://www.healthnet.com/calmediconnect).



- Esta lista puede ayudar a su proveedor a encontrar un medicamento cubierto que podría ser eficaz para usted.
- Solicite al plan que cubra un suministro temporal del medicamento.
  - En algunas situaciones, cubriremos un suministro **temporal** del medicamento durante los primeros 90 días del año calendario.
  - Este suministro temporal será por un máximo de 30 días del medicamento en una farmacia de venta minorista y un máximo de 31 días en una farmacia de atención a largo plazo. (Si desea obtener más información sobre cuándo puede obtener un suministro temporal y cómo solicitarlo, consulte el Capítulo 5 del *Manual del Afiliado*).
  - Cuando usted obtiene un suministro temporal de un medicamento, debe hablar con su médico para decidir qué hacer cuando se le acabe el suministro temporal. Puede cambiar de medicamento y usar otro cubierto por el plan, o bien, puede solicitar al plan que haga una excepción para usted y cubra su medicamento actual.
    - Si ha estado en el plan durante más de 90 días y reside en un centro de atención a largo plazo, cubriremos un suministro de 31 días por única vez, o menos si su receta está hecha para menos días. Esto es aparte del suministro de transición de atención a largo plazo.
    - Si se traslada de un centro de atención a largo plazo o de una hospitalización a su hogar, cubriremos un suministro de 30 días, o menos si su receta está hecha para menos días (en cuyo caso permitiremos que se surtan varias recetas hasta alcanzar el total de un suministro de 30 días del medicamento).
    - Si se traslada de su hogar o de una hospitalización a un centro de atención a largo plazo, cubriremos un suministro de 31 días, o menos si su receta está hecha para menos días (en cuyo caso permitiremos que se surtan varias recetas hasta alcanzar el total de un suministro de 31 días del medicamento). Debe surtir la receta en una farmacia de la red.

La mayoría de las excepciones a la Lista de Medicamentos seguirán estando cubiertas el año próximo.



**Si tiene preguntas**, llame a Health Net Cal MediConnect al 1-855-464-3572 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. Después del horario de atención, los fines de semana y los días feriados, puede dejar un mensaje. Le devolveremos la llamada el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [www.healthnet.com/calmediconnect](http://www.healthnet.com/calmediconnect).

### Cambios en los costos de los medicamentos que requieren receta médica

Hay dos etapas de pago para su cobertura de medicamentos que requieren receta médica de Medicare Parte D conforme a Health Net Cal MediConnect. La cantidad que usted paga depende de la etapa en la que se encuentre al momento de surtir o volver a surtir una receta. Éstas son las dos etapas:

<b>Etapa 1</b> <b>Etapa de Cobertura Inicial</b>	<b>Etapa 2</b> <b>Etapa de Cobertura Catastrófica</b>
<p>Durante esta etapa, el plan paga una parte de los costos de sus medicamentos y usted paga su parte. Su parte se denomina copago.</p> <p>Usted comienza esta etapa cuando surte su primera receta del año.</p>	<p>Durante esta etapa, el plan paga todos los costos de sus medicamentos hasta el 31 de diciembre de 2019.</p> <p>Usted comienza esta etapa cuando ha pagado una determinada cantidad de costos de desembolso.</p>

La Etapa de Cobertura Inicial finaliza cuando sus costos de desembolso totales por medicamentos que requieren receta médica alcanzan los \$5,100. En ese momento, comienza la Etapa de Cobertura Catastrófica. El plan cubre todos los costos de sus medicamentos desde entonces hasta el final del año. Consulte el Capítulo 6 de su *Manual del Afiliado* para obtener más información sobre cuánto pagará usted por los medicamentos que requieren receta médica.

#### D3. Etapa 1: “Etapa de Cobertura Inicial”

Durante la Etapa de Cobertura Inicial, el plan paga una parte del costo de sus medicamentos que requieren receta médica cubiertos y usted paga su parte. Su parte se denomina copago. El copago depende del nivel de costos compartidos en el que se encuentra el medicamento y dónde lo obtiene. Pagará un copago cada vez que surta una receta. Si su medicamento cubierto cuesta menos que el copago, usted pagará el precio más bajo.

**Pasamos algunos de los medicamentos de la Lista de Medicamentos a un nivel inferior o superior.** Si sus medicamentos pasan de un nivel a otro, su copago podría verse afectado. Para saber si sus medicamentos estarán en un nivel diferente, búselos en la Lista de Medicamentos.

La siguiente tabla indica sus costos de medicamentos en cada uno de nuestros 3 niveles de medicamentos. Estas cantidades se aplican **sólo** durante el período en que se encuentre en la Etapa de Cobertura Inicial.



**Si tiene preguntas,** llame a Health Net Cal MediConnect al 1-855-464-3572 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. Después del horario de atención, los fines de semana y los días feriados, puede dejar un mensaje. Le devolveremos la llamada el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite [www.healthnet.com/calmediconnect](http://www.healthnet.com/calmediconnect).

	2018 (este año)	2019 (el año próximo)
<p><b>Medicamentos del Nivel 1</b></p> <p>(Los medicamentos del Nivel 1 tienen un copago más bajo. Son medicamentos genéricos)</p> <p>Costo por un suministro de un mes de un medicamento del Nivel 1 surtido en una farmacia de la red</p>	<p>Su copago por un suministro de un mes (30 días) es de <b>\$0 a \$3.35 por receta.</b></p>	<p>Su copago por un suministro de un mes (30 días) es de <b>\$0 a \$3.40 por receta.</b></p>
<p><b>Medicamentos del Nivel 2</b></p> <p>(Los medicamentos del Nivel 2 tienen un copago más alto. Son medicamentos de marca)</p> <p>Costo por un suministro de un mes de un medicamento del Nivel 2 surtido en una farmacia de la red</p>	<p>Su copago por un suministro de un mes (30 días) es de <b>\$0 a \$8.35 por receta.</b></p>	<p>Su copago por un suministro de un mes (30 días) es de <b>\$0 a \$8.50 por receta.</b></p>
<p><b>Medicamentos del Nivel 3</b></p> <p>(Los medicamentos del Nivel 3 son medicamentos que requieren receta médica y de venta libre cubiertos por Medi-Cal)</p> <p>Costo por un suministro de un mes de un medicamento del Nivel 3 surtido en una farmacia de la red</p>	<p>Su copago por un suministro de un mes (30 días) es de <b>\$0 por receta.</b></p>	<p>Su copago por un suministro de un mes (30 días) es de <b>\$0 por receta.</b></p>

La Etapa de Cobertura Inicial finaliza cuando sus costos de desembolso totales alcanzan los \$5,100. En ese momento, comienza la Etapa de Cobertura Catastrófica. El plan cubre todos los costos de sus medicamentos desde entonces hasta el final del año. Consulte el Capítulo 6 de su *Manual del Afiliado* para obtener más información sobre cuánto pagará usted por los medicamentos que requieren receta médica.



**Si tiene preguntas**, llame a Health Net Cal MediConnect al 1-855-464-3572 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. Después del horario de atención, los fines de semana y los días feriados, puede dejar un mensaje. Le devolveremos la llamada el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [www.healthnet.com/calmediconnect](http://www.healthnet.com/calmediconnect).

#### D4. Etapa 2: “Etapa de Cobertura Catastrófica”

Cuando usted alcanza el límite de desembolso de \$5,100 para sus medicamentos que requieren receta médica, comienza la Etapa de Cobertura Catastrófica. Permanecerá en la Etapa de Cobertura Catastrófica hasta el final del año calendario.

### E. Cambios administrativos

Los cambios administrativos son cambios que no afectan su cobertura ni sus costos. Lea a continuación para obtener más información sobre estos cambios.

	2018 (este año)	2019 (el año próximo)
<b>Programa de Resurtido Automático de Compra por Correo</b>	No se ofrece.	Usted tiene la opción de inscribirse para obtener resurtidos automáticos de recetas de nuestras farmacias de compra por correo. La farmacia de compra por correo se comunicará con usted antes de enviar cada resurtido.
<b>Pruebas de detección, exámenes y otros servicios preventivos</b>  Examen de Detección de Glaucoma Capacitación para el Autocontrol de la Diabetes Enemas de Bario Exámenes de Tacto Rectal Electrocardiograma después de la Consulta de Bienvenida Otros Servicios Preventivos	No se requiere remisión ni autorización previa.	Se requiere remisión. Es posible que se requiera autorización previa (aprobación por adelantado). Comuníquese con el plan para obtener detalles.



**Si tiene preguntas**, llame a Health Net Cal MediConnect al 1-855-464-3572 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. Después del horario de atención, los fines de semana y los días feriados, puede dejar un mensaje. Le devolveremos la llamada el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [www.healthnet.com/calmediconnect](http://www.healthnet.com/calmediconnect).

## F. Cómo elegir un plan

### F1. Cómo permanecer en nuestro plan

Esperamos que continúe como afiliado el año próximo.

Usted no tiene que hacer nada para permanecer en su plan de salud. Si no se inscribe en un plan Cal MediConnect diferente ni se cambia a un Plan Medicare Advantage o a Medicare Original, permanecerá inscrito automáticamente como afiliado a nuestro plan para 2019.

### F2. Cómo cambiar de plan

Usted puede cancelar su membresía en cualquier momento durante el año si se inscribe en otro Plan Medicare Advantage o en otro plan Cal MediConnect, o bien, si pasa a Medicare Original.

**NOTA:** Con vigencia a partir del 1 de enero de 2019, si se encuentra en un programa de administración de medicamentos, quizás no pueda cambiar de plan. Consulte el Capítulo 5 de su *Manual del Afiliado* para obtener información sobre los programas de administración de medicamentos.

### Cómo obtendrá los servicios de Medicare

Tendrá tres opciones para obtener sus servicios de Medicare. Al elegir una de estas opciones, automáticamente finalizará su membresía en nuestro plan Cal MediConnect:



**Si tiene preguntas**, llame a Health Net Cal MediConnect al 1-855-464-3572 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. Después del horario de atención, los fines de semana y los días feriados, puede dejar un mensaje. Le devolveremos la llamada el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [www.healthnet.com/calmediconnect](http://www.healthnet.com/calmediconnect).

<p><b>1. Puede cambiarse a:</b></p> <p><b>Un plan de salud de Medicare, como por ejemplo un plan Medicare Advantage o, si cumple con los requisitos de elegibilidad, un Programa de Atención Todo Incluido para Personas de la Tercera Edad (PACE)</b></p>	<p><b>Para ello, debe hacer lo siguiente:</b></p> <p>Llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los siete días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048 para inscribirse en el nuevo plan de salud sólo de Medicare.</p> <p>Para averiguar sobre PACE, llame al 1-855-921-PACE (7223).</p> <p>Si necesita ayuda o más información:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Llame al Programa de Orientación y Defensa de los Seguros de Salud (HICAP) de California al 1-800-434-0222, de lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 5:00 p.m. Para obtener más información o para encontrar una oficina local del HICAP en su área, visite <a href="https://www.aging.ca.gov/HICAP/">https://www.aging.ca.gov/HICAP/</a>.</li></ul> <p>Se cancelará automáticamente su afiliación a Health Net Cal MediConnect cuando comience la cobertura de su nuevo plan.</p>
--	---



**Si tiene preguntas**, llame a Health Net Cal MediConnect al 1-855-464-3572 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. Después del horario de atención, los fines de semana y los días feriados, puede dejar un mensaje. Le devolveremos la llamada el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [www.healthnet.com/calmediconnect](http://www.healthnet.com/calmediconnect).

<p><b>2. Puede cambiarse a:</b></p> <p><b>Un plan Medicare Original con un plan de medicamentos que requieren receta médica de Medicare por separado</b></p>	<p><b>Para ello, debe hacer lo siguiente:</b></p> <p>Llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los siete días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.</p> <p>Si necesita ayuda o más información:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Llame al Programa de Orientación y Defensa de los Seguros de Salud (HICAP) de California al 1-800-434-0222, de lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 5:00 p.m. Para obtener más información o para encontrar una oficina local del HICAP en su área, visite <a href="https://www.aging.ca.gov/HICAP/">https://www.aging.ca.gov/HICAP/</a>.</li></ul> <p>Se cancelará automáticamente su afiliación a Health Net Cal MediConnect cuando comience la cobertura de su plan Medicare Original.</p>
--	---



**Si tiene preguntas**, llame a Health Net Cal MediConnect al 1-855-464-3572 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. Después del horario de atención, los fines de semana y los días feriados, puede dejar un mensaje. Le devolveremos la llamada el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [www.healthnet.com/calmediconnect](http://www.healthnet.com/calmediconnect).

<p><b>3. Puede cambiarse a:</b></p> <p><b>Un plan Medicare Original sin un plan de medicamentos que requieren receta médica de Medicare por separado</b></p> <p><b>NOTA:</b> Si se cambia a un plan Medicare Original y no se inscribe en un plan de medicamentos que requieren receta médica de Medicare por separado, es posible que Medicare le inscriba en un plan de medicamentos, a menos que usted le indique a Medicare que no desea inscribirse.</p> <p>Sólo debe cancelar su cobertura de medicamentos que requieren receta médica si obtiene cobertura de medicamentos de un empleador, sindicato u otra fuente. Si tiene preguntas sobre si necesita cobertura de medicamentos, llame al Programa de Orientación y Defensa de los Seguros de Salud (HICAP) de California al 1-800-434-0222, de lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 5:00 p.m. Para obtener más información o para encontrar una oficina local del HICAP en su área, visite <a href="http://www.aging.ca.gov/HICAP/">http://www.aging.ca.gov/HICAP/</a>.</p>	<p><b>Para ello, debe hacer lo siguiente:</b></p> <p>Llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los siete días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.</p> <p>Si necesita ayuda o más información:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Llame al Programa de Orientación y Defensa de los Seguros de Salud (HICAP) de California al 1-800-434-0222, de lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 5:00 p.m. Para obtener más información o para encontrar una oficina local del HICAP en su área, visite <a href="https://www.aging.ca.gov/HICAP/">https://www.aging.ca.gov/HICAP/</a>.</li></ul> <p>Se cancelará automáticamente su afiliación a Health Net Cal MediConnect cuando comience la cobertura de su plan Medicare Original.</p>
--	---

### Cómo obtendrá los servicios de Medi-Cal

Si abandona nuestro plan Cal MediConnect, continuará obteniendo sus servicios de Medi-Cal a través de *Health Net Community Solutions, Inc.* a menos que seleccione un plan diferente para dichos servicios. Sus servicios de Medi-Cal incluyen la mayoría de los servicios y recursos de apoyo a largo plazo, así como el cuidado de la salud del comportamiento.



**Si tiene preguntas**, llame a Health Net Cal MediConnect al 1-855-464-3572 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. Después del horario de atención, los fines de semana y los días feriados, puede dejar un mensaje. Le devolveremos la llamada el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [www.healthnet.com/calmediconnect](http://www.healthnet.com/calmediconnect).



Si desea elegir un plan diferente para sus servicios de Medi-Cal, debe informar a Health Care Options. Puede llamar a Health Care Options al 1-844-580-7272, de lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 5:00 p.m. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-430-7077.

---

## G. Cómo obtener ayuda

### G1. Cómo obtener ayuda de Health Net Cal MediConnect

¿Tiene preguntas? Estamos aquí para ayudar. Llame al Departamento de Servicios al Afiliado al 1-855-464-3572 (los usuarios de TTY únicamente deben llamar al 711). Estamos disponibles para recibir llamadas telefónicas de lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. Después del horario de atención, los fines de semana y los días feriados, puede dejar un mensaje. Le devolveremos la llamada dentro del siguiente día hábil. La llamada es gratuita.

#### Lea su *Manual del Afiliado de 2019*

El *Manual del Afiliado de 2019* es la descripción legal y detallada de los beneficios de su plan. Contiene detalles sobre los beneficios y los costos del año próximo. Explica sus derechos y las reglas que debe cumplir para obtener los servicios y medicamentos que requieren receta médica cubiertos.

El *Manual del Afiliado de 2019* estará disponible a más tardar el 15 de octubre. Siempre hay una copia actualizada disponible del *Manual del Afiliado de 2019* en nuestro sitio Web en [www.healthnet.com/calmediconnect](http://www.healthnet.com/calmediconnect). También puede llamar al Departamento de Servicios al Afiliado al 1-855-464-3572 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., para solicitarnos que le enviemos un *Manual del Afiliado de 2019* por correo postal.

#### Nuestro sitio Web

También puede visitar nuestro sitio Web en [www.healthnet.com/calmediconnect](http://www.healthnet.com/calmediconnect). Recuerde que nuestro sitio Web contiene la información más actualizada sobre nuestra red de proveedores y farmacias (*Directorio de Proveedores y Farmacias*) y nuestra Lista de Medicamentos (*Lista de Medicamentos Cubiertos*).

### G2. Cómo obtener ayuda del agente de seguro médico de inscripción estatal

El agente de seguro médico de inscripción estatal puede ayudarle con las preguntas que usted tenga sobre la inscripción. Puede llamar a Health Care Options al 1-844-580-7272, de lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 5:00 p.m. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-430-7077.



**Si tiene preguntas**, llame a Health Net Cal MediConnect al 1-855-464-3572 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. Después del horario de atención, los fines de semana y los días feriados, puede dejar un mensaje. Le devolveremos la llamada el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [www.healthnet.com/calmediconnect](http://www.healthnet.com/calmediconnect).

### **G3. Cómo obtener ayuda del Programa de Defensoría del Pueblo de Cal MediConnect**

El Programa de Defensoría del Pueblo de Cal MediConnect puede ayudarle si usted tiene algún problema con Health Net Cal MediConnect. Los servicios del programa de defensoría del pueblo son gratuitos. El Programa de Defensoría del Pueblo de Cal MediConnect:

- Actúa como defensor en nombre de usted. El personal puede responder preguntas si usted tiene un problema o una queja, y puede ayudarle a comprender lo que debe hacer.
- Garantiza que usted tenga información sobre sus derechos y protecciones, y cómo puede solicitar que se resuelvan sus inquietudes.
- No está relacionado con nosotros ni con ninguna compañía de seguros o plan de salud. El número de teléfono del Programa de Defensoría del Pueblo de Cal MediConnect es 1-855-501-3077.

### **G4. Cómo obtener ayuda del Programa de Orientación y Defensa de los Seguros de Salud**

También puede llamar al Programa Estatal de Asistencia del Seguro de Salud (por sus siglas en inglés, SHIP). En California, el SHIP se denomina Programa de Orientación y Defensa de los Seguros de Salud (por sus siglas en inglés, HICAP). Los orientadores del HICAP pueden ayudarle a comprender sus opciones de planes Cal MediConnect y pueden responder preguntas sobre cómo cambiar de plan. El HICAP no está relacionado con nosotros ni con ninguna compañía de seguros o plan de salud. El HICAP cuenta con orientadores capacitados en todos los condados y los servicios son gratuitos. El número de teléfono del HICAP es 1-800-434-0222. Para obtener más información o para encontrar una oficina local del HICAP en su área, visite <https://www.aging.ca.gov/HICAP/>.

### **G5. Cómo obtener ayuda de Medicare**

Para obtener información directamente de Medicare, puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

#### **Sitio Web de Medicare**

Puede visitar el sitio Web de Medicare (<https://www.medicare.gov/>). Si decide cancelar su afiliación al plan Cal MediConnect e inscribirse en un plan Medicare Advantage, el sitio Web de Medicare contiene información sobre los costos, la cobertura y las calificaciones de la calidad para ayudarle a comparar los planes Medicare Advantage. Puede encontrar información sobre



**Si tiene preguntas**, llame a Health Net Cal MediConnect al 1-855-464-3572 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. Después del horario de atención, los fines de semana y los días feriados, puede dejar un mensaje. Le devolveremos la llamada el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [www.healthnet.com/calmediconnect](http://www.healthnet.com/calmediconnect).

los planes Medicare Advantage disponibles en su área utilizando el Buscador de Planes de Medicare en el sitio Web de Medicare. (Para ver la información sobre los planes, vaya a <https://www.medicare.gov/> y haga clic en “*Buscar planes de salud y de medicamentos*”).

### ***Medicare y Usted 2019***

Puede leer el Manual *Medicare y Usted 2019*. Todos los años, en otoño, este folleto se envía por correo a las personas que tienen Medicare. Contiene un resumen de los beneficios, los derechos y las protecciones de Medicare, así como respuestas a las preguntas más frecuentes sobre Medicare. Si no tiene una copia de este folleto, puede obtenerla en el sitio Web de Medicare (<https://www.medicare.gov/>) o llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

## **G6. Cómo obtener ayuda del Departamento de Atención Médica Administrada de California**

El Departamento de Atención Médica Administrada de California es la entidad responsable de regular los planes de servicios de cuidado de la salud. Si usted tiene alguna queja formal en contra de su plan de salud, debe llamar primero a su plan de salud al 1-855-464-3572 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., y usar el proceso de presentación de quejas formales de su plan de salud antes de comunicarse con el Departamento. La utilización de este procedimiento de quejas formales no prohíbe el ejercicio de ningún derecho ni recurso legal potencial que pueda estar a su disposición.

Si necesita ayuda con una queja formal relacionada con una emergencia, una queja formal que su plan de salud no ha resuelto satisfactoriamente o una queja formal que no se ha resuelto en un plazo de 30 días, puede llamar al Departamento para recibir asistencia.

También podría ser elegible para una Revisión Médica Independiente (por sus siglas en inglés, IMR). Si es elegible para una IMR, el proceso de IMR proporcionará una revisión imparcial de las decisiones médicas tomadas por un plan de salud en relación con la necesidad médica de un servicio o tratamiento propuesto, las decisiones de cobertura para los tratamientos que son de naturaleza experimental o de investigación y las disputas por pagos de servicios médicos de emergencia o de urgencia.

El Departamento también tiene un número de teléfono gratuito (1-888-HMO-2219) y una línea TDD (1-877-688-9891) para las personas con dificultades de audición o del habla. El sitio Web del Departamento, <http://www.hmohelp.ca.gov>, tiene formularios de presentación de quejas, formularios de solicitud de IMR e instrucciones en línea.



**Si tiene preguntas**, llame a Health Net Cal MediConnect al 1-855-464-3572 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. Después del horario de atención, los fines de semana y los días feriados, puede dejar un mensaje. Le devolveremos la llamada el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [www.healthnet.com/calmediconnect](http://www.healthnet.com/calmediconnect).

# Health Net Cal MediConnect Nondiscrimination Notice

---

Health Net Community Solutions, Inc. (Health Net Cal MediConnect Plan (Medicare-Medicaid Plan)) 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 Cal MediConnect does not exclude people or treat them differently because of race, color, national origin, age, disability, or sex.

## Health Net Cal MediConnect:

- 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 the Health Net Cal MediConnect Customer Contact Center at 1-855-464-3571 (Los Angeles), 1-855-464-3572 (San Diego) (TTY: 711) from 8 a.m. to 8 p.m., Monday through Friday. After hours, on weekends and on holidays, you can leave a message. Your call will be returned within the next business day. The call is free.

If you believe that Health Net Cal MediConnect 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; the Health Net Cal MediConnect 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>.

# Multi-Language Insert

## Multi-language Interpreter Services

**English:** ATTENTION: If you do not speak English, language assistance services, free of charge, are available to you. Call 1-855-464-3571 (Los Angeles), 1-855-464-3572 (San Diego) (TTY: 711).

**Spanish:** ATENCIÓN: Si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1-855-464-3571 (Los Angeles), 1-855-464-3572 (San Diego) (TTY: 711).

**Chinese Mandarin:** 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 1-855-464-3571 (Los Angeles), 1-855-464-3572 (San Diego) (TTY: 711)。

**Chinese Cantonese:** 注意：如果您說中文，您可獲得免費的語言協助服務。請致電 1-855-464-3571 (Los Angeles), 1-855-464-3572 (San Diego) (TTY: 711)。

**Tagalog:** PAUNAWA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, maaari kang gumamit ng mga serbisyo ng tulong sa wika nang walang bayad. Tumawag sa 1-855-464-3571 (Los Angeles), 1-855-464-3572 (San Diego) (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 1-855-464-3571 (Los Angeles), 1-855-464-3572 (San Diego) (TTY: 711).

**Korean:** 주의: 한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. 1-855-464-3571 (Los Angeles), 1-855-464-3572 (San Diego) (TTY: 711). 번으로 전화해 주십시오.

**Russian:** ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русском языке, то вам доступны бесплатные услуги перевода. Звоните 1-855-464-3571 (Los Angeles), 1-855-464-3572 (San Diego) (TTY: 711).

**Arabic:** ملحوظة: إذا كنت تتحدث العربية، فإن خدمات المساعدة اللغوية تتوافر لك بالمجان. اتصل بالرقم 1-855-464-3571 (Los Angeles), 1-855-464-3572 (San Diego) (TTY: 711).

**Hindi:** ध्यान दें: यदि आप बोलते हैं तो आपके लिए मुफ्त में भाषा सहायता सेवाएं उपलब्ध हैं। 1-855-464-3571 (Los Angeles), 1-855-464-3572 (San Diego) (TTY: 711). पर कॉल करें।

**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。1-855-464-3571 (Los Angeles), 1-855-464-3572 (San Diego) (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 1-855-464-3571 (Los Angeles), 1-855-464-3572 (San Diego) (TTY: 711).

**Thai:** เรียน: ถ้าคุณพูดภาษาไทยคุณสามารถใช้บริการช่วยเหลือทางภาษาได้ฟรี โทร 1-855-464-3571 (Los Angeles), 1-855-464-3572 (San Diego) (TTY: 711).

**Armenian:** ՈՒՇԱԴՐՈՒԹՅՈՒՆ՝ Եթե խոսում եք հայերեն, ապա ձեզ անվճար կարող են տրամադրվել լեզվակազմակերպչական ծառայություններ: Չանգահարեք 1-855-464-3571 (Los Angeles), 1-855-464-3572 (San Diego) (TTY: 711)

**Cambodian:** ប្រយ័ត្ន៖ បើសិនជាអ្នកនិយាយ ភាសាខ្មែរ, សេវាជំនួយផ្នែកភាសា ដោយមិនគិតល្អល គឺអាចមានសំរាប់បំរើអ្នក។ ចូរ ទូរស័ព្ទ 1-855-464-3571 (Los Angeles), 1-855-464-3572 (San Diego) (TTY: 711).

**Hmong:** LUS CEEV: Yog tias koj hais lus Hmoob, cov kev pab txog lus, muaj kev pab dawb rau koj. Hu rau 1-855-464-3571 (Los Angeles), 1-855-464-3572 (San Diego) (TTY: 711).

**Punjabi:** ਧਿਆਨ ਦਿਓ: ਜੇ ਤੁਸੀਂ ਪੰਜਾਬੀ ਬੋਲਦੇ ਹੋ, ਤਾਂ ਭਾਸ਼ਾ ਵਿੱਚ ਸਹਾਇਤਾ ਸੇਵਾ ਤੁਹਾਡੇ ਲਈ ਮੁਫਤ ਉਪਲਬਧ ਹੈ। 1-855-464-3571 (Los Angeles), 1-855-464-3572 (San Diego) (TTY: 711) ‘ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ।

**Laotian:** ໂປດຊາບ: ຖ້າທ່ານເວົ້າພາສາອັງກິດ, ການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານພາສາທີ່ບໍ່ເສຍຄ່າມີພ້ອມໃຫ້ທ່ານ. ກະລຸນາໂທ 1-855-464-3571 (Los Angeles), 1-855-464-3572 (San Diego) (TTY: 711).