

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

## **Aviso Anual de Cambios para 2021**

### **Introducción**

Usted está afiliado actualmente a Health Net Cal MediConnect. El próximo año, habrá algunos cambios en los beneficios, la cobertura, las reglas y los costos del plan. En este *Aviso Anual de Cambios*, se informa sobre los cambios y dónde encontrar más información al respecto. Los términos clave y sus definiciones aparecen en orden alfabético, en el último capítulo del *Manual del Afiliado*.

### **Índice**

A. Descargo de responsabilidad .....	3
B. Revisión de su cobertura de Medicare y Medi-Cal para el próximo año .....	3
B1. Recursos adicionales .....	4
B2. Información sobre Health Net Cal MediConnect.....	5
B3. Acciones importantes .....	6
C. Cambios en los proveedores y las farmacias de la red.....	8
D. Cambios en los beneficios y los costos para el próximo año .....	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 .....	12
D3. Etapa 1: Etapa de cobertura inicial.....	15
D4. Etapa 2: Etapa de cobertura catastrófica .....	16
E. Cambios administrativos .....	17

---

**Si tiene alguna pregunta**, 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. Puede dejar un mensaje fuera del horario de atención, los fines de semana y días feriados. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Si quiere obtener más información**, visite [mmp.healthnetcalifornia.com](http://mmp.healthnetcalifornia.com).



F. Cómo elegir un plan.....	17
F1. Cómo permanecer en nuestro plan.....	17
F2. Cómo cambiar de plan.....	17
G. Cómo obtener ayuda.....	21
G1. Cómo obtener ayuda de Health Net Cal MediConnect .....	21
G2. Cómo obtener ayuda del agente de inscripción estatal.....	21
G3. Cómo obtener ayuda a través del Programa de Defensoría de Cal MediConnect .....	21
G4. Cómo obtener ayuda a través del Programa de Orientación y Defensa de los Seguros de Salud .....	22
G5. Cómo obtener ayuda de Medicare .....	22
G6. Cómo obtener ayuda del Departamento de Atención Médica Administrada de California.....	23



---

**Si tiene alguna pregunta**, 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. Puede dejar un mensaje fuera del horario de atención, los fines de semana y días feriados. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Si quiere obtener más información**, visite [mmp.healthnetcalifornia.com](http://mmp.healthnetcalifornia.com).

## A. Descargo de responsabilidad

- ❖ Esta no es una lista completa. En la información sobre beneficios figura un breve resumen, y no una descripción completa de los beneficios. Si quiere obtener más información, comuníquese con el plan o lea el *Manual del Afiliado* de Health Net Cal MediConnect.

---

## B. Revisión de su cobertura de Medicare y Medi-Cal para el próximo año

Es importante que analice su cobertura ahora para asegurarse de que continúe satisfaciendo sus necesidades durante el próximo año. Si no se ajusta a sus necesidades, puede abandonar el plan. Consulte la sección F2 para obtener más información.

Si decide abandonar Health Net Cal MediConnect, su afiliación se cancelará el último día del mes en el que haya hecho su solicitud.

Si abandona nuestro plan, permanecerá en los programas de Medicare y Medi-Cal mientras cumpla con sus requisitos.

- Usted podrá elegir cómo obtener sus beneficios de Medicare (vaya a la página 16 para ver sus opciones).
- Recibirá sus beneficios de Medi-Cal a través del plan de atención administrada de Medi-Cal que elija (vaya a la página 19 para obtener más información).



**Si tiene alguna pregunta**, 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. Puede dejar un mensaje fuera del horario de atención, los fines de semana y días feriados. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Si quiere obtener más información**, visite [mmp.healthnetcalifornia.com](http://mmp.healthnetcalifornia.com).

## B1. Recursos adicionales

- **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 opisyal, maaari kang mag-iwan ng mensahe. Ang iyong tawag ay ibabalik sa loob ng susunod na araw ng negosyo. Libre ang tawag.
- **XIN LƯU 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 سترد على مكالمتك في يوم العمل التالي. هذه المكالمة مجانية.

- Puede obtener este *Aviso Anual de Cambios* en otros formatos, como letra grande, braille o audio, de forma gratuita. Llame al 1-855-464-3572 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Puede dejar un mensaje fuera del horario de atención, los fines de semana y días feriados. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita.
- En el plan Health Net Cal MediConnect Plan (Medicare-Medicaid Plan), queremos asegurarnos de que usted entiende la información de su plan de salud. En el futuro, podemos enviarle materiales en otros idiomas o en formatos alternativos si así los solicita. Esto se denomina “solicitud permanente”. Guardaremos su elección.



**Si tiene alguna pregunta**, 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. Puede dejar un mensaje fuera del horario de atención, los fines de semana y días feriados. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Si quiere obtener más información**, visite [mmp.healthnetcalifornia.com](http://mmp.healthnetcalifornia.com).

Llámenos en los siguientes casos:

- Si quiere recibir sus materiales en árabe, español, tagalo o vietnamita, o en un formato alternativo.

○

- Si quiere cambiar el idioma o el formato en el que le enviamos los materiales.

Si necesita ayuda para entender los materiales de su plan, comuníquese con el Departamento de Servicios al Afiliado de Health Net Cal MediConnect, al 1-855-464-3572 (TTY: 711). El horario de atención es de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Puede dejar un mensaje fuera del horario de atención, los fines de semana y días feriados. Lo llamaremos el siguiente día hábil.

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

- Health Net Community Solutions, Inc., es un plan de salud que tiene contrato con Medicare y con Medi-Cal para brindarles beneficios de ambos programas a las personas inscritas.
- La cobertura de Health Net Cal MediConnect es una cobertura de salud calificada denominada “cobertura esencial mínima” y cumple con el requisito de responsabilidad individual compartida de la Ley de Protección al Paciente y Cuidado de Salud Asequible. Visite el sitio web del Servicio de Rentas Internas, [www.irs.gov/affordable-care-act/individuals-and-families](http://www.irs.gov/affordable-care-act/individuals-and-families), para obtener más información sobre el requisito de responsabilidad individual compartida.
- El plan Health Net Cal MediConnect Plan (Medicare-Medicaid Plan) es ofrecido por Health Net Community Solutions, Inc. En este *Aviso Anual de Cambios*, “nosotros”, “nos” o “nuestro/a” hacen referencia a Health Net Community Solutions, Inc. Utilizaremos las palabras “el plan” o “nuestro plan” para referirnos al plan Health Net Cal MediConnect Plan (Medicare-Medicaid Plan).



**Si tiene alguna pregunta**, 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. Puede dejar un mensaje fuera del horario de atención, los fines de semana y días feriados. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Si quiere obtener más información**, visite [mmp.healthnetcalifornia.com](http://mmp.healthnetcalifornia.com).

















Hemos implementado cambios en nuestra *Lista de Medicamentos*, que incluyen cambios en los medicamentos que cubrimos y cambios en las restricciones que se aplican a nuestra cobertura de ciertos medicamentos.

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

Si lo afecta algún cambio en la cobertura de medicamentos, le recomendamos que haga lo siguiente:

- Consulte a su médico (o persona que receta) para buscar un medicamento diferente que cubramos.
  - 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 solicitar una lista de los medicamentos cubiertos que tratan la misma enfermedad.
  - Esta lista puede ayudar a su proveedor a encontrar un medicamento cubierto que pueda ser eficaz para usted.
- Pídale 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 un suministro de hasta 30 días del medicamento en una farmacia de venta minorista y, en una farmacia de atención a largo plazo, un suministro de hasta 31 días. (En el Capítulo 5 del *Manual del Afiliado* se explica cuándo puede obtener un suministro temporal y cómo debe solicitarlo).
  - Si obtiene un suministro temporal de un medicamento, deberá hablar con su médico para decidir qué hacer cuando este se le acabe. Podrá cambiar a un medicamento distinto cubierto por el plan o solicitarle al plan que haga una excepción y cubra su medicamento actual.
    - Si ha permanecido en el plan por más de 90 días y reside en un centro de atención a largo plazo, cubriremos por única vez un suministro de 31 días, o menos si en su receta médica se establecen menos días. Esto es aparte del suministro de transición de atención a largo plazo.



**Si tiene alguna pregunta**, 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. Puede dejar un mensaje fuera del horario de atención, los fines de semana y días feriados. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Si quiere obtener más información**, visite [mmp.healthnetcalifornia.com](http://mmp.healthnetcalifornia.com).



### 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 costo compartido del medicamento y de dónde lo obtiene. Usted pagará un copago cada vez que surta una receta médica. Si el medicamento cubierto cuesta menos que el copago, usted pagará el precio más bajo.

**Cambiamos algunos medicamentos de la *Lista de Medicamentos* a un nivel de medicamentos más bajo o más alto.** Si sus medicamentos se cambiaron de un nivel a otro, esto podría afectar su copago. Para saber si sus medicamentos estarán en un nivel diferente, búsquelos en la *Lista de Medicamentos*.

En la tabla que aparece a continuación, se muestran los costos de los medicamentos en nuestros tres niveles correspondientes. Estos montos se aplican **únicamente** durante el tiempo en el que usted se encuentra en la Etapa de cobertura inicial.

	2020 (este año)	2021 (próximo año)
<p><b>Medicamentos del nivel 1</b>                      (Los medicamentos del nivel 1 tienen un copago más bajo. Son medicamentos genéricos).</p> <p>Costo para 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 entre <b>\$0 y \$3.60 por receta médica.</b></p>	<p>Su copago por un suministro de un mes (30 días) es de entre <b>\$0 y \$3.70 por receta médica.</b></p>
<p><b>Medicamentos del nivel 2</b>                      (Los medicamentos del nivel 2 tienen un copago más alto. Son medicamentos de marca).</p> <p>Costo para 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 entre <b>\$0 y \$8.95 por receta médica.</b></p>	<p>Su copago por un suministro de un mes (30 días) es de entre <b>\$0 y \$9.20 por receta médica.</b></p>



**Si tiene alguna pregunta**, 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. Puede dejar un mensaje fuera del horario de atención, los fines de semana y días feriados. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Si quiere obtener más información**, visite [mmp.healthnetcalifornia.com](http://mmp.healthnetcalifornia.com).

	2020 (este año)	2021 (próximo año)
<p><b>Medicamentos del nivel 3</b>                      (Los medicamentos del nivel 3 son medicamentos que requieren receta médica y medicamentos de venta libre cubiertos por Medi-Cal).</p> <p>Costo para 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 médica.</b></p>	<p>Su copago por un suministro de un mes (30 días) es de <b>\$0 por receta médica.</b></p>

La Etapa de cobertura inicial finaliza una vez que sus costos totales de desembolso alcancen los **\$6,550**. En ese momento, comienza la Etapa de cobertura catastrófica. El plan cubrirá todos los costos de medicamentos desde ese momento hasta el final del año. Para obtener más información sobre cuánto deberá pagar por los medicamentos que requieren receta médica, consulte el Capítulo 6 del *Manual del Afiliado*.

#### **D4. Etapa 2: Etapa de cobertura catastrófica**

Cuando usted alcanza el límite de desembolso de **\$6,550** por sus medicamentos que requieren receta médica, comienza la Etapa de cobertura catastrófica. Usted permanecerá en dicha etapa hasta el final del año calendario.

- Para encontrar más información sobre cuáles de sus medicamentos que requieren receta médica están cubiertos por Medi-Cal o por Medicare, consulte la *Lista de Medicamentos Cubiertos* en nuestro sitio web, [mmp.healthnetcalifornia.com/formulary](http://mmp.healthnetcalifornia.com/formulary).



**Si tiene alguna pregunta**, 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. Puede dejar un mensaje fuera del horario de atención, los fines de semana y días feriados. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Si quiere obtener más información**, visite [mmp.healthnetcalifornia.com](http://mmp.healthnetcalifornia.com).



## E. Cambios administrativos

Los cambios administrativos pueden modificar la manera en que obtiene sus servicios, artículos o medicamentos que requieren receta médica. Lea a continuación para obtener más información sobre estos cambios.

	2020 (este año)	2021 (próximo año)
<b>Farmacia de compra por correo</b>	Hay dos farmacias de compra por correo: <ul style="list-style-type: none"><li>• Farmacia de compra por correo CVS Caremark</li><li>• Farmacia de compra por correo Homescripts</li></ul>	Hay una farmacia de compra por correo: <ul style="list-style-type: none"><li>• Farmacia de compra por correo CVS Caremark</li></ul>

---

## F. Cómo elegir un plan

### F1. Cómo permanecer en nuestro plan

Esperamos mantenerlo como afiliado el próximo año.

Usted no tiene que hacer nada para permanecer en nuestro plan de salud. Si no se afilia a otro plan de Cal MediConnect, no se cambia al plan Medicare Advantage ni se cambia a Medicare Original, permanecerá afiliado automáticamente a nuestro plan para 2021.

### F2. Cómo cambiar de plan

Puede cancelar su afiliación al plan en cualquier momento durante el año inscribiéndose en otro plan Medicare Advantage, inscribiéndose en otro plan de Cal MediConnect o cambiándose a Medicare Original.



**Si tiene alguna pregunta**, 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. Puede dejar un mensaje fuera del horario de atención, los fines de semana y días feriados. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Si quiere obtener más información**, visite [mmp.healthnetcalifornia.com](http://mmp.healthnetcalifornia.com).

### Cómo obtendrá los servicios de Medicare

Tendrá tres opciones para recibir los servicios de Medicare. Al elegir una de estas opciones, usted cancelará automáticamente su afiliación a nuestro plan Cal MediConnect:

<p><b>1. Puede cambiar a:</b></p> <p><b>Un plan de salud de Medicare, como un plan Medicare Advantage o, si reúne los requisitos y vive en el área de servicio, un Programa Integral de Atención para Personas de la Tercera Edad (por sus siglas en inglés, PACE).</b></p>	<p><b>Debe hacer lo siguiente:</b></p> <p>Llame a Medicare, 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.</p> <p>Si tiene preguntas sobre los 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 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 del Programa de Orientación y Defensa de los Seguros de Salud en su área, visite <a href="http://www.aging.ca.gov/HICAP/">www.aging.ca.gov/HICAP/</a>.</li></ul> <p>Se cancelará automáticamente su afiliación a Health Net Cal MediConnect cuando comience la cobertura del nuevo plan.</p>
---	---



**Si tiene alguna pregunta**, 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. Puede dejar un mensaje fuera del horario de atención, los fines de semana y días feriados. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Si quiere obtener más información**, visite [mmp.healthnetcalifornia.com](http://mmp.healthnetcalifornia.com).

<p><b>2. Puede cambiar 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>Debe hacer lo siguiente:</b></p> <p>Llame a Medicare, 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.</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 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 del Programa de Orientación y Defensa de los Seguros de Salud en su área, visite <a href="http://www.aging.ca.gov/HICAP/">www.aging.ca.gov/HICAP/</a>.</li></ul> <p>Se cancelará automáticamente su afiliación a Health Net Cal MediConnect cuando comience la cobertura de Medicare Original.</p>
---	---



**Si tiene alguna pregunta**, 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. Puede dejar un mensaje fuera del horario de atención, los fines de semana y días feriados. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Si quiere obtener más información**, visite [mmp.healthnetcalifornia.com](http://mmp.healthnetcalifornia.com).

<p><b>3. Puede cambiar 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 Medicare Original y no se inscribe en un plan de medicamentos que requieren receta médica de Medicare por separado, Medicare lo puede inscribir en un plan de medicamentos, a menos que usted le informe a Medicare que no quiere hacerlo.</p> <p>Solo debe cancelar la cobertura de medicamentos que requieren receta médica si tiene cobertura de medicamentos de otra fuente, como un empleador o sindicato. Si tiene preguntas sobre si necesita cobertura de medicamentos, llame al Programa de Orientación y Defensa de los Seguros de Salud 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 del Programa de Orientación y Defensa de los Seguros de Salud en su área, visite <a href="http://www.aqing.ca.gov/HICAP/">www.aqing.ca.gov/HICAP/</a>.</p>	<p><b>Debe hacer lo siguiente:</b></p> <p>Llame a Medicare, 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.</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 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 del Programa de Orientación y Defensa de los Seguros de Salud en su área, visite <a href="http://www.aqing.ca.gov/HICAP/">www.aqing.ca.gov/HICAP/</a>.</li></ul> <p>Se cancelará automáticamente su afiliación a Health Net Cal MediConnect cuando comience la cobertura de Medicare Original.</p>
---	---

### **Cómo obtendrá los servicios de Medi-Cal**

Si abandona nuestro plan Cal MediConnect, seguirá recibiendo sus servicios de Medi-Cal a través de Health Net Community Solutions, Inc., a menos que elija otro plan para que le proporcione sus servicios de Medi-Cal. Entre sus servicios de Medi-Cal, se incluyen la mayoría de los servicios y apoyo a largo plazo y la atención de salud del comportamiento.

Cuando solicite la cancelación de su afiliación a nuestro plan Cal MediConnect, deberá informar a Opciones de Atención de Salud en cuál plan de atención administrada de Medi-Cal quiere inscribirse. Puede llamar a Opciones de Atención de Salud, al 1-844-580-7272, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 6:00 p. m. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-430-7077.



**Si tiene alguna pregunta**, 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. Puede dejar un mensaje fuera del horario de atención, los fines de semana y días feriados. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Si quiere obtener más información**, visite [mmp.healthnetcalifornia.com](http://mmp.healthnetcalifornia.com).

## **G. Cómo obtener ayuda**

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

¿Tiene preguntas? Estamos aquí para ayudarlo. Llame al Departamento de Servicios al Afiliado, al 1-855-464-3572. (Los usuarios de TTY únicamente deben llamar al 711). Puede llamarnos de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Puede dejar un mensaje fuera del horario de atención, los fines de semana y días feriados. Lo llamaremos el siguiente día hábil. Las llamadas a estos números son gratuitas.

#### **Lea el *Manual del Afiliado* para 2021**

El *Manual del Afiliado* para 2021 es la descripción legal y detallada de los beneficios del plan. Contiene detalles sobre los beneficios y los costos para el próximo año. Le explica sus derechos y las reglas que debe cumplir para obtener medicamentos que requieren receta médica y servicios cubiertos.

El *Manual del Afiliado* para 2021 estará disponible a partir del 15 de octubre. Siempre puede encontrar una copia actualizada del *Manual del Afiliado* para 2021 en nuestro sitio web, [mmp.healthnetcalifornia.com](http://mmp.healthnetcalifornia.com). 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 solicitar que le enviemos un *Manual del Afiliado* para 2021 por correo.

#### **Nuestro sitio web**

También puede visitar nuestro sitio web, [mmp.healthnetcalifornia.com](http://mmp.healthnetcalifornia.com). Recuerde que nuestro sitio web contiene la información más actualizada sobre nuestra red de proveedores y farmacias (*Directorio de Farmacias y Proveedores*) y nuestra *Lista de Medicamentos* (*Lista de Medicamentos Cubiertos*).

### **G2. Cómo obtener ayuda del agente de inscripción estatal**

El agente de inscripción estatal puede ayudarlo con las preguntas que pueda tener sobre la inscripción. Puede llamar a Opciones de Atención de Salud, al 1-844-580-7272, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 6:00 p. m. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-430-7077.

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

Desde el Programa de Defensoría de Cal MediConnect, pueden ayudarlo si tiene un problema con Health Net Cal MediConnect. Los servicios de defensoría son gratuitos. El Programa de Defensoría de Cal MediConnect:

- Actúa como defensor en su nombre. Puede responder preguntas si tiene un problema o una queja y puede ayudarlo a entender qué debe hacer.



**Si tiene alguna pregunta**, 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. Puede dejar un mensaje fuera del horario de atención, los fines de semana y días feriados. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Si quiere obtener más información**, visite [mmp.healthnetcalifornia.com](http://mmp.healthnetcalifornia.com).

- Se asegura de que usted cuente con la información relacionada con sus derechos y protecciones y sobre cómo pueden resolverse 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 de Cal MediConnect es 1-855-501-3077.

#### **G4. Cómo obtener ayuda a través 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 asesores del HICAP también pueden ayudarlo a comprender sus opciones del plan de Cal MediConnect y 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 asesores 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 del HICAP local en su área, visite [www.aging.ca.gov/HICAP/](http://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 ([www.medicare.gov](http://www.medicare.gov)). Si elige cancelar su afiliación al plan Cal MediConnect y afiliarse a un plan Medicare Advantage, el sitio web de Medicare contiene información sobre los costos, la cobertura y las calificaciones de calidad para ayudarlo a comparar los planes Medicare Advantage.

Puede encontrar información sobre los planes Medicare Advantage disponibles en su área con el buscador de planes de Medicare que se encuentra en el sitio web de Medicare. (Para obtener información sobre los planes, ingrese en [www.medicare.gov](http://www.medicare.gov) y haga clic en “Find plans” (Buscar planes)).

##### **Medicare y Usted 2021**

Puede leer el manual *Medicare y Usted 2021*. Todos los años en otoño, este manual 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 tiene alguna pregunta**, 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. Puede dejar un mensaje fuera del horario de atención, los fines de semana y días feriados. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Si quiere obtener más información**, visite [mmp.healthnetcalifornia.com](http://mmp.healthnetcalifornia.com).

Si no posee una copia de este manual, puede obtenerla en el sitio web de Medicare ([www.medicare.gov](http://www.medicare.gov)) o por teléfono 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 atención de salud. Si tiene alguna queja formal contra 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. **El uso de este proceso de presentación de quejas formales no impide el ejercicio de ningún derecho ni la interposición de ningún recurso legal potencial que tenga a su disposición.**

Si necesita ayuda con una queja formal relacionada con una emergencia, una queja formal que no haya sido resuelta satisfactoriamente en su plan de salud o una queja formal que no haya sido resuelta durante más de 30 días, llame al departamento para recibir asistencia.

También es posible que reúna los requisitos para una revisión médica independiente (por sus siglas en inglés, IMR). Si usted reúne los requisitos para la IMR, el proceso de IMR incluirá 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, decisiones de cobertura sobre tratamientos que son experimentales o están en etapa de investigación, y disputas sobre el pago de servicios médicos de emergencia o urgencia.

El departamento también tiene un número de teléfono gratuito (1-888-466-2219) y una línea TTY (1-877-688-9891) para las personas con dificultades de audición y del habla. El sitio web del departamento, [www.dmhca.gov](http://www.dmhca.gov), tiene formularios de presentación de quejas, formularios de solicitud de IMR e instrucciones en línea.



**Si tiene alguna pregunta**, 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. Puede dejar un mensaje fuera del horario de atención, los fines de semana y días feriados. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Si quiere obtener más información**, visite [mmp.healthnetcalifornia.com](http://mmp.healthnetcalifornia.com).

# 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, exclude people or treat them differently on the basis of sex, race, color, religion, ancestry, national origin, ethnic group identification, age, mental disability, physical disability, medical condition, genetic information, marital status, gender, gender identity, or sexual orientation.

## 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, audio, 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 County), 1-855-464-3572 (San Diego County) (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, 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) if there is a concern of discrimination based on race, color, national origin, age, disability, or sex.

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 լեզվակազմի անվճար ծառայություններ: Չանգահարեք 1-855-464-3571 (Los Angeles), 1-855-464-3572 (San Diego) (TTY: 711)

**Cambodian:** ប្រយ័ត្ន៖ បើសិនជាអ្នកនិយាយ ភាសាខ្មែរ, សេវាជំនួយផ្នែកភាសា ដោយមិនគិតល្អិត គឺអាចមានសំរាប់អ្នក។ 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).