

# Este es su Resumen de Beneficios.

2020

Health Net Violet 2 (PPO) H5439: 014-001

Condados de Clackamas, Lane, Multnomah y Washington, OR



H5439\_014\_001\_20\_13101SB\_14937\_SPN\_M Accepted 09012019

Este cuadernillo 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 en [or.healthnetadvantage.com](http://or.healthnetadvantage.com).

Usted es elegible para inscribirse en Health Net Violet 2 (PPO) si cumple con lo siguiente:

- Tiene derecho a Medicare Parte A y está inscrito en Medicare Parte B. Los afiliados deben continuar pagando las primas mensuales de Medicare Parte B, a menos que las pague Medicaid o un tercero.
- Reside de manera permanente en el área de servicio del plan (en otras palabras, su residencia permanente se encuentra dentro de uno de los condados del área de servicio de Health Net Violet 2 [PPO]). Nuestra área de servicio incluye los siguientes condados de Oregon: Clackamas, Lane, Multnomah y Washington.
- Usted no debe tener una enfermedad renal en etapa terminal (por sus siglas en inglés, ESRD). (Es probable que se apliquen excepciones para las personas que desarrollen una ESRD mientras estén inscritas en un plan de salud grupal o comercial de Health Net, o en un plan de Medicaid).

Con el plan Health Net Violet 2 (PPO), tendrá la libertad y flexibilidad de acceder a su atención de salud donde y cuando lo desee. Puede buscar atención de cualquier proveedor de Medicare en el condado que acepte atenderlo como afiliado de Medicare, pero generalmente pagará menos cuando use proveedores contratados de nuestra red. De cualquier manera, las visitas al médico, las hospitalizaciones y muchos otros servicios tienen un copago simple, lo que permite que los costos de atención de salud sean más predecibles.

Puede consultar el directorio de proveedores del plan en nuestro sitio web en [or.healthnetadvantage.com](http://or.healthnetadvantage.com).

Este plan Health Net Violet 2 (PPO) también incluye cobertura de medicamentos que requieren receta médica y acceso a nuestra amplia red de farmacias. Nuestro plan de medicamentos está diseñado específicamente para beneficiarios de Medicare e incluye una selección integral de medicamentos genéricos y de marca asequibles.

# Resumen de Beneficios

1 DE ENERO DE 2020–31 DE DICIEMBRE DE 2020

| Beneficios   | Health Net Violet 2 (PPO) H5439: 014-001<br>Primas/Copagos/Coseguros   |  |
|--|--|--|
|  | Dentro de la Red   | Fuera de la Red  |
| <b>Prima Mensual del Plan</b>  | \$19<br>Usted debe continuar pagando la prima mensual de Medicare Parte B.   |  |
| <b>Deducible</b>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Deducible de \$195 para servicios médicos cubiertos dentro y fuera de la red combinados</li> <li>• Deducible de \$150 para los medicamentos que requieren receta médica de la Parte D (se aplica para medicamentos de los Niveles 3,4 y 5)</li> </ul> |  |
| <b>Responsabilidad de Monto de Desembolso Máximo</b><br><i>(no incluye medicamentos que requieren receta médica)</i> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• \$5,550 (servicios dentro de la red anualmente)</li> <li>• \$6,600 combinados dentro y fuera de la red anualmente</li> </ul> Esto es lo máximo que usted paga por copagos y coseguros para los servicios médicos por todo el año.                     |  |
| <b>Cobertura Hospitalaria para Pacientes Internados*</b>   | Por cada admisión usted paga: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Copago de \$375 por día para los días 1 a 4</li> <li>• Copago de \$0 por día desde el día 5 y en adelante</li> </ul>  | Por cada admisión usted paga: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Copago de \$500 por día para los días 1 a 10</li> <li>• Copago de \$0 por día desde el día 11 y en adelante</li> </ul>  |
| <b>Cobertura Hospitalaria para Pacientes Ambulatorios*</b>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Servicio hospitalario para pacientes ambulatorios: Copago de \$325 por visita</li> <li>• Servicios de observación: Copago de \$325 por visita</li> <li>• Centro quirúrgico ambulatorio: Copago de \$275 por visita</li> </ul>                         | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Servicio hospitalario para pacientes ambulatorios: Copago de \$450 por visita</li> <li>• Servicios de observación: Copago de \$450 por visita</li> <li>• Centro quirúrgico ambulatorio: Copago de \$400 por visita</li> </ul> |
| <b>Visitas al Médico</b>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Atención primaria: Copago de \$15 por visita</li> <li>• Especialista: Copago de \$30 por visita</li> </ul>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Atención primaria: Copago de \$30 por visita</li> <li>• Especialista: Copago de \$50 por visita</li> </ul>  |
| <b>Atención Preventiva</b><br><i>(por ejemplo, vacuna contra la gripe, prueba de detección de diabetes)</i>          | Copago de \$0  | Copago de \$0  |
|  | Otros servicios preventivos están disponibles. Puede aplicarse un costo compartido cuando se reciban otros servicios además del servicio preventivo.   |  |

| Beneficios   | Health Net Violet 2 (PPO) H5439: 014-001<br>Primas/Copagos/Coseguros  |   |
|--|---|---|
|  | Dentro de la Red  | Fuera de la Red   |
| <b>Atención de Emergencia</b>                                      | Copago de \$90 por visita   | Copago de \$90 por visita   |
|  | Usted no tiene que pagar el copago si lo internan en el hospital de inmediato.  |   |
| <b>Servicios Requeridos de Urgencia</b>                            | Copago de \$35 por visita   | Copago de \$35 por visita   |
|  | El copago no se exime si lo internan en el hospital.  |   |
| <b>Servicios de Diagnóstico/Laboratorio/Estudios por Imágenes*</b> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Servicios de laboratorio: Copago de \$15</li> <li>• Procedimientos y pruebas de diagnóstico: Coseguro del 0% al 18%</li> <li>• Servicios de rayos X: Copago de \$18</li> <li>• 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): Coseguro del 18%</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Servicios de laboratorio: Copago de \$20</li> <li>• Procedimientos y pruebas de diagnóstico: Coseguro del 0% al 20%</li> <li>• Servicios de rayos X: Copago de \$20</li> <li>• 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): Coseguro del 20%</li> </ul> |
| <b>Servicios de Audición</b>                                       | Examen auditivo (cubierto por Medicare): Copago de \$25 por visita  | Examen auditivo (cubierto por Medicare): Copago de \$50 por visita  |
| <b>Servicios Dentales</b>  | Servicios dentales (cubiertos por Medicare): Copago de \$30   | Servicios dentales (cubiertos por Medicare): Copago de \$50   |
|  | Se encuentran disponibles beneficios dentales preventivos e integrales adicionales por una prima extra. Consulte la sección Beneficios Complementarios Opcionales.  |   |
| <b>Servicios de la Vista</b>                                       | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Examen oftalmológico (cubierto por Medicare): Copago de \$10 por visita</li> <li>• Examen de la vista de rutina: Copago de \$10 por visita</li> <li>• Asignación de hasta \$250 para lentes y accesorios de rutina cada 2 años calendario</li> </ul>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Examen oftalmológico (cubierto por Medicare): Copago de \$50 por visita</li> <li>• Examen de la vista de rutina: Copago de \$10 por visita</li> <li>• Asignación de hasta \$250 para lentes y accesorios de rutina cada 2 años calendario</li> </ul>   |
| <b>Servicios de Salud Mental</b>                                   | Terapia individual y grupal: Copago de \$30 por visita  | Terapia individual y grupal: Copago de \$50 por visita  |

| Beneficios   | Health Net Violet 2 (PPO) H5439: 014-001<br>Primas/Copagos/Coseguros   |  |
|--|--|--|
|  | Dentro de la Red   | Fuera de la Red  |
| <b>Servicios en un Centro de Enfermería Especializada*</b> | Por cada período de beneficios, usted paga: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Copago de \$0 por día para los días 1 a 20</li> <li>• Copago de \$170 por día para los días 21 a 100</li> </ul> | Por cada período de beneficios, usted paga: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Copago de \$0 por día para los días 1 a 20</li> <li>• Copago de \$220 por día para los días 21 a 100</li> </ul> |
| <b>Fisioterapia*</b>                                       | Copago de \$30 por visita  | Copago de \$50 por visita  |
| <b>Servicio de Ambulancia*</b>                             | Copago de \$380 (por viaje de ida o de vuelta) para servicios de ambulancia terrestre o aérea  | Copago de \$380 (por viaje de ida o de vuelta) para servicios de ambulancia terrestre o aérea  |
| <b>Transporte</b>  | Sin cobertura  |  |
| <b>Medicamentos de Medicare Parte B*</b>                   | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Medicamentos para quimioterapia: Coseguro del 18%</li> <li>• Otros medicamentos de la Parte B: Coseguro del 18%</li> </ul>                                  | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Medicamentos para quimioterapia: Coseguro del 20%</li> <li>• Otros medicamentos de la Parte B: Coseguro del 20%</li> </ul>                                  |



## Medicamentos que Requieren Receta Médica de la Parte D

|  |  |  |  |
|--|--|--|--|
| <b>Etapa del Deducible</b>   | <p>Deducible de \$150 para los medicamentos que requieren receta médica de la Parte D (se aplica para medicamentos de los Niveles 3, 4 y 5)</p> <p>La Etapa del deducible es la primera etapa de pago de su cobertura para medicamentos. Esta etapa comienza cuando obtiene el primer medicamento que requiere receta médica del año. Cuando se encuentra en esta etapa de pago, debe pagar el costo total de sus medicamentos de la Parte D hasta alcanzar el monto del deducible del plan.</p> <p>Una vez que haya pagado el monto del deducible del plan para sus medicamentos de la Parte D, abandona la Etapa del deducible y pasa a la siguiente etapa de pago (Etapa de cobertura inicial).</p> |  |  |
| <b>Etapa de Cobertura Inicial</b><br><i>(después de que paga el deducible de la Parte D, si corresponde)</i> | <p>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 medicamentos” del año hasta la fecha alcance \$4,020. 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 medicamentos” alcancen los \$4,020, usted pasa a la siguiente etapa de pago (Etapa de brecha de cobertura).</p>                                 |  |  |
|  | <b>Farmacia minorista preferida<br/>(suministro para 30 días)</b>  | <b>Farmacia minorista estándar<br/>(suministro para 30 días)</b> | <b>Farmacia de pedido por correo<br/>(suministro para 90 días)</b> |
| <b>Nivel 1: Medicamentos Genéricos Preferidos</b>  | Copago de \$5  | Copago de \$10   | Copago de \$10   |
| <b>Nivel 2: Medicamentos Genéricos</b>   | Copago de \$15   | Copago de \$20   | Copago de \$30   |
| <b>Nivel 3: Medicamentos de Marca Preferidos</b>   | Copago de \$37   | Copago de \$47   | Copago de \$74   |
| <b>Nivel 4: Medicamentos No Preferidos</b>   | Copago de \$90   | Copago de \$100  | Copago de \$225  |
| <b>Nivel 5: Medicamentos Especializados</b>  | Coseguro del 30%   | Coseguro del 30%   | No disponible  |
| <b>Nivel 6: Medicamentos Selectos</b>  | Copago de \$0  | Copago de \$0  | Copago de \$0  |
| <b>Etapa de Brecha de Cobertura</b>  | <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 pagado por el plan no se tiene en cuenta para los costos de desembolso).</p>  |  |  |

## Medicamentos que Requieren Receta Médica de la Parte D

|  |  |
|--|--|
|  | <p>Por lo general, permanece en esta etapa hasta que el monto de los “costos de desembolso” del año hasta la fecha alcance \$6,350. Los “costos de desembolso” incluyen lo que paga al surtir o resurtir una receta para un medicamento cubierto de la Parte D y los pagos de sus medicamentos realizados 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 Programas de Asistencia Farmacéutica Estatal (por sus siglas en inglés, SPAP). Una vez que los “costos de desembolso” alcancen los \$6,350, usted pasa a la siguiente etapa de pago (Etapa de cobertura catastrófica).</p> |
| <b>Etapa de Cobertura Catastrófica</b> | <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 al 5% del coseguro del medicamento o un copago (\$3.60 por un medicamento genérico o un medicamento considerado genérico, \$8.95 por todos los demás medicamentos).</p>  |
| <b>Información Importante:</b>         | <p>El costo compartido puede variar según la farmacia que elija (como una farmacia de venta minorista preferida, una farmacia de venta minorista estándar, de pedidos 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.</p> <p>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 Violet 2 (PPO) H5439:014-001<br>Primas/Copagos/Coseguros  |  |
|---|--|--|
|   | Dentro de la Red   | Fuera de la Red  |
| <b>Servicios del Programa de Tratamiento con Opiáceos</b> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Entorno individual: Copago de \$30 por visita</li> <li>• Entorno grupal: Copago de \$30 por visita</li> </ul>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Entorno individual: Copago de \$50 por visita</li> <li>• Entorno grupal: Copago de \$50 por visita</li> </ul>   |
| <b>Atención Quiropráctica</b>                             | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Servicios quiroprácticos (cubiertos por Medicare): Copago de \$20 por visita</li> <li>• Servicios quiroprácticos de rutina: Copago de \$15 por visita (24 visitas por año calendario combinadas con servicios de acupuntura y naturoterapia)</li> </ul>                 | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Servicios quiroprácticos (cubiertos por Medicare): Copago de \$20 por visita</li> <li>• Servicios quiroprácticos de rutina: Copago de \$15 por visita (24 visitas por año calendario combinadas con servicios de acupuntura y naturoterapia)</li> </ul>                 |
| <b>Acupuntura</b>   | Servicios de acupuntura de rutina: Copago de \$15 por visita (24 visitas por año calendario combinadas con servicios quiroprácticos y naturoterapia de rutina)   | Servicios de acupuntura de rutina: Copago de \$15 por visita (24 visitas por año calendario combinadas con servicios quiroprácticos y naturoterapia de rutina)   |
| <b>Equipos/Suministros Médicos*</b>                       | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Equipo médico duradero (por ejemplo, sillas de ruedas, oxígeno): Coseguro del 18%</li> <li>• Dispositivos protésicos (por ejemplo, aparatos ortopédicos, extremidades artificiales): Coseguro del 18%</li> <li>• Suministros para la diabetes: Copago de \$0</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Equipo médico duradero (por ejemplo, sillas de ruedas, oxígeno): Coseguro del 20%</li> <li>• Dispositivos protésicos (por ejemplo, aparatos ortopédicos, extremidades artificiales): Coseguro del 20%</li> <li>• Suministros para la diabetes: Copago de \$0</li> </ul> |
| <b>Cuidado de los Pies (Servicios de podiatría)</b>       | Exámenes y tratamiento de los pies (cubiertos por Medicare): Copago de \$30  | Exámenes y tratamiento de los pies (cubiertos por Medicare): Copago de \$50  |
| <b>Visita Virtual</b>                                     | 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.  |  |



## Beneficios Adicionales Cubiertos

| Beneficios                                  | Health Net Violet 2 (PPO) H5439:014-001<br>Primas/Copagos/Coseguros   |   |
|---|---|---|
|   | Dentro de la Red  | Fuera de la Red   |
| <b>Programas de Bienestar</b>               | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Programa de acondicionamiento físico: Copago de \$0</li> <li>• Línea Nurse Connect atendida las 24 horas: Copago de \$0</li> <li>• Programa complementario para dejar de fumar y de consumir tabaco (orientación para dejar de fumar o de consumir tabaco): Copago de \$0</li> </ul> <p>Para obtener una lista detallada de los beneficios de los programas de bienestar ofrecidos, consulte la EOC.</p> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Programa de acondicionamiento físico: Copago de \$0</li> <li>• Línea Nurse Connect atendida las 24 horas: Copago de \$0</li> <li>• Programa complementario para dejar de fumar y de consumir tabaco (orientación para dejar de fumar o de consumir tabaco): Copago de \$0</li> </ul> <p>Para obtener una lista detallada de los beneficios de los programas de bienestar ofrecidos, consulte la EOC.</p> |
| <b>Atención Internacional de Emergencia</b> | Límite de cobertura del plan de \$50,000 para servicios complementarios de urgencia/emergencia fuera de los EE. UU. y sus territorios por año calendario.   | Límite de cobertura del plan de \$50,000 para servicios complementarios de urgencia/emergencia fuera de los EE. UU. y sus territorios por año calendario.   |
| <b>Examen Anual de Rutina</b>               | Copago de \$0   | Copago de \$0   |

## Beneficios Complementarios Opcionales

*(debe pagar una prima extra todos los meses por estos beneficios)*

### Health Net Complete Dental

|   |   |                              |
|---|---|------------------------------|
| <b>Prima Mensual</b><br>Esta prima mensual adicional es además de su prima mensual del plan y la prima mensual de Medicare Parte B.   | \$39 por mes  |                              |
| <b>Beneficios de Atención Dental</b>  |   |                              |
| <b>Atención Dental Preventiva/Integral</b><br>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. |   |                              |
|   | <b>Dentro de la red</b>   | <b>Fuera de la red</b>       |
| <b>Beneficio máximo anual</b>   | \$1000 dentro y fuera de la red combinados (se aplica a los servicios preventivos e integrales) |                              |
| <b>Servicios preventivos</b>  |   |                              |
| <b>Exámenes bucales: 2 por año</b>  | Usted paga un copago de \$0.  | Usted paga un copago de \$0. |
| <b>Limpiezas (profilaxis): 2 por año</b>  | Usted paga un copago de \$0.  | Usted paga un copago de \$0. |
| <b>Tratamiento con flúor: 1 por año</b>   | Usted paga un copago de \$0.  | Usted paga un copago de \$0. |
| <b>Rayos X dentales: 1 serie de rayos X preventivos (hasta 4 rayos X de aleta de mordida)</b>   | Usted paga un copago de \$0.  | Usted paga un copago de \$0. |
| <b>Servicios integrales</b>   |   |                              |
| <b>Servicios que no sean de rutina</b>  | Usted paga el 50%.  | Usted paga el 50%.           |
| <b>Servicios de diagnóstico</b>   | Usted paga un copago de \$0.  | Usted paga un copago de \$0. |
| <b>Servicios de restauración</b>  | Usted paga el 20%.  | Usted paga el 20%.           |
| <b>Servicios de endodoncia</b>  | Usted paga el 50%.  | Usted paga el 50%.           |
| <b>Periodoncia</b>  | Usted paga el 50%.  | Usted paga el 50%.           |
| <b>Extracciones</b>   | Usted paga el 50%.  | Usted paga el 50%.           |
| <b>Prostodoncia (dentadura postiza, cirugía maxilofacial/bucal y otros servicios)</b>   | Usted paga el 50%.  | Usted paga el 50%.           |

## Beneficios Complementarios Opcionales

*(debe pagar una prima extra todos los meses por estos beneficios)*

### Health Net Basic Dental

#### Prima Mensual

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

\$19 por mes

#### Beneficios de Atención Dental

##### **Atención dental preventiva**

Puede consultar a cualquier dentista con licencia para recibir servicios preventivos cubiertos. 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    |
|---|--|--------------------|
| <b>Deducible anual</b>  | \$35 dentro y fuera de la red  |                    |
| <b>Beneficio máximo anual</b>   | \$500 dentro y fuera de la red combinados<br>(se aplica a los servicios preventivos) |                    |
| <b>Servicios preventivos</b>  |  |                    |
| <b>Exámenes bucales: 2 por año</b>  | Usted paga un copago de \$0.   | Usted paga el 20%. |
| <b>Limpiezas (profilaxis): 2 por año</b>  | Usted paga un copago de \$0.   | Usted paga el 20%. |
| <b>Tratamiento con flúor: 1 por año</b>   | Usted paga un copago de \$0.   | Usted paga el 20%. |
| <b>Rayos X dentales: 1 serie de rayos X preventivos (hasta 4 rayos X de aleta de mordida)</b> | Usted paga un copago de \$0.   | Usted paga el 20%. |

## Para obtener más información, comuníquese a la siguiente dirección:

Health Net Violet 2 (PPO)  
PO Box 10420  
Van Nuys, CA 91410

[or.healthnetadvantage.com](http://or.healthnetadvantage.com)

Los afiliados actuales deben llamar al: 1-888-445-8913 (TTY: 711)

Los posibles afiliados deben llamar al: 1-800-949-6192 (TTY: 711)

Puede llamarnos los 7 días de la semana de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. del 1 de octubre al 31 de marzo, o bien de lunes a viernes de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. del 1 de abril al 30 de septiembre. 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](http://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 1-888-445-8913 (TTY: 711) para obtener mayor 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, tamaño de letra grande o audio.

**ATENCIÓN:** Si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1-888-445-8913 (TTY: 711).

Los proveedores fuera de la red/no contratados no tienen obligación de atender a los afiliados de Health Net Violet 2 (PPO), excepto en situaciones de emergencia. Llame al número de nuestro Servicio al Cliente o consulte su Evidencia de Cobertura para obtener más información, incluido el costo compartido que corresponde a los servicios fuera de la red.

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