



Planes Individuales y Familiares

Cómo Entender la Cobertura de la Salud

Presentado por Health Net of California, Inc. y
Health Net Life Insurance Company (Health Net)



Palabras que debe conocer

¡A veces, parece que la cobertura de la salud estuviera en su propio idioma! Use nuestro minidiccionario a medida que lee esta guía y considera sus opciones.

Palabra	¿Qué significa?	Ejemplo
Plan de salud o aseguradora de salud 	Organización que ofrece cobertura de la salud.	Health Net of California, Inc.
Cobertura de la salud 	También denominada "seguro de salud". Ayuda a pagar los servicios de cuidado de la salud.	Medicare y Medi-Cal son tipos de cobertura de la salud del gobierno. Usted puede obtener cobertura de la salud privada a través de su empleo, Covered California, [™] un plan de salud o una aseguradora de salud.
Atención administrada 	Una manera de administrar: <ul style="list-style-type: none"> • cuánto paga usted por el cuidado de la salud, • cómo accede a sus beneficios y servicios de cuidado de la salud, y • la calidad del cuidado de la salud que recibe. 	Los planes de salud ofrecen estos tipos de opciones de cobertura de la salud de atención administrada: <ul style="list-style-type: none"> Organización para el Mantenimiento de la Salud (HMO) Organización de Proveedores Preferidos (PPO) Organización de Proveedores Exclusivos (EPO) Plan de Servicios de Cuidado de la Salud (HSP)
Atención preventiva 	Servicios de cuidado de la salud que pueden protegerle de las enfermedades y ayudarle a mantenerse saludable. No necesita estar enfermo para consultar a su médico.	<ul style="list-style-type: none"> • Vacuna contra la gripe • Examen de salud anual • Consejos de su médico sobre la dieta • Consejos de su médico sobre cómo prevenir los problemas de salud
Atención de rutina 	Consultas al médico para obtener la atención que necesita. Esto es muy importante si tiene afecciones como diabetes u otros problemas de salud.	Consultar a su médico: <ul style="list-style-type: none"> • Cuando está enfermo • Para hablar sobre una afección a largo plazo • Para hablar sobre sus medicamentos

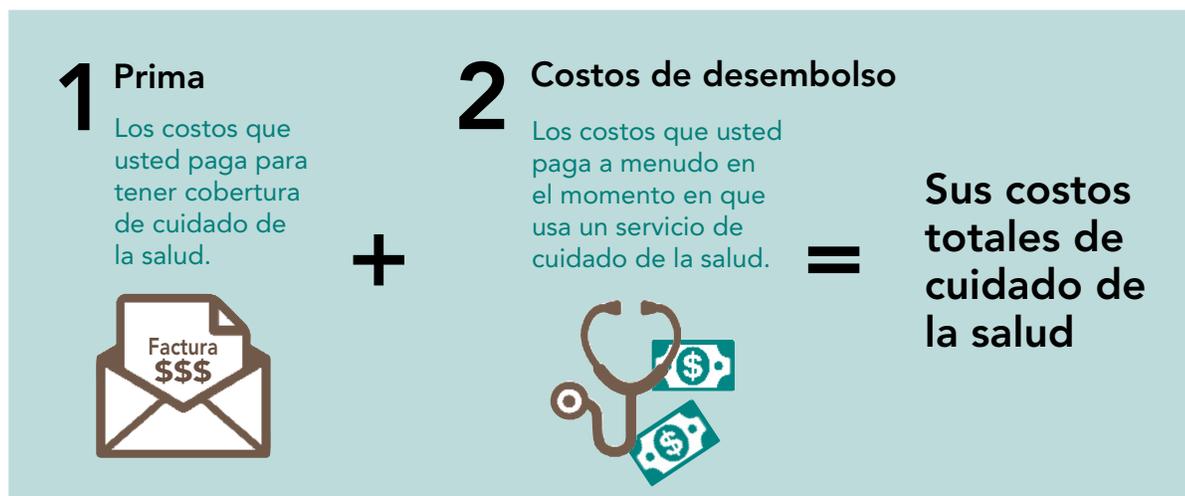
Palabra	¿Qué significa?	Ejemplo
<p>Médico de atención primaria (PCP)</p> 	<p>El médico principal al que consulta para obtener atención preventiva y de rutina. Por lo general, usted consultará a su médico de atención primaria antes de ver a otros tipos de médicos, como un especialista. Para algunos tipos de cobertura de la salud, siempre debe ver primero a su médico de atención primaria. Su médico de atención primaria también puede llamarse "Proveedor Elegido" o "Proveedor de Atención Primaria".</p>	<p>Un médico de atención primaria realiza un examen de salud anual, le atiende cuando está enfermo y le da consejos sobre sus medicamentos y problemas de salud básicos. A veces, su médico de atención primaria le remite a otros proveedores de cuidado de la salud, como especialistas.</p>
<p>Especialista</p> 	<p>Un médico al que consulta por ciertos tipos de problemas de salud. Su médico de atención primaria le remitirá a especialistas si es necesario.</p>	<p>Hay muchos tipos de especialistas. Un cardiólogo es un especialista en el corazón y un oncólogo es un especialista en cáncer.</p>
<p>Red</p> 	<p>El grupo de médicos, hospitales, clínicas, laboratorios y otros proveedores de cuidado de la salud con los que un plan de salud acepta trabajar para brindar servicios de cuidado de la salud.</p>	<p>CommunityCare HMO Network es una de las redes comunes de Health Net of California, Inc.</p>
<p>Remisión</p> 	<p>Una solicitud de su médico para que usted consulte a un especialista dentro de su red. Es posible que necesite una remisión antes de poder consultar a un especialista. Probablemente su plan de salud tenga que aprobar su remisión antes de su consulta al especialista.</p>	<p>Remisión a un cirujano ortopédico por una lesión en la espalda</p>





Cómo entender los costos del cuidado de la salud

Cuando se obtienen servicios de cuidado de la salud, hay ciertos costos. Los costos dependen del tipo de cobertura de la salud que tenga. Hay dos tipos de costos de cuidado de la salud.



Los costos que usted paga para tener cobertura de cuidado de la salud

Palabra	¿Qué significa?	¿Cuándo lo pago?	Ejemplo
Prima 	Una cantidad fija que usted paga regularmente para obtener cobertura de la salud. Debe pagar una prima a su plan de salud para estar cubierto aunque no use los servicios de salud.	Pagos mensuales o anuales.	Si su prima es de \$480 por año, usted pagaría \$40 por mes para tener cobertura de la salud.



Los costos que usted paga a menudo en el momento en que usa un servicio de cuidado de la salud

Palabra	¿Qué significa?	¿Cuándo lo pago?	Ejemplo
Costo de desembolso 	Los costos, aparte de las primas, que usted paga para usar los servicios de cuidado de la salud.	Por lo general, en el momento en que usa un servicio de cuidado de la salud o poco después.	<ul style="list-style-type: none"> • Copagos • Coseguro • Deducible
Copago 	<p>Un honorario fijo que usted paga por un servicio de cuidado de la salud. Usted paga este honorario a su proveedor de cuidado de la salud, a menudo, en el momento en que usa los servicios de cuidado de la salud.</p> <p>La atención médica, de farmacia, de emergencia y otro tipo de atención de especialidades pueden tener diferentes cantidades de copago.</p>	<p>En el momento en que usa un servicio de cuidado de la salud.</p> <p>La mayoría de los beneficios de salud preventivos son sin cargo.</p>	Si su copago es de \$30 por una consulta al médico habitual, usted paga \$30 cada vez que consulta a ese tipo de médico.
Coseguro	El coseguro se basa en un porcentaje del costo del servicio. Usted paga el coseguro a su proveedor de cuidado de la salud.	Es posible que reciba una factura de parte de su proveedor de cuidado de la salud por la cantidad de su coseguro. ¹	Si su coseguro es del 20% y la factura médica es de \$100, usted paga \$20. El plan de salud paga el 80%, o sea, \$80.

¹Para el coseguro, a veces usted paga todo el costo del servicio de cuidado de la salud en el momento en que consulta a un proveedor de cuidado de la salud. Luego, usted envía el recibo a su plan de salud. Su plan de salud le devuelve la parte que le corresponde de los costos de cuidado de la salud.



Palabra	¿Qué significa?	¿Cuándo lo pago?	Ejemplo
Deducible 	<p>Usted paga la cantidad total por ciertos servicios de cuidado de la salud hasta que haya pagado la cantidad de su deducible. Una vez que haya pagado la cantidad de su deducible, sólo pagará su copago o coseguro cuando use los servicios de salud.²</p>	<p>Debe pagar la cantidad de su deducible a sus proveedores de cuidado de la salud durante el año cada vez que use los servicios.³</p>	<p>Si su deducible es de \$1,000, usted debe pagar \$1,000 en costos de cuidado de la salud a sus proveedores de cuidado de la salud durante el año antes de poder usar los servicios de cuidado de la salud por un copago o coseguro.</p>
Desembolso máximo 	<p>El desembolso máximo puede incluir copagos, coseguro y deducibles. Este límite nunca incluye su prima ni los costos de los servicios de cuidado de la salud que no cubre su plan de salud.</p> <p>Una vez que usted alcance su desembolso máximo correspondiente al año del plan, su plan de salud pagará el 100% de sus costos de cuidado de la salud cubiertos durante el año del plan restante.</p>	<p>Usted pagará sus copagos, su coseguro y sus deducibles durante el año hasta alcanzar la cantidad de desembolso máximo de su plan. Es decir, lo máximo que pagará usted en costos de cuidado de la salud cubiertos durante los 12 meses de su cobertura de cuidado de la salud.</p>	<p>Si su desembolso máximo es de \$5,000, lo máximo que usted pagará por los servicios cubiertos cada año es \$5,000 en copagos, coseguro y deducibles.</p>

²Algunos tipos de cobertura de la salud no tienen deducible.

³Usted siempre debe leer el contrato de cobertura de su plan de salud, a veces llamado *Evidencia de Cobertura*, para conocer cómo se alcanza su deducible.



Conozca los beneficios de la atención médica administrada

Qué obtiene usted con la atención médica administrada:

- **Acceso a atención de calidad** – Usted obtiene cuidado de la salud de calidad de parte de una red de médicos. Su médico trabaja estrechamente con usted para brindarle las opciones correctas de cuidado y tratamiento. Además, usted obtiene información útil sobre sus derechos y responsabilidades como afiliado a un plan de salud.



- **Un plan de salud que está aquí para ayudar** –
 - Su plan de salud está aquí para asegurarse de que usted obtenga el cuidado adecuado —donde y cuando lo necesite—.
 - Su plan de salud puede ayudarle a programar una cita, cambiar de médico y responder preguntas sobre su factura.
 - Si está enfermo o necesita consejos sobre salud, puede hablar con una enfermera por teléfono y a veces en línea. Las enfermeras que brindan consejos pueden recomendarle cómo ocuparse de las lesiones y enfermedades y cómo prepararse para las consultas con el médico.
- **Beneficios y servicios para ayudarle a mantenerse saludable** – Éstos pueden incluir:
 - Apoyo para ayudarle a dejar de fumar.
 - Clases de educación sobre la salud.
 - Programas que le ayuden a comer alimentos saludables y estar más activo.



También puede obtener servicios que le ayuden a hablar con su médico en su propio idioma.



Elija la cobertura de la salud que le resulte adecuada

Los planes de salud trabajan con redes de proveedores de cuidado de la salud para que usted pueda obtener cuidado de la salud a costos fijos. Los planes de salud ofrecen diferentes tipos de cobertura según sus necesidades de salud y su presupuesto. Usted obtiene ahorros en los costos si recibe cuidado de la salud dentro de la red de médicos y proveedores de un plan de salud.

1 Organización para el Mantenimiento de la Salud (HMO)

Un plan HMO es un tipo de cobertura de la salud que ofrece servicios de cuidado de la salud a través de una red de proveedores de cuidado de la salud. Una red es un grupo fijo de médicos, hospitales, clínicas, laboratorios y farmacias. Usted obtiene atención y elige a un médico de atención primaria de su red. Su médico de atención primaria coordinará su atención y le remitirá a los especialistas de la red según sea necesario.

¿Por qué elegir un plan HMO?

- Usted confía en su médico de atención primaria para que supervise su atención y le remita a especialistas según sea necesario.
- Menos documentación para usted.
- Menores costos de desembolso.

Opciones de dónde y cómo obtiene atención: el ejemplo de Health Net CommunityCare HMO



Consulte a su médico de atención primaria (PCP): el médico principal que usted elige de la Red CommunityCare HMO. Usted consulta a su médico de atención primaria cuando necesita recibir cuidado y obtener remisiones a especialistas.



Use la Red CommunityCare HMO para todos los servicios cubiertos. Si necesita un especialista, su médico de atención primaria le proporcionará una remisión.
No hay cobertura para servicios fuera de la red, excepto para atención de emergencia, atención de urgencia y servicios aprobados por Health Net.



Acceda a los servicios de telesalud Teladoc por teléfono, a través de la aplicación móvil o del sitio Web por un copago de \$0. Los proveedores de Teladoc se pueden usar cuando el consultorio de su médico está cerrado o usted necesita acceso rápido a servicios de cuidado de la salud.
Los proveedores de Teladoc pueden tratar muchas enfermedades frecuentes que no son de emergencia, como problemas sinusales, infecciones en las vías respiratorias superiores, alergias, bronquitis y conjuntivitis.



Hable con personal de enfermería titulado por teléfono las 24 horas del día/los 7 días de la semana para obtener consejos sobre cómo manejar inquietudes de salud urgentes, y tratar lesiones menores y enfermedades como fiebre y la gripe.



Use un centro de atención de urgencia cuando necesita tratamiento de inmediato para problemas como esguinces leves, dolor de oído, resfríos o dolor de espalda.
Vaya inmediatamente a la sala de emergencias más cercana o llame al 911 en caso de emergencia.

2 Organización de Proveedores Preferidos (PPO)

Un plan PPO también es un tipo de cobertura de la salud con una red fija de proveedores de cuidado de la salud. Puede consultar a proveedores fuera de la red, pero es probable que pague más. También puede ir a un especialista sin obtener una remisión. **Nota:** La cobertura fuera del estado se limita a servicios de emergencia o de urgencia.



¿Por qué elegir un plan PPO?

- Desea más opciones de médicos y hospitales.
- Prefiere la flexibilidad de elegir especialistas, cuando sea necesario, para satisfacer sus necesidades de cuidado de la salud.
- Desea administrar su propio cuidado de la salud sin consultar primero a su médico de atención primaria.

Opciones de dónde y cómo obtiene atención: el ejemplo de Health Net PPO⁴



Vaya directamente a cualquier médico o especialista dentro de la Red de Planes Individuales y Familiares PPO para recibir atención.

La red incluye todos los especialistas que usted pueda necesitar para su salud: desde cardiólogos hasta dermatólogos.



Hable con personal de enfermería titulado por teléfono las 24 horas del día/los 7 días de la semana para obtener consejos sobre cómo manejar inquietudes de salud urgentes, y tratar lesiones menores y enfermedades como fiebre y la gripe.



Visite una clínica para pacientes sin cita previa, como una MinuteClinic (disponible en determinadas farmacias CVS), donde puede obtener atención para enfermedades frecuentes, exámenes de bienestar, vacunas y más.



Use un centro de atención de urgencia cuando necesita tratamiento de inmediato para problemas como esguinces leves, dolor de oído, resfríos o dolor de espalda.

Vaya inmediatamente a la sala de emergencias más cercana o llame al 911 en caso de emergencia.



Vaya a cualquier proveedor de cuidado de la salud fuera de la red si lo desea. Pagará más como costo de desembolso cuando lo haga.

⁴Estas opciones de atención corresponden al producto individual de Health Net, la Red PPO Completa. La red adaptada a las necesidades EnhancedCare PPO de Health Net también está disponible en algunas regiones.

3 Organización de Proveedores Exclusivos (EPO)

Un plan EPO es un tipo de cobertura de la salud que también cuenta con una red de proveedores de cuidado de la salud. Al igual que en un plan HMO, usted debe usar los proveedores de cuidado de la salud dentro de su red. Usted debe elegir a un médico de atención primaria, pero puede consultar a un especialista sin necesidad de ver primero a su médico de atención primaria. Sólo puede consultar a especialistas dentro de la Red PureCare One EPO.



? ¿Por qué elegir un plan EPO?

- Desea más opciones de médicos y hospitales, pero no quiere pagar el costo más alto de un plan PPO.
- Desea consultar a un especialista sin necesidad de una remisión.
- Desea administrar su propio cuidado de la salud sin consultar primero a su médico de atención primaria.

Opciones de dónde y cómo obtiene atención: el ejemplo de Health Net PureCare One EPO



Consulte a su médico de atención primaria (PCP): el médico principal que usted elige de la Red PureCare One EPO.



Vaya directamente a cualquier médico o especialista dentro de la Red PureCare One EPO para recibir atención. No necesita consultar primero a su médico de atención primaria ni obtener remisiones.

No hay cobertura para servicios fuera de la red, excepto para atención de emergencia, atención de urgencia y servicios aprobados por Health Net.



Hable con personal de enfermería titulado por teléfono las 24 horas del día/los 7 días de la semana para obtener consejos sobre cómo manejar inquietudes de salud urgentes, y tratar lesiones menores y enfermedades como fiebre y la gripe.



Use un centro de atención de urgencia cuando necesita tratamiento de inmediato para problemas como esguinces leves, dolor de oído, resfríos o dolor de espalda.

Vaya inmediatamente a la sala de emergencias más cercana o llame al 911 en caso de emergencia.

4 Plan de Servicios de Cuidado de la Salud (HSP)

Un plan HSP es un tipo de cobertura de la salud como un plan HMO. Usted debe elegir a un médico de atención primaria, pero puede consultar a un especialista sin necesidad de ver primero a su médico de atención primaria. Sólo puede consultar a especialistas dentro de la Red PureCare HSP.



¿Por qué elegir un plan HSP?

- Usted confía en su médico de atención primaria para que supervise su atención.
- Desea consultar a un especialista sin necesidad de una remisión.

Opciones de dónde y cómo obtiene atención: el ejemplo de Health Net PureCare HSP



Consulte a su médico de atención primaria (PCP): el médico principal que usted elige de la Red PureCare HSP.



Vaya directamente a cualquier médico o especialista dentro de la Red PureCare HSP para recibir atención. No necesita consultar primero a su médico de atención primaria ni obtener remisiones.

No hay cobertura para servicios fuera de la red, excepto para atención de emergencia, atención de urgencia y servicios aprobados por Health Net.



Hable con personal de enfermería titulado por teléfono las 24 horas del día/los 7 días de la semana para obtener consejos sobre cómo manejar inquietudes de salud urgentes, y tratar lesiones menores y enfermedades como fiebre y la gripe.



Use un centro de atención de urgencia cuando necesita tratamiento de inmediato para problemas como esguinces leves, dolor de oído, resfríos o dolor de espalda.

Vaya inmediatamente a la sala de emergencias más cercana o llame al 911 en caso de emergencia.

Si desea obtener más información sobre los planes de salud de atención administrada disponibles de Health Net, visite www.myhealthnetca.com.

Esta información tiene el objetivo de ayudar a las personas a conocer los puntos básicos de la atención médica administrada. Es posible que algunas de las palabras de este folleto no se apliquen a su cobertura de la salud o que se usen de manera diferente. Consulte con su plan de salud para obtener más información sobre sus beneficios de cuidado de la salud.

Consulte su *Contrato del Plan y Evidencia de Cobertura* (HMO y HSP), o bien, la *Póliza* o el *Certificado de Seguro* (PPO y EPO) para conocer los términos y condiciones de cobertura.

Para los afiliados a Health Net

Para conocer más sobre sus beneficios de cuidado de la salud, llame al número del Departamento de Servicios al Afiliado que aparece en su tarjeta de identificación de afiliado o visite www.myhealthnetca.com.

Visite nuestro sitio Web en
www.myhealthnetca.com

Centro de Comunicación con el Cliente: **1-888-926-4988**

Ventas e inscripción: **1-877-527-8409**

Pago automático: **1-800-539-4193**

Ayuda para usar nuestro sitio Web: **1-866-458-1047**