



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

PLANES INDIVIDUALES Y FAMILIARES

Conozca Su Cobertura de Atención de Salud



*Cobertura para
cada etapa de la vida™*

Palabras Comunes de Cobertura de la Salud

¡A veces, parece que la cobertura de la salud estuviera en su propio idioma!

Use esta lista de palabras comunes de cobertura de la salud mientras lee esta guía.

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 atención de salud.	<p>Medicare y Medi-Cal son tipos de cobertura de la salud del gobierno.</p> <p>Usted puede obtener cobertura de la salud privada a través de su empleo, Covered California, un plan de salud o una aseguradora de salud.</p>
Atención administrada 	<p>Una manera de administrar:</p> <ul style="list-style-type: none"> • cuánto paga usted por la atención de salud, • cómo accede a sus beneficios y servicios de la atención de salud, y • la calidad de la atención de salud que recibe. 	<p>Los planes de salud ofrecen estos tipos de opciones de cobertura de la salud de atención administrada:</p> <p>Organización para el Mantenimiento de la Salud (por sus siglas en inglés, HMO)</p> <p>Organización de Proveedores Preferidos (por sus siglas en inglés, PPO)</p> <p>Organización de Proveedores Exclusivos (por sus siglas en inglés, EPO)</p> <p>Plan de Servicios de Atención Médica (por sus siglas en inglés, HSP)</p>
Atención preventiva 	Servicios de atención de 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.	<p>Consultar a su médico:</p> <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
Médico de atención primaria (por sus siglas en inglés, PCP) 	<p>El médico principal al que consulta para obtener atención preventiva y de rutina. Por lo general, usted consultará a su PCP 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 PCP.</p> <p>Su PCP también puede llamarse “Proveedor Elegido” o “Proveedor de Atención Primaria”.</p>	<p>Un PCP 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 PCP le remite a otros proveedores de atención de salud, como especialistas.</p>
Especialista 	<p>Un médico al que consulta por ciertos tipos de problemas de salud. Su PCP le remitirá a especialistas si es necesario.</p>	<p>Hay muchos tipos de especialistas.</p> <p>Un cardiólogo es un especialista en el corazón y un oncólogo es un especialista en cáncer.</p>
Red 	<p>El grupo de médicos, hospitales, clínicas, laboratorios y otros proveedores de atención de salud con los que un plan de salud acepta trabajar para brindar servicios de atención de salud.</p>	<p>CommunityCare HMO Network es una de las redes comunes de Health Net of California, Inc.</p>
Remisión 	<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 la remisión antes de su consulta al especialista.</p>	<p>Remisión a un cirujano ortopédico por una lesión en la espalda.</p>



Tener en Cuenta los Costos de Atención de Salud

Existen dos tipos de costos de atención de salud cuando usted recibe servicios de atención de salud. Estos costos dependen del tipo de cobertura de la salud que tenga.



1

Prima

Los costos que usted paga para tener cobertura de atención de salud.



2

Costos de desembolso

Los costos que usted paga a menudo en el momento en que usa un servicio de atención de salud.



Sus costos totales de atención de salud



Los costos que usted paga para tener cobertura de atención de salud

Palabra	¿Qué significa?	¿Cuándo lo pago?	Ejemplo
Prima	Un monto fijo 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.
Costo de desembolso	Los costos, aparte de las primas, que usted paga para usar los servicios de atención de salud.	Por lo general, en el momento en que usa un servicio de atención de salud o poco después.	<ul style="list-style-type: none"> • Copagos • Coseguro • Deducible

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

Palabra	¿Qué significa?	¿Cuándo lo pago?	Ejemplo
Copago	Un honorario fijo que usted paga por un servicio de atención de salud. Usted paga este honorario a su proveedor de atención de salud, a menudo, en el momento en que usa los servicios de atención de salud. La atención médica, de farmacia, de emergencia y otro tipo de atención de especialidades pueden tener diferentes montos de copago.	En el momento en que usa un servicio de atención de salud. La mayoría de los servicios de salud preventivos son sin cargo.	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 atención de salud.	Es posible que reciba una factura de parte de su proveedor de atención de salud por el monto 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 .
Deducible	Usted paga el monto total por ciertos servicios de atención de salud hasta que haya pagado el monto de su deducible. Después de pagar su deducible, los servicios cubiertos aún están sujetos a otros costos compartidos, como copagos y coseguro. ²	Debe pagar el monto de su deducible a sus proveedores de atención de salud durante el año cada vez que use los servicios. ³	Si su deducible es de \$1,000 , usted debe pagar \$1,000 en costos de atención de salud a sus proveedores de atención de salud durante el año antes de poder usar los servicios de atención de salud por un copago o coseguro.
Desembolso máximo	El desembolso máximo puede incluir copagos, coseguro y deducibles. Este límite nunca incluye su prima ni los costos de los servicios de atención de salud que no cubre su plan de salud. Una vez que usted alcance su desembolso máximo correspondiente al año del plan, su plan de salud pagará el 100% de sus costos de atención de salud cubiertos durante el año del plan restante.	Usted pagará sus copagos, su coseguro y sus deducibles durante el año hasta alcanzar el monto de desembolso máximo de su plan. Esto es lo máximo que pagará usted en costos de atención de salud para el año de cobertura.	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.

¹Para el coseguro, a veces usted paga todo el costo del servicio de atención de salud en el momento en que consulta a un proveedor de atención de 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 atención de salud.

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.



Qué Obtiene Usted con la Atención Médica Administrada



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

- **Acceso a atención de calidad** – Usted obtiene atención de 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.



Elija una Cobertura de la Salud Que se Adapte a Su Vida

Los planes de salud trabajan con redes de proveedores de atención de salud para que usted pueda obtener atención de 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 atención de salud dentro de la red de médicos y proveedores de un plan de salud.

HMO

Organización para el Mantenimiento de la Salud (HMO)

Un plan de HMO es un tipo de cobertura de la salud que ofrece acceso a la atención de salud a través de una red de proveedores de atención de salud. Una red es un grupo fijo de médicos, hospitales, clínicas, laboratorios y farmacias. Usted elige un médico de atención primaria (por sus siglas en inglés, PCP) de su red, que coordinará su atención y le remitirá a especialistas dentro de la red, según sea necesario.

¿Por qué elegir un plan de HMO?

- Usted confía en su PCP 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 PCP: el médico principal que usted elige de la Red CommunityCare HMO. Usted consulta a su PCP cuando necesita recibir cuidado y obtener remisiones a especialistas.



Use la Red CommunityCare HMO para todos los servicios cubiertos. Si necesita un especialista, su PCP 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.



Use los servicios de telesalud de Teladoc por teléfono, en video o a través de la aplicación. Use Teladoc cuando el consultorio de su médico está cerrado o usted necesita acceso rápido a servicios de atención de salud.

Los proveedores de Teladoc pueden tratar muchas enfermedades frecuentes, 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.

PPO

Organización de Proveedores Preferidos (PPO)

Un plan de PPO también es un tipo de cobertura de la salud con una red fija de proveedores de atención de 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 de PPO?

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

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.



Programa una consulta con un médico de Heal para “visitas a domicilio” de atención primaria, preventiva y de urgencia. Un médico de Heal le visitará en su hogar, oficina u hotel, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., los siete días de la semana. Disponible mediante citas en determinadas áreas urbanas.



Use los servicios de telesalud de Teladoc por teléfono, en video o a través de la aplicación. Use Teladoc cuando el consultorio de su médico está cerrado o usted necesita acceso rápido a servicios de atención de salud.

Los proveedores de Teladoc pueden tratar muchas enfermedades frecuentes, 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.



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

EPO

Organización de Proveedores Exclusivos (EPO)

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

¿Por qué elegir un plan de EPO?

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

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



Consulte a su 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 PCP 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.



Programa una consulta con un médico de Heal para “visitas a domicilio” de atención primaria, preventiva y de urgencia. Un médico de Heal le visitará en su hogar, oficina u hotel, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., los siete días de la semana. Disponible mediante citas en determinadas áreas urbanas.



Use los servicios de telesalud de Teladoc por teléfono, en video o a través de la aplicación. Use Teladoc cuando el consultorio de su médico está cerrado o usted necesita acceso rápido a servicios de atención de salud.

Los proveedores de Teladoc pueden tratar muchas enfermedades frecuentes, como problemas sinusales, infecciones en las vías respiratorias superiores, alergias, bronquitis y conjuntivitis.



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



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.



HSP

Plan de Servicios de Atención de Salud (HSP)

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



¿Por qué elegir un plan de HSP?

- Usted confía en su PCP 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 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 PCP 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.



Use los servicios de telesalud de Teladoc por teléfono, en video o a través de la aplicación. Use Teladoc cuando el consultorio de su médico está cerrado o usted necesita acceso rápido a servicios de atención de salud.

Los proveedores de Teladoc pueden tratar muchas enfermedades frecuentes, 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.



Visite una clínica para pacientes sin cita previa, como una MinuteClinic (disponible en determinadas farmacias CVS), donde puede obtener atención para enfermedades frecuentes, evaluaciones 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.



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, su Póliza (PPO y EPO) para conocer los términos y condiciones de cobertura.

Para los afiliados a Health Net

Para conocer más sobre sus beneficios de atención de 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**

Los planes CommunityCare HMO y PureCare HSP de Health Net son ofrecidos por Health Net of California, Inc. Los planes de seguro PureCare One EPO de Health Net, Formulario de la Póliza N.º P34401, los planes de seguro IFP PPO de Health Net, Formulario de la Póliza N.º P30601 y los planes de seguro EnhancedCare PPO de Health Net, Formulario de la Póliza N.º P35001, están asegurados por Health Net Life Insurance Company. Health Net of California, Inc. y Health Net Life Insurance Company son subsidiarias de Health Net, LLC. Health Net es una marca de servicio registrada de Health Net, LLC. Covered California es una marca comercial registrada del Estado de California. Todos los derechos reservados.