



Guía para la cobertura de atención de la salud



Desde el 1/1/21

P: ¿Qué es?

R: La cobertura de atención de la salud privada lo ayuda a pagar la atención médica y le brinda acceso a una **red** de médicos y hospitales.

Vea la última página para encontrar definiciones útiles de las palabras en negrita.

P: ¿Cómo funciona?

R: Primero, usted compra un plan de salud. El plan de salud determina cuánto pagará usted al recibir atención y qué tipos de servicios médicos (**beneficios**) tienen cobertura.

Cuando necesita atención médica, usted va a un médico u hospital que formen parte de la red de proveedores de su plan. Una red es un grupo de médicos, hospitales y proveedores de atención de la salud que han acordado con la compañía de seguros de salud aceptar ciertas cantidades como pago total por cada servicio. En general, si usa proveedores de la red, pagará menos por la atención que si usa proveedores que no forman parte de la red.

La cobertura de atención de la salud no sirve solo cuando está enfermo. Los servicios de atención preventiva pueden ayudarlos a usted y a su familia a mantenerse saludables por medio de exámenes de salud anuales e inmunizaciones, como las vacunas contra la gripe, que están disponibles sin ningún costo adicional.

P: ¿Cuánto cuesta por mes?

R: Usted pagará una tarifa mensual fija por su plan de salud. La cantidad dependerá del plan que elija, del lugar donde viva y de la edad de cada persona incluida en la póliza. Generalmente, cuanto más baja es la tarifa mensual del plan, más tiene que pagar cuando va al médico, y viceversa. Saber con qué frecuencia va al médico puede ayudarlo a elegir el plan adecuado para usted.



Según sus ingresos y la cantidad de miembros de su familia, quizá sea elegible para recibir ayuda financiera a través de Covered California, nuestro mercado estatal de seguros de salud, para reducir la tarifa mensual de su plan o incluso sus costos de atención médica.

P: ¿Cuál es el costo de una visita al médico?

R: Depende del servicio y de los beneficios de su plan. Para algunos servicios, se debe pagar un **copago**, que es una cantidad fija en dólares. Para otros servicios, se debe pagar un **coseguro**, que es un porcentaje fijo. Cuando recibe atención de un médico de la red*, usted paga el copago o el coseguro, y el plan de salud paga el resto hasta alcanzar los **cargos permitidos**.

Algunos planes de salud tienen un **deducible** anual, que es la cantidad de dinero que usted paga por los servicios antes de que el plan de salud empiece a pagar por ellos.

Para protegerlo de costos inesperados, la mayoría de los planes tienen una cantidad máxima de gastos de bolsillo anual. Una vez que usted alcanza la cantidad máxima de gastos de bolsillo, su plan de salud cubre el 100% de la mayoría de los servicios médicos cubiertos hasta alcanzar los cargos permitidos.

P: ¿Cómo puedo obtener cobertura?

R: Simplemente presente una solicitud. Si usted es elegible, no pueden rechazarlo por problemas médicos pasados o actuales. El mejor momento para pedir la cobertura es durante la inscripción abierta, que va del 1 de noviembre de 2020 al 31 de enero de 2021. Puede pedir la cobertura fuera de este período si tiene una circunstancia habilitante, como la pérdida de la cobertura de un empleador, si se muda a una nueva área, si se casa, etc.

Si no tiene un plan de salud calificado en 2021, es posible que deba pagar una multa de impuestos de California en 2022.

* Si bien algunos planes le dejan recibir atención de hospitales y médicos que no forman parte de la red del plan, usted pagará más si va a esos proveedores que no forman parte de la red. Además, si desea consultar a esos proveedores, el plan puede tener otros costos, como un deducible más alto que se aplica por separado. Estos costos adicionales pueden ser muy altos; por lo tanto, recibir atención de los proveedores de la red suele ser la opción más económica.

Llame a su corredor de seguros o visítenos en blueshieldcaplans.com/es para obtener más información o si necesita ayuda para pedir la cobertura.

¿Cómo puede ayudarme Blue Shield of California?

Sabemos que usted se esfuerza por lograr una buena salud y mayor bienestar. Por esa razón, nos comprometemos a brindarle acceso a una atención de la salud económica y a una excelente red de médicos.



Planes

Tenemos una variedad de planes **HMO** y **PPO** individuales y familiares que se ajustan a la mayoría de los presupuestos; incluso es posible que usted califique para recibir ayuda financiera.



Proveedores

Con nuestros planes Trio HMO, usted puede elegir proveedores de una excelente red de médicos y hospitales locales, como Dignity Health, Hoag Memorial, John Muir, Providence, St. Joseph, St. Jude, Scripps, UC San Francisco y más. Y con nuestros planes PPO, tiene más de 56,000 médicos y 325 hospitales para elegir en todo el estado a través de nuestra red Exclusive PPO.

Además, ofrecemos formas convenientes y económicas de comunicarse con los médicos. Puede usar Teladoc para hablar con un médico por Internet, por teléfono o por medio de una aplicación móvil en cualquier momento, dentro o fuera de California, por un copago mínimo o sin copago. Y con Heal™, puede recibir visitas del médico en su casa.*



Experiencia

Tenemos experiencia que inspira confianza. Al ser una compañía sin fines de lucro, nuestra misión ha sido brindarles acceso a una atención económica a todos los habitantes de California durante más de 80 años. Por esa razón, nos hemos comprometido a limitar nuestro ingreso neto anual al 2% de las ganancias,† y si obtenemos más del 2%, devolveremos la diferencia a nuestros clientes y a la comunidad.



Recursos útiles

Su cobertura de Blue Shield le brinda acceso a programas y servicios populares que puede usar durante todo el año. Obtenga respuestas a preguntas relacionadas con la salud a través de NurseHelp 24/7SM o participe en nuestro programa Wellvolution®, que lo ayudará a mantenerse más activo, dejar de fumar, reducir el estrés y mucho más. Estos recursos están disponibles para usted sin costo adicional.



Cobertura dental y de la vista

Tener los dientes y la vista saludables también es importante. Por eso, ofrecemos planes dentales y de la vista† para complementar su salud general.

Para obtener más información o empezar a recibir cobertura, visite blueshieldcaplans.com/es o llame hoy mismo a su corredor de seguros.

* Visite heal.com/cities para ver una lista de los lugares donde Heal está disponible.

† Asegurados por Blue Shield of California Life & Health Insurance Company y administrados por la red de MESVision.

‡ Sujeto a la aprobación de la junta directiva.

Heal es una marca comercial de Get Heal, Inc.

NurseHelp 24/7 y Wellvolution son marcas de servicio o marcas comerciales registradas de Blue Shield of California.

Wellvolution es una marca comercial registrada de Blue Shield of California. Wellvolution y todos los programas, servicios y ofrecimientos de salud digitales y en persona relacionados son administrados por Solera, Inc., una compañía de salud comprometida a cambiar vidas al brindar asesoramiento a las personas para que mejoren la salud en sus comunidades. Wellvolution es una marca comercial registrada de Blue Shield of California. Wellvolution y todos los programas, servicios y ofrecimientos de salud digitales y en persona relacionados son administrados por Solera, Inc., una compañía de salud comprometida a cambiar vidas al brindar asesoramiento a las personas para que mejoren la salud en sus comunidades.

Definiciones útiles

Beneficios (servicios cubiertos): Los servicios y suministros médicamente necesarios que están cubiertos por el plan de salud del miembro.

Cantidad máxima de gastos de bolsillo: La cantidad máxima combinada de deducibles, copagos y coseguros que una persona o una familia deben pagar por año por todos los servicios cubiertos.

Cargos permitidos: La cantidad en dólares que el plan de salud de un miembro usará para calcular el pago por los servicios médicos.

Copago: La cantidad fija en dólares que un miembro paga por los beneficios después de alcanzar cualquier deducible por año civil.

Coseguro: El porcentaje de los cargos permitidos que un miembro paga por los beneficios después de alcanzar cualquier deducible por año civil.

Deducible: La cantidad que un miembro paga por año civil por la mayoría de los beneficios antes de que el plan de salud empiece a pagar. Algunos beneficios, como la atención preventiva, están cubiertos antes de que el miembro alcance el deducible por año civil.

Plan HMO: Plan de salud en el que los miembros eligen un médico de atención primaria para que administre su atención, incluidas las referencias a especialistas. Los beneficios cubiertos deben recibirse de proveedores que estén en el grupo médico del médico de atención primaria. No se ofrece cobertura para los servicios brindados por médicos que no forman parte del grupo médico del miembro.

Plan PPO: Plan de salud en el que los miembros pueden elegir cualquier proveedor que forme parte de la red de proveedores PPO sin que sea necesario obtener una referencia. Para la mayoría de los servicios, los miembros también tienen la posibilidad de pagar una parte del costo más alta si quieren ir a proveedores que no son de la red.

Red: El grupo de proveedores, que incluye hospitales, médicos, especialistas y otros proveedores de atención de la salud, que han acordado con el plan de salud brindar beneficios a los miembros del plan por una cantidad específica.