



Puntos Básicos de la Atención Médica Administrada



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.

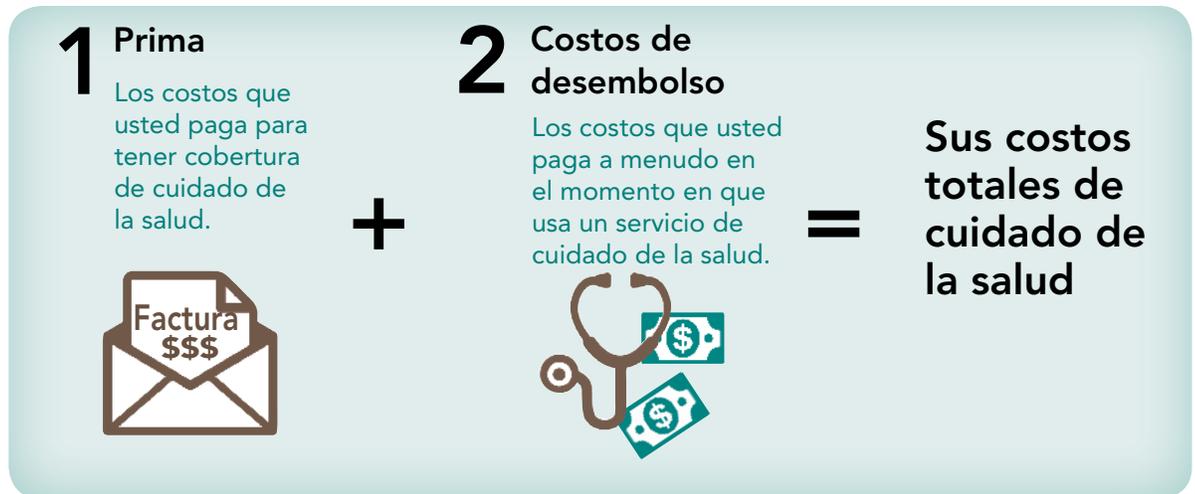
Palabra	¿Qué significa?	Ejemplo
Plan de salud o aseguradora de salud 	Organización que ofrece cobertura de la salud.	Health Net of California, Inc.
Cobertura de la salud 	También denominada "seguro de salud". Ayuda a pagar los servicios de cuidado de la salud.	Medicare y Medi-Cal son tipos de cobertura 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: Organización para el Mantenimiento de la Salud (HMO) Organización de Proveedores Preferidos (PPO) Organización de Proveedores Exclusivos (EPO)
Atención preventiva 	El cuidado de la salud que obtiene para mantenerse saludable y protegerse de las enfermedades. 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
Médico de atención primaria (PCP) 	<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.</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.</p>
Especialista 	<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>
Red 	<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>Algunos de los nombres de las redes comunes de Health Net son:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Red Health Net PPO • Red Health Net HMO • Red Health Net CommunityCare HMO
Remisión 	<p>Una solicitud de su médico para que usted consulte a un especialista. 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>	<ul style="list-style-type: none"> • Remisión a un cirujano ortopédico por una lesión en la espalda • Remisión a un Obstetra/ Ginecólogo (OB/GYN) para recibir atención durante el embarazo



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, como una factura, 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. Si obtiene cobertura de la salud a través de su empleo, la prima a menudo se le deduce de su cheque de pago.	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.	<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>Algunos servicios de cuidado de la salud, como las consultas para personas saludables, no tienen copago.</p>	<p>Si su copago es de \$30 por una consulta regular al médico, usted paga \$30 cada vez que consulta al médico.</p> <p>Si su copago por medicamentos es de \$15, usted paga \$15 cada vez que obtiene un medicamento que requiere receta médica de la farmacia.</p>
Coseguro	<p>Un honorario por servicios de cuidado de la salud diferente del copago. El coseguro se basa en un porcentaje del costo del servicio. Al igual que el copago, usted paga el coseguro a su proveedor de cuidado de la salud.</p> <p>Algunos tipos de cobertura de la salud tienen copago y coseguro.</p>	<p>Es posible que reciba una factura de parte de su proveedor de cuidado de la salud por la cantidad de su coseguro.¹</p> <p>Algunos servicios de cuidado de la salud, como las consultas para personas saludables, no tienen coseguro.</p>	<p>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.</p>

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>La cantidad de su deducible anual es establecida por su plan de salud.²</p> <p>Usted paga la cantidad total por los servicios de cuidado de la salud hasta que haya pagado la cantidad de su deducible. Una vez que haya pagado su deducible, sólo pagará su copago o coseguro cuando use los servicios de salud.³</p>	<p>Debe pagar la cantidad de su deducible a sus proveedores de cuidado de la salud durante el año.</p> <p>Algunos tipos de cobertura de la salud no tienen deducible.</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>Si usted paga su desembolso máximo correspondiente al año del plan, su plan de salud cubrirá el resto de sus costos de cuidado de la salud durante el año del plan restante.</p>	<p>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>

²A veces, el deducible es establecido por su empleo a través de los planes de cobertura de la salud patrocinados por el empleador.

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 los planes de salud de atención 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 (por sus siglas en inglés, 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.



Cómo funcionan los planes HMO

Usted



1

Llame primero a su médico de atención primaria (PCP) cuando necesite atención.

Su médico de atención primaria



2

Si necesita otros servicios, su médico le remitirá a un especialista dentro de su red.

Servicios y especialistas dentro de la red HMO.



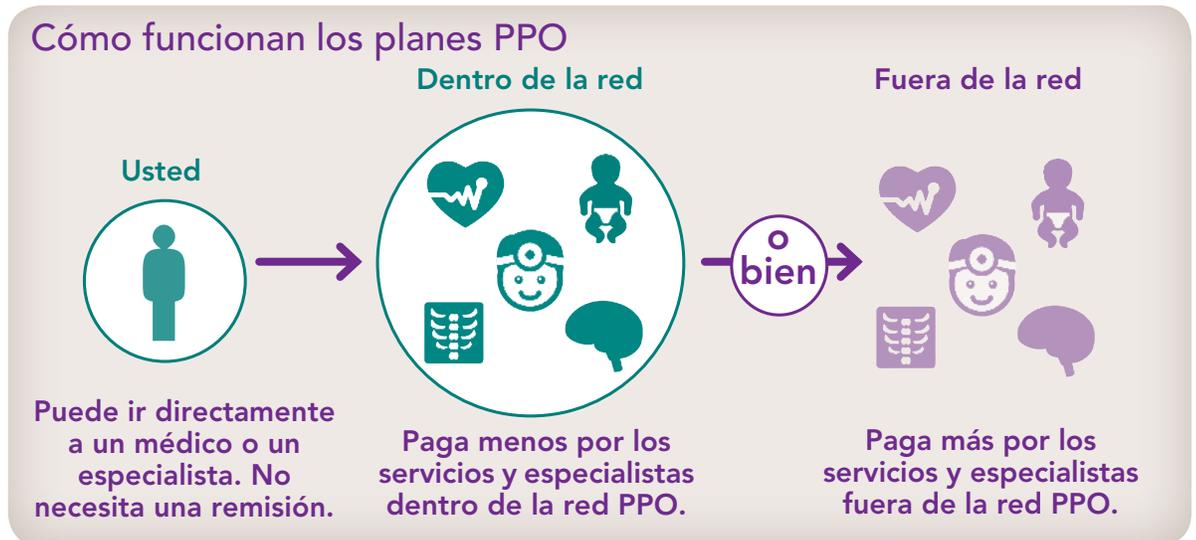
En una emergencia médica, vaya de inmediato al hospital más cercano —No es necesario que esté dentro de la red HMO—.

Sin cobertura: los médicos a los que consulta o los servicios que recibe fuera de la red.



2 Organización de Proveedores Preferidos (por sus siglas en inglés, 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.



¿Por qué elegir un plan PPO?

- Desea más opciones de médicos y hospitales.
- Prefiere buscar 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.





3 Organización de Proveedores Exclusivos (por sus siglas en inglés, 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. Pero no necesita seleccionar un médico de atención primaria ni obtener una remisión para consultar a un especialista.

Cómo funcionan los planes EPO

Usted

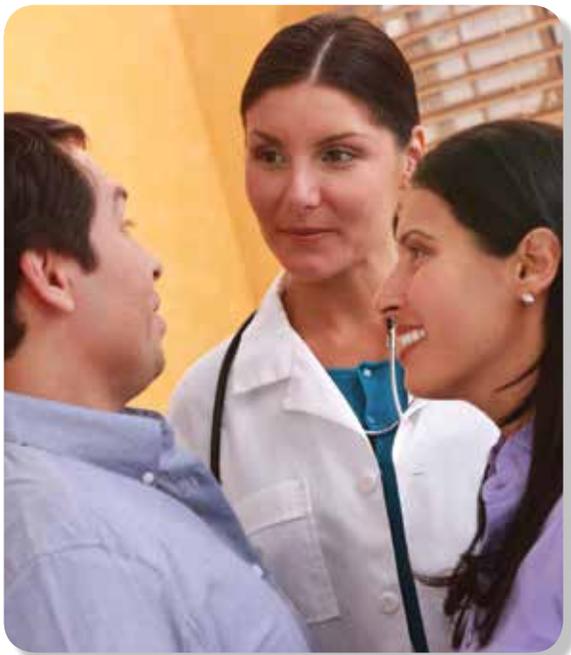


Médicos y servicios dentro de la red EPO



No es necesario que seleccione un médico de atención primaria. Puede ir directamente a un médico o especialista dentro de la red EPO sin una remisión.

Sin cobertura: cualquier médico al que consulte o servicio que reciba fuera de la red, excepto en los casos de atención de emergencia y atención requerida de urgencia.



¿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 especialistas sin necesidad de una remisión.
- Desea administrar su propio cuidado de la salud sin consultar primero a su médico de atención primaria.

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 estas palabras 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. Tenga a bien consultar el Contrato del Plan y la Evidencia de Cobertura (HMO), o bien, la Póliza o el Certificado de Seguro (PPO y EPO) para conocer los términos y condiciones de cobertura.

Si desea obtener más información sobre Health Net, visite www.healthnet.com.

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.healthnet.com.