

Guía sobre la cobertura de atención de la salud



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

P: ¿Qué es?

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

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 sean 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 son parte de la red.

La cobertura de atención de la salud no sirve solo cuando se enferma. Los servicios de atención preventiva pueden ayudar a que usted y su familia se mantengan 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 ser de ayuda para 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 que no tenga 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 debe aplicar. Si usted es elegible, no pueden negarle la cobertura por problemas médicos pasados o actuales. El mejor momento para pedirla es durante la inscripción abierta, que va del 1 de noviembre de 2025 al 31 de enero de 2026. Puede pedir la cobertura fuera de este período si tiene una situación calificante, 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 2026, es posible que deba pagar una multa de impuestos de California en 2027.

* Si bien algunos planes le dejan recibir atención de hospitales y médicos que no son parte de la red del plan, usted pagará más si va a esos proveedores que no son parte de la red. Además, si se atiende con 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, así que es más económico recibir atención de los proveedores de la red.

¿Cómo puede ayudarme Blue Shield of California?

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



Planes

Tenemos varios planes **HMO** y **PPO** individuales y familiares que se ajustan a la mayoría de los presupuestos y hasta 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 AltaMed, Dignity Health, Hoag Memorial, Good Samaritan, John Muir, Loma Linda, Scripps y más. Y con nuestros planes PPO, tiene más de 69,000 médicos y 325 hospitales para elegir en todo el estado a través de nuestra red Exclusive PPO.

Además, ofrecemos maneras convenientes y económicas de comunicarse con los médicos. Puede usar Teladoc Health para hablar con un médico por Internet, por teléfono o por medio de la aplicación móvil en cualquier momento, dentro o fuera de California, por un copago mínimo o sin copago.



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 85 años. Por eso, 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 le brindará ayuda para bajar de peso, tratar la diabetes, cuidar la salud mental y 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 cuidar su salud general.

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

[†] Asegurados por Blue Shield of California Life & Health Insurance Company.

[‡] Sujeto a la aprobación de la junta directiva.

NurseHelp 24/7 es una marca de servicio de Blue Shield of California. NurseHelp 24/7 es una línea de consejos para la atención de la salud. Los profesionales de enfermería no brindan servicios médicos para tratamientos ni diagnósticos.

Wellvolution es una marca registrada de Blue Shield of California. Solera Health, Inc. administra Wellvolution y todos los programas, servicios y ofertas de salud digitales y en persona asociados. Solera es independiente de Blue Shield. Estos servicios del programa no son un beneficio cubierto por los planes de salud de Blue Shield, y ninguno de los términos ni ninguna de las condiciones de los planes de salud de Blue Shield se aplica a esos servicios. Blue Shield tiene derecho a cancelar este programa en cualquier momento y sin previo aviso. Las disputas relacionadas con Wellvolution pueden estar sujetas al proceso de reclamos de Blue Shield. Tenga en cuenta que, para los miembros de los planes Medicare Advantage, nuestro contrato con el programa de Medicare no ofrece Wellvolution ni lo garantiza, y el proceso de apelaciones de Medicare tampoco se aplica a Wellvolution.

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 Blue Shield usa para determinar el pago por los servicios cubiertos.

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

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

Deducible: La cantidad que un miembro paga por año calendario 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 calendario.

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 son parte del grupo médico del miembro.

Plan PPO: Plan de salud en el que los miembros pueden elegir cualquier proveedor que sea 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.