



CaliforniaChoice
Your Health. Your Choice.

Guía de inscripciones de HMO para empleados

Atención médica para su estilo de vida

¡Felicidades! Su empleador ha decidido ofrecer cobertura de seguro médico por medio de CaliforniaChoice, brindándole más opciones que ningún otro programa disponible en California. Ahora puede seleccionar el plan de salud de su elección y los beneficios apropiados para usted y su familia.

¿Qué es CaliforniaChoice?

CaliforniaChoice es un programa de seguro médico que permite a los empleados escoger entre múltiples planes de salud y opciones de beneficios.

¿Cómo le beneficia CaliforniaChoice?

- CaliforniaChoice le permite adaptar un plan médico que satisfaga sus necesidades individuales
- CaliforniaChoice le ofrece más opciones, mayor flexibilidad y más comodidad
- CaliforniaChoice le proporciona precios más asequibles, mayor acceso, opciones y satisfacción

Compare sus opciones de planes de salud

- Red de médicos
- Formulario de fármacos
- Cobertura de servicios médicos
- Prima, deducible y co-pago
- Participación regional

Una selección de planes de salud, incluidos:



Resumen de Beneficios de la HMO

EL PROPÓSITO DE ESTE CUADRO ES AYUDARLE A COMPARAR LOS BENEFICIOS DE LA COBERTURA Y SÓLO ES UN RESUMEN. SE DEBE CONSULTAR EL DOCUMENTO "PRUEBA DE PROTECCIÓN" (EVIDENCE OF COVERAGE) Y EL CONTRATO DEL PLAN SI DESEA UNA DESCRIPCIÓN DETALLADA DE LOS BENEFICIOS Y LIMITACIONES DE LA COBERTURA.

Servicios	CalChoice 5	CalChoice 10	CalChoice 25
Deducible	Ninguno	Ninguno	Ninguno
Máximo en toda la vida	Sin límite	Sin límite	Sin límite
Servicios profesionales (visitas al consultorio) Servicios de médico (consultorio, especialistas, aparte de cirugía o terapia); pruebas, tratamiento y suero para alergias; rayos X y laboratorio de diagnóstico	\$ 5	\$ 10 (Co-pago de \$30 para médicos a los que se autorrefiera – sólo Elect Open Access)	\$ 25
Servicios profesionales (diagnóstico) Servicios de laboratorio; servicios radiológicos de diagnóstico y terapeuta y otros servicios de diagnóstico, incluido electrocardiografía (EKG) y electroencefalografía (EEG)	Sin cargo	Sin cargo	Sin cargo
Servicios profesionales (preventivos) Exámenes físicos de rutina periódicos según la edad; servicios prenatales; exámenes de senos y pélvicos; prueba de Papanicolaou; prueba de detección del cáncer de cuello uterino; mamografía para pruebas o diagnósticos; vacunas para niños y adultos; atención preventiva para niños; cuidado de niños sanos	\$ 5	\$ 10	\$ 25
Servicios de cirugía para pacientes externos Instalaciones quirúrgicas	\$ 50	\$ 100	\$300
Los co-pagos de los hospitales afiliados a Blue Shield aumentan en \$100			
Servicios de hospitalización (pacientes internos) Servicios de hospital general, incluidas habitaciones semiprivadas; unidad y servicios de cuidado intensivo; fármacos; medicamentos; servicios de anestesia y oxígeno; rayos X y laboratorio de diagnóstico Atención hospitalaria para embarazo y maternidad	Sin cargo	\$ 300 por admisión	\$500 por día – máx. \$1,000 (por admisión)
	Afiliado a Blue Shield \$100 por admisión	Afiliado a Blue Shield \$400 por admisión	Afiliado a Blue Shield \$600 por admisión – máx. \$1,200 (por admisión)
Sala de emergencia/Cobertura médica Se exonera el co-pago si se admite en el hospital	\$ 50	\$ 50	\$ 100
Servicios de ambulancia (por viaje)	\$ 50	\$ 50	\$ 50
Recetas médicas Por suministro de 30 días o dosis de 100 unidades, se permite al HCSP usar un medicamento genérico o de marca en el formulario	\$ 5 genérico \$ 15 de marca	\$ 10 genérico \$ 20 de marca	\$ 15 genérico \$ 25 de marca
La cobertura de medicamentos que no están en el formulario varía según el plan de salud. Consulte la Guía del Consumidor o la Guía del Formulario de Medicamentos			
Equipo médico duradero (Se cubre cuando es médicamente necesario según lo determine el HCSP)	Sin cargo Máx. de \$2,500 por año	Se cubre el 90% de los cargos permitidos Máx. de \$2,500 por año	Se cubre el 70% de los cargos permitidos Máx. de \$2,500 por año
Servicios de salud mental/abuso de sustancias adictivas Pacientes externos – 20 visitas por año (Se aplican las disposiciones de la Ley AB 88, vea la siguiente página)	\$ 20	\$ 30	\$ 40
Evaluación y tratamiento de infertilidad	50% de los cargos permitidos	50% de los cargos permitidos	50% de los cargos permitidos
Co-pago máximo (por año calendario)	\$1,500, individual; \$3,000, familia Afiliado a Blue Shield \$3,000 \$6,000	\$2,000, individual; \$4,000, familia Afiliado a Blue Shield \$3,000 \$6,000	\$2,500, individual; \$5,000, familia Afiliado a Blue Shield \$3,000 \$6,000

Estos servicios sólo son beneficios con cobertura en las ocasiones y hasta el punto que los preste, prescriba o señale el Plan de Servicio de Atención Médica (Health Care Service Plan, HCSP) de su elección, excepto en casos de emergencia. Cada HCSP se encarga de administrar estos beneficios de conformidad con sus propios procedimientos administrativos, protocolos médicos y criterios y procedimientos de revisión médica. Los beneficios quedan sujetos a diversas limitaciones, exclusiones y condiciones según se indican en la siguiente página y se describen totalmente en el documento "Prueba de Protección" (Evidence of Coverage) de cada HCSP y los reglamentos del programa. Si desea más información antes de inscribirse o solicitar una copia del documento "Prueba de Protección", sírvase ponerse en contacto con el HCSP o los HCSP que le interesen utilizando el número de teléfono que figura en la última página de este folleto. Todos los servicios que cubra el HCSP de su elección se describen completamente en el documento "Prueba de Protección" que se le enviará por correo una vez que se haya inscrito y se le haya aceptado para la cobertura por medio del programa CaliforniaChoice.

CalChoice HMO 5, 10 y 25

Resumen de exclusiones y limitaciones de beneficios

Los planes que participan en el Programa CaliforniaChoice NO cubrirán los siguientes artículos y/o circunstancias:

- Aparatos auditivos.
- Servicios quiroprácticos.
- Ningún servicio o tratamiento que no sea de emergencia que no se autorice apropiadamente conforme a los requisitos de su plan de salud participante y que no se considere médicamente necesario para mantener o mejorar la salud.
- Procedimientos, productos y medicamentos experimentales médicos, quirúrgicos o de algún otro tipo de atención médica clasificados por la Administración de Alimentos y Fármacos (FDA) de los Estados Unidos, excepto según lo requiera la Ley Knox-Keene sobre pruebas clínicas para el cáncer, como experimentales o restringidos para investigaciones. En el caso de los medicamentos con receta, se considerará que un fármaco es experimental si no lo ha aprobado la FDA o si ésta no lo ha aprobado para las indicaciones específicas, la vía de administración o las dosis requeridas.
- La compra de anteojos o de ceratotomía radial.
- Atención de custodia o domiciliaria, atención prolongada, servicios de asistente en el hogar o atención de convalecencia que no requieran atención de enfermería especializada (aunque lo prescriba o recomiende su Médico de Atención Primaria).
- Servicios dentales, excepto para preparar la mandíbula/el maxilar para radioterapia de enfermedades neoplásicas y procedimientos quirúrgicos médicamente necesarios para problemas que afecten el maxilar superior o inferior, o articulaciones óseas relacionadas.
- Cirugía cosmética, excepto la cirugía reconstructiva para corregir o reparar estructuras anormales del organismo causadas por defectos congénitos, anormalidades en el desarrollo, traumas, infecciones, tumores o enfermedades si un médico del plan de servicio de atención médica determina que es necesario mejorar la función, o crear una apariencia normal, hasta donde sea posible.
- Fertilización in vitro, concepción por medios artificiales, servicios de embarazo de una madre subrogada y cirugía para cambio de sexo o para invertir una cirugía previa de esterilización e inseminación artificial voluntarias.
- Medicamentos con receta con una farmacia que no participe en el plan.

Vea una lista completa de exclusiones y limitaciones en el documento "Prueba de Protección" (Evidence of Coverage).

Ley AB 88 de Paridad de salud mental

- Los planes de salud que proporcionan cobertura hospitalaria, médica o quirúrgica deben ofrecer cobertura para el diagnóstico y tratamiento médicamente necesario de enfermedades mentales graves de una persona de cualquier edad, y de trastornos emocionales graves de un menor, según se especifique, conforme a los mismos términos y condiciones que se apliquen a otros problemas médicos.
- En estos beneficios se incluirán servicios para pacientes internos, hospitalización parcial y para pacientes externos, además de medicamentos con receta si el plan incluye cobertura para medicamentos.
- Los beneficios de salud mental se deben aplicar de la misma manera que el resto de los beneficios médicos, incluidos, entre otros, los beneficios máximos en toda la vida, co-pagos y deducibles individuales y familiares.
- En la definición de "Enfermedades mentales graves" se incluyen: trastornos esquizofrénicos, trastornos bipolares (enfermedades maniaco depresivas), trastornos depresivos mayores, trastornos de pánico, trastornos obsesivo-compulsivos, trastorno generalizado del desarrollo o autismo, anorexia nerviosa y bulimia nerviosa.

Si tiene alguna pregunta sobre la cobertura por medio del programa *CaliforniaChoice*, incluida la inscripción, sírvase llamar al Departamento de Servicios a los Miembros de *CaliforniaChoice* al (800) 558-8003.

Blue Shield of California HMO (inglés)	(800) 424-6521
Blue Shield of California HMO (español)	(800) 248-5451
Blue Shield of California PPO	(800) 535-8000
Health Net	(800) 361-3366
Kaiser Permanente (inglés)	(800) 464-4000
Kaiser Permanente (español)	(800) 788-0616
Sharp Health Plan	(800) 359-2002
Universal Care y ChampionHEALTH de Universal Care	(800) 635-6668 - Ext. 4936
Western Health Advantage	(888) 563-2250



CaliforniaChoice
Your Health. Your Choice.