

Tipos de planes

HMO

HMO significa Organización para el Mantenimiento de la Salud. Un plan HMO ofrece servicios de atención médica a través de una red de proveedores que han acordado proporcionar estos servicios a los miembros. Es probable que tenga cobertura para una amplia gama de servicios de atención médica preventiva. Se le pedirá que elija un médico de atención primaria, o PCP, que se ocupará de la mayoría de sus necesidades de atención médica, incluida la derivación a un especialista si necesita consultar uno.

Los HMO suelen tener costos de bolsillo más bajos, pero es posible que deba pagar un deducible antes de que su HMO comience a pagar los servicios de salud cubiertos. Es probable que sus copagos sean razonables. Por ejemplo, puede pagar un copago de \$20 a \$35 por una visita al médico, y la HMO pagará el resto del cargo elegible.

Tenga en cuenta que con un HMO probablemente no tendrá cobertura para la atención que no sea de emergencia que reciba fuera de la red o para los servicios que reciba sin una derivación adecuada de su PCP.

Un plan HMO puede ser el plan adecuado para usted si:

- Está buscando un plan con una prima mensual baja
- Quiere un plan con un deducible bajo o nulo
- Su atención habitual es preventiva

PPO

PPO significa Organización de Proveedores Preferidos. Los PPO son uno de los tipos de plan más populares para individuos y familias. Los PPO le permiten visitar a cualquier proveedor de atención médica dentro de la red sin necesidad de una derivación de un proveedor de atención primaria. Nota: algunos planes PPO ahora requieren una designación de PCP; depende del plan.

La atención dentro de la red estará cubierta a un nivel de beneficios más alto que cualquier atención que reciba fuera de la red. Puede esperar que los planes PPO le exijan que pague un deducible anual antes de que la compañía de seguros comience a pagar su parte por la mayoría de los servicios. Según el plan, se puede cobrar un copago o coseguro por ciertos servicios.

Un plan PPO puede ser adecuado para usted si:

- Quiere tener la libertad de elegir prácticamente cualquier centro médico o proveedor para sus necesidades
- Quiere tener la opción de alguna cobertura fuera de la red
- No quiere necesitar una derivación para ver a un especialista

EPO

EPO significa Organización de proveedores exclusivos. Con una EPO, utilizas exclusivamente los proveedores de atención médica dentro de la red del plan, lo que incluye médicos, especialistas y hospitales. Por lo general, cuestan menos que las HMO o PPO.

Un plan EPO puede ser el plan adecuado para usted si:

- No desea tener que obtener una derivación para ver a un especialista
- Sus proveedores preferidos están dentro de la red
- Desea recibir una prima mensual más baja que la que normalmente recibiría con un plan HMO o PPO

POS

POS significa Point Of Service (Punto de servicio). Un plan POS es una combinación de un plan HMO y un plan PPO. Al igual que un HMO, los planes POS requieren que usted elija un médico de atención primaria que coordinará toda su atención, incluidas las derivaciones a especialistas.

Al igual que un PPO, tiene más opciones sobre dónde recibir atención. Los proveedores dentro de la red generalmente cuestan menos y la cobertura tiende a ser mejor. Sin embargo, puede consultar a especialistas fuera de la red; solo tenga en cuenta que esto generalmente implica costos de bolsillo más altos.

Un plan POS puede ser adecuado para usted si:

- Sus proveedores preferidos están dentro de la red
- Se siente cómodo con que su PCP coordine su atención
- Desea costos generales más bajos, pero sabe que podría pagar costos más altos por consultar a un proveedor fuera de la red