

HMO vs. PPO: Cómo elegir el plan de salud adecuado

A continuación, le brindamos información importante que debe tener en cuenta antes de elegir cobertura para usted y su familia.

Conozca las diferencias: Planes HMO y PPO

HMO

La elección de un médico de atención primaria (PCP) es una de las claves para usar un plan HMO. A excepción de las emergencias y la atención urgente que se reciba fuera del área de servicio del PCP, los miembros de un plan HMO deben obtener acceso a los **servicios cubiertos** a través de una red de médicos y centros según lo indique su PCP. Los planes HMO pueden ser una buena opción y ofrecer una forma económica de mantener su atención de la salud si usted y su familia van al médico con frecuencia. Usted simplemente paga un **copago** fijo cada vez que visita a su PCP.

PPO

Con los planes PPO, usted puede elegir cualquier médico y hospital dentro de la red del plan, así como también fuera de la red. Tenga en cuenta que si su médico (u otro proveedor) no forma parte de la red PPO del plan, es posible que usted deba pagar más por cada visita.

vs.

Los planes PPO exigen que usted alcance un **deducible** anual antes de que empiece la cobertura de su plan. Cuando lo haya alcanzado, compartirá un porcentaje de los costos con su plan; este porcentaje se llama **coseguro**. Usted puede ver a **proveedores preferidos (proveedores de la red)** y pagar cantidades de coseguro más bajas. O puede ver a cualquier **proveedor no preferido (proveedores que no son de la red)** que desee y pagar más.

Breve información básica sobre salud

A continuación encontrará explicaciones cortas de algunos términos comunes. Pueden ayudarlo a entender mejor los términos incluidos en sus materiales de inscripción. Una vez que se haya hecho miembro de Blue Shield, consulte su *Evidencia de Cobertura* (EOC, por sus siglas en inglés) para leer las definiciones oficiales de estos términos.

Copago: La cantidad fija y/o porcentaje que usted debe pagar por los servicios cubiertos después de alcanzar cualquier deducible del plan que corresponda.

Copago/coseguro máximo: El límite en la cantidad que usted debe pagar en copagos o coseguro después de que se haya alcanzado cualquier deducible que corresponda por ciertos servicios cubiertos durante un año civil. Una vez que se alcanza el máximo, Blue Shield pagará el 100% de la cantidad permitida por estos servicios cubiertos, hasta los máximos especificados para el resto del año civil. Ciertos servicios cubiertos por el plan PPO, como las visitas al consultorio, generalmente no cuentan para alcanzar estos máximos, y continúan siendo su responsabilidad.

Coseguro: El porcentaje de la cantidad permitida o los cargos facturados que usted debe pagar por los servicios cubiertos luego de alcanzar cualquier deducible del plan que corresponda.

Deducible: La cantidad inicial que usted debe pagar en un año civil por servicios cubiertos específicos antes de que pague Blue Shield.

Formulario: Una lista preferida de medicamentos que puede incluir medicamentos genéricos y de marca. En ciertos planes, los miembros pagan menos por medicamentos del formulario que por los que no están en el formulario. También tenemos planes que cubren solamente medicamentos del formulario.

Gastos de bolsillo máximos: Un límite de dólares en la cantidad total que un miembro debe pagar por muchos servicios cubiertos en un año civil, incluidos los copagos, el coseguro y el deducible.

Médico de atención primaria: El médico de la red que brinda servicios como proveedor de atención de la salud primario designado por un miembro de HMO y que brinda y coordina toda la atención del miembro, usualmente dentro de un grupo médico. A los miembros de Tandem PPO también se les asigna un PCP para ayudarlos a explorar sus necesidades de atención de la salud.

Proveedor no preferido (solamente planes PPO): Un proveedor que no forma parte de la red PPO de Blue Shield; también se lo llama "proveedor fuera de la red".

Proveedor preferido (solamente planes PPO): Un proveedor que forma parte de la red PPO de Blue Shield; también se lo llama "proveedor de la red". Los miembros de los planes PPO pagan menos cuando ven a proveedores preferidos.

Servicios cubiertos: Los servicios y suministros médicos que están cubiertos por el plan de salud.