

La mayoría de los estadounidenses tienen seguro de salud a través de su empleador (y muchos que se auto-aseguran) están inscritos en algún tipo de plan de atención administrada - o un HMO o PPO. Los tipos más comunes de planes de atención son las organizaciones de mantenimiento de la salud (HMO) y las organizaciones de proveedores preferidos (PPO). Menos comunes son los puntos de servicio (POS) planes que combinan las características de un HMO y PPO.

Health Maintenance Organizations (HMOs)

Si usted está inscrito en una organización de mantenimiento de la salud (HMO) tendrá que recibir la mayor parte o la totalidad de su atención médica de un proveedor de red. HMOs requieren que seleccione un médico de atención primaria (PCP) que se encarga de gestionar y coordinar toda su atención médica (OA or GK).

Su PCP le servirá como su médico personal para ofrecer todos sus servicios de atención básica de salud. PCP son médicos internistas, médicos de familia, y en algunos HMO, ginecólogos que prestan atención básica de salud para las mujeres. Para sus hijos, usted puede seleccionar a un pediatra o un médico de familia como su PCP.

Si necesita atención de un especialista médico en la red o un servicio de diagnóstico como una prueba de laboratorio o rayos X, el médico de atención primaria (PCP), tendrá que darle una referencia. Si usted no tiene una referencia o usted elige ir a un médico fuera de la red de su HMO, lo más probable es que tenga que pagar la totalidad o la mayor parte de los costos de esa atención.

Preferred Provider Organizations (PPOs)

Una organización de proveedores preferidos (PPO) es un plan de salud que tiene contratos con una red de proveedores "preferidos" de los cuales usted puede elegir. No es necesario seleccionar un PCP y no necesita referidos para ver otros proveedores en la red.

Si usted recibe su atención de un médico de la red preferida sólo será responsable de su copago por la visita y deducibles anuales (una característica de algunos OPP) y por su visita. Si usted recibe servicios médicos de un doctor u hospital que no está en la red preferida (conocido como "fuera de la red") tendrá que pagar una cantidad mayor. Y usted tendrá que pagar directamente al médico y presentar una reclamación con el PPO para obtener un reembolso.

Point of Services (POSs)

El POS es una combinación de los planes HMO y PPO. Usted está obligado a designar a un médico dentro de la red para ser su proveedor de atención primaria de salud. Usted puede salir de la red si lo desea, pero al hacerlo, usted tendrá que pagar la mayor parte del mismo, a menos que un médico de atención primaria le refiera a un médico específico. En esa instancia, el plan de salud pagará todo o la mayor parte de su factura. Dependiendo de las redes disponibles en su área, un plan de punto de venta puede ser una gran opción para su pequeña empresa, si sus empleados trabajan en varias ciudades con diferentes grupos de médicos y hospitales a su disposición.

Una Cuenta de Ahorros de Salud, o HSA; es una cuenta que le permite guardar su dinero antes de impuestos para los gastos médicos de bolsillo. A diferencia de una cuenta de gastos flexibles (FSA), cualquier dinero sobrante al final del año pueden ser guardados y utilizados para los años siguientes. El dinero también puede crecer a través de inversiones, al igual que los fondos en una cuenta IRA, dependiendo de cómo y dónde establecer su cuenta. Cuentas de Ahorro de Salud se han diseñado específicamente para las personas con planes de seguros con deducibles altos que no tienen ningún otro primer dólar de cobertura médica.

CHAPTER 641: HEALTH CARE SERVICE PROGRAMS

PART II: PREPAID HEALTH CLINIC (ss. 641.40 – 641.59)

641.402: Definitions.--As used in this part, the term:

(4) "clínica de salud pre pagada" significa una organización autorizada en virtud de esta parte, que dispone, ya sea directamente o mediante acuerdos con otras personas, los servicios básicos a las personas inscritas, con dicha organización, por un per cápita pre pagado fijo, que incluyen los servicios básicos que los abonados puedan razonablemente requerir para mantener una buena salud

CHAPTER 636: DISCOUNT MEDICAL PLAN ORGANIZATIONS

PART II: DISCOUNT MEDICAL PLAN ORGANIZATIONS (ss. 636.202 - 636.244)

636.202: Definitions.--As used in this part, the term:

(2) "organización de planes de descuentos médicos", significa una entidad que, a cambio de derechos, impuestos, tasas, u otras consideraciones, establece el acceso de los miembros del plan a los prestadores de servicios médicos y el derecho a recibir servicios médicos de aquellos proveedores con un descuento.

Suplementario de seguro de salud (Supplemental Health insurance) es un tipo de seguro que se acepta en establecimientos médicos y pueden ayudar a diferir el saldo de una visita regular o una situación de emergencia. Al igual que con cualquier otro seguro, una cuota mensual es necesario.

Los planes de indemnización (Indemnity plans) no tiene que pagar el hospital o el médico. Los planes de indemnización tienen por objeto indemnizar al asegurado o al proveedor. Esto significa que si usted recibió servicios por un costo de \$20.000,00 dólares y usted opta porque la compañía de seguros le pague a usted, esta hará el cheque a su nombre. A continuación, puede negociar con el proveedor para un mejor acuerdo y mantener la diferencia en efectivo.

El esquema siguiente compara algunas de las características de las HMO y PPO.

¿Qué proveedores de salud debo elegir?

- HMO: Usted debe elegir los médicos, hospitales y otros proveedores en la red del HMO.
- PPO: Usted puede elegir los médicos, hospitales y otros proveedores de la red PPO o fuera de la red. Si usted elige un proveedor fuera de la red, es muy probable que pague más.

¿Necesito tener un médico de atención primaria (PCP)?

- HMO: Sí, su HMO no proveerá cobertura si usted no tiene un PCP.
- PPO: No, usted puede recibir atención de cualquier médico que usted elija. Pero recuerde, usted tendrá que pagar más si los médicos que elige no son los proveedores "preferidos".

¿Cómo puedo ver a un especialista?

- HMO: Usted necesitará un referido de su PCP para ver a un especialista (como un cardiólogo o el cirujano), excepto en situaciones de emergencia. Su PCP también debe consultar a un especialista que se encuentra en la red del HMO. (Open Access or Gatekeeper)
- PPO: Usted no necesita un referido para ver a un especialista. Sin embargo, algunos especialistas sólo ven a los pacientes que son remitidos por un médico de atención primaria. Y algunos PPO requieren que usted obtenga una aprobación previa para ciertos servicios costosos, como MRIs.

¿Tengo que presentar las reclamaciones de seguros?

- HMO: Todos los proveedores de la red de HMO están obligados a presentar una reclamación para recibir el pago. Usted no tiene que presentar una reclamación y su proveedor no puede cobrarle directamente o enviarle una cuenta.
- PPO: Si usted recibe su atención médica de un proveedor de red normalmente no es necesario presentar una reclamación. Sin embargo, si usted sale de la red de servicios usted puede tener que pagar al proveedor en su totalidad y luego presentar un reclamo al PPO para obtener un reembolso. El dinero que recibe del PPO lo más probable que sea sólo una parte de la cuenta. Usted es responsable de una parte de los honorarios del médico que el PPO no paga.

¿Cómo puedo pagar los servicios en la red?

- HMO: Los únicos cargos que deben incurrir para los servicios dentro de la red son los copagos por visitas al médico y otros servicios, como los procedimientos y prescripciones.
- PPO: En la mayoría de redes PPO sólo será responsable del copago. Algunos PPOs tienen un deducible anual por los servicios, en la red o fuera de la red.

¿Cómo puedo pagar los servicios fuera de la red?

- HMO: A excepción de ciertos tipos de atención que no esté disponible de un proveedor de red, no están cubiertos para ningún servicio fuera de la red.
- PPO: Si usted elige ir fuera de la red PPO para su cuidado, usted tendrá que pagar al proveedor y luego obtener un reembolso por el PPO. Lo más probable es que usted tendrá que pagar un deducible anual y coaseguro. Por ejemplo, si el médico fuera de la red le cobró \$ 200 por una visita, usted es responsable de la cantidad correspondiente si no ha cumplido con su deducible. Si usted ha cumplido con el deducible, el PPO puede pagar el 60%, o \$ 120 y usted tendrá que pagar un 40%, u \$ 80.

