



¿Cuáles son las diferencias entre los planes HMO, HMO POS y PPO?

Muchos clientes de Medicare Advantage eligen en función de los médicos y los hospitales que forman parte de la red del plan. Por lo general, estas redes están organizadas como un plan de una organización para el mantenimiento de la salud (HMO), un plan de una organización para el mantenimiento de la salud con un punto de

servicio (HMO POS) o un plan de organización de proveedores preferidos (PPO). El tamaño y la accesibilidad de las redes de proveedores cambian en función de cada plan. Cuando compare planes, asegúrese de que los planes Medicare Advantage que está contemplando ofrezcan una red que satisfaga sus necesidades.

Las siguientes diferencias son importantes entre estos tipos de planes:

	HMO	HMO POS	PPO
DESCRIPCIÓN	Los planes HMO pueden ser una opción económica para quienes reciben cuidado de una variedad de médicos, y para quienes se beneficiarían de cuidado coordinado a través de una red de proveedores locales que se comunican entre ellos.	Los planes HMO POS son una buena opción para quienes valoran más flexibilidad y opciones cuando tienen acceso a ciertos servicios.	Los planes PPO son una buena opción para quienes valoran más flexibilidad y opciones cuando tienen acceso a los servicios de proveedores.
RED	Por lo general, consiste en una red de proveedores que se comunican entre ellos y que pueden ocuparse del cuidado del paciente.	Por lo general, se brindan opciones adicionales de proveedores para determinados servicios.	Por lo general, consiste en una amplia red de proveedores.
FLEXIBILIDAD	Incluye un grupo de especialistas que satisfacen las necesidades del miembro. La elección de especialistas disponibles puede ser limitada para que los costos sean más bajos.	En la mayoría de los planes, se exige recurrir a proveedores de la red para obtener cuidado médico , pero se ofrece la flexibilidad de consultar a proveedores fuera de la red para determinados servicios.	Ofrece flexibilidad para ir a los médicos , especialistas u hospitales que se encuentran fuera de la red, pero quizás sea más caro.
CUIDADO PRIMARIO	En la mayoría de los casos, usted debe elegir un médico de cuidado primario.	En la mayoría de los casos, usted debe elegir un médico de cuidado primario.	En la mayoría de los casos, no es necesario que elija un médico de cuidado primario.
REMISIONES	En algunos casos, necesita una remisión para visitar a un especialista.	En algunos casos, necesita una remisión para visitar a un especialista.	En la mayoría de los casos, no necesita una remisión para visitar a un especialista.

Las características y la disponibilidad de los planes pueden variar según el área de servicio. La red de proveedores puede cambiar en cualquier momento. Recibirá un aviso cuando sea necesario. Los médicos, hospitales y otros proveedores del cuidado de la salud participantes son contratistas independientes y no son empleados ni agentes de Aetna. No se puede garantizar la disponibilidad de ningún proveedor en particular, y la composición de la red de proveedores está sujeta a cambios.