



## Planes de salud y redes de proveedores

Cada plan de salud tiene una red específica, que incluye una lista de médicos, proveedores, hospitales y farmacias contratados. Cada tipo de red maneja la red y las coberturas de manera diferente (consulte el cuadro a continuación).

Tipo de red	Descripción
<b>Organizaciones de proveedores preferidos (PPO)</b>	Los PPO brindan a los consumidores la opción de recibir atención de proveedores dentro o fuera de la red. Por lo general, los costos son más bajos si la atención es de un proveedor, hospital o farmacia dentro de la red, pero los consumidores tienen la opción de ir fuera de la red con un costo más alto. Los planes PPO permiten visitas a cualquier médico sin obtener una referencia.
<b>Planes de punto de servicio (POS)*</b>	Los planes POS permiten a los consumidores obtener atención médica tanto de proveedores dentro como fuera de la red. Los consumidores elegirán un médico de atención primaria de una lista de proveedores participantes. Ese médico puede derivar a las personas a otros proveedores de la red cuando sea necesario. Para visitar a un proveedor fuera de la red, los consumidores deben obtener una referencia y pueden pagar costos de bolsillo más altos.
<b>Organizaciones de mantenimiento de la salud (HMO)*</b>	Las HMO normalmente limitan la cobertura a la atención de los proveedores que están en la red. Una HMO normalmente no cubrirá o tiene una cobertura limitada para la atención fuera de la red, excepto en caso de emergencia. Si los consumidores utilizan un médico o un centro que no está en la red, es posible que deban pagar el costo total de los servicios que reciben. Los miembros de HMO generalmente tienen un médico de atención primaria y deben obtener referencias para consultar a especialistas.
<b>Organizaciones de proveedores exclusivos (EPO)</b>	Las EPOs generalmente limitan la cobertura a la atención de proveedores en la red de la EPO, excepto en una emergencia. La mayoría de las EPOs requerirán que los consumidores elijan un proveedor de atención primaria. Algunas EPOs requieren una referencia para visitar a un especialista.

\*Estos tipos de planes no están disponibles a través del Mercado de Seguros Médicos de Oregon a través de CuidadoDeSalud.gov.

Puede ver el tipo de plan en varios lugares, incluso comunicándose directamente con la compañía de seguros. Para determinar si un proveedor, centro o farmacia preferido está en la red, cada plan ofrece una herramienta de búsqueda en su sitio web o puede buscar en [orhim.info/ObtengaCobertura](http://orhim.info/ObtengaCobertura).

Herramienta de comparación de planes de CuidadoDeSalud.gov

Moda Health Plan, Inc.  
[Moda Health Beacon Bronze 6500](#)  
Bronze  EPO  Plan ID: 39424OR1620004

orhim.info/ObtengaCobertura.

[KP Oregon Standard Bronze Plan](#)  
Kaiser Permanente -  EPO  Bronze  
Monthly Premium: \$65 - after \$202 subsidy  
Deductible: \$7,900

Documento de resumen de beneficios y cobertura del plan:

[Summary of Benefits and Coverage: What this Plan Covers & What You Pay For Covered Services](#) [Coverage Period: 01/01/2020 - 12/31/2020](#)  
[Providence Health Plan: HSA Qualified 6750 Bronze - Choice Network](#) Coverage for: All Coverage Tiers | Plan Type  EPO