



# Lo que debe saber sobre las redes de proveedores

## ¿Qué es una red de proveedores?

Una red de proveedores es una lista de médicos, proveedores de la salud y hospitales con los que un plan tiene un contrato para brindarle servicios a sus miembros. A estos se les conoce como “proveedores de la red” o “proveedores en la red del plan”. Un proveedor que no tiene contrato con el plan se conoce como un “proveedor fuera de la red”.

## ¿Cómo puedo saber si mi médico pertenece a la red de un plan antes de comprar un plan a través del Mercado de Seguros Médicos?

Primero, haga una lista de todos los proveedores que usa. Los “proveedores” incluyen profesionales de la salud, como médicos, psicólogos o fisioterapeutas, dependencias médicas como hospitales, clínicas de cuidado urgente o farmacias.

Las compañías de seguros pueden tener diferentes redes para diferentes planes, por lo tanto, es importante que busque en la lista correspondiente al plan específico que le interesa. También puede llamar al número de teléfono de servicio al cliente de la compañía de seguros para verificar si sus proveedores están en la red del plan. Si viaja mucho, verifique si la red del plan tiene proveedores en la localidad a la que viaja.

## ¿Qué debo saber antes de solicitar?

Usted puede comparar los planes que se ofrecen a través del Mercado antes de inscribirse visitando [CuidadoDeSalud.gov/see-plans](https://www.CuidadoDeSalud.gov/see-plans) para ver los planes y precios estimados. Haga una lista de todos los proveedores que utiliza. Cuando compare planes, puede buscar sus médicos y centros médicos. También podrá ver si cada plan incluye a sus médicos e instalaciones en su red.

Una vez que encuentre un plan que le guste, puede imprimir o enviar la información por correo electrónico para tener el nombre completo del plan y la identificación del plan de 14 dígitos cuando esté listo para presentar una solicitud a través del Mercado e inscribirse.

## ¿Qué debo saber después de solicitar?

Cuando solicite cobertura a través del Mercado, puede comparar planes y precios, y también ver los ahorros para los que puede calificar para ayudar a reducir sus primas mensuales. Puede buscar planes, proveedores, centros específicos o por ID del plan. Cada descripción del plan incluye un enlace a su directorio de proveedores. Si desea cobertura para sus dependientes, busque sus médicos e instalaciones.

## ¿Cómo usan las redes de proveedores los distintos planes?

Dependiendo del tipo de plan que usted compre, los servicios podrían estar cubiertos solamente si se atiende con un proveedor de la red del plan. Si escoge atenderse con un proveedor que no pertenece a la red, tal vez tenga que pagar más y/o necesite un referido para hacerlo. Los tipos de planes incluyen:

- **Organizaciones de Proveedores Preferidos (PPO):** Paga menos si utiliza proveedores en la red del plan. Por un costo adicional, puede acudir a médicos, hospitales y proveedores de atención médica fuera de la red sin un referido.
- **Planes con Opción de Punto de Servicio (POS):** Usted paga menos si se atiende con médicos, hospitales y otros proveedores que pertenecen a la red del plan. Debe obtener un referido de su médico primario para consultar a especialistas.
- **Organizaciones de Mantenimiento de la Salud (HMO):** Por lo general, está limitado al cuidado de médicos que trabajan para o tienen contrato con la HMO y no están cubiertos para el cuidado fuera de la red (excepto en una emergencia). Es posible que deba vivir o trabajar en el área de servicio de la HMO para calificar para la cobertura.
- **Organizaciones de Proveedores Exclusivos (EPOs):** Solo tiene cobertura si utiliza médicos, especialistas u hospitales de la red del plan (excepto en caso de emergencia).

Los planes médicos no pueden hacer que pague más en copagos o coseguros si recibe cuidado de emergencia en un hospital fuera de la red. Tampoco pueden exigirle que obtenga una autorización previa antes de recibir los servicios en una sala de emergencias de un proveedor u hospital fuera de la red de su plan. Sin embargo, es posible que tenga que pagar algunos gastos de su propio bolsillo, como un deducible.

## ¿Dónde puedo encontrar el tipo de plan cuando compro un plan en el Mercado?

Cuando compare planes en [CuidadoDeSalud.gov](https://www.CuidadoDeSalud.gov), la información sobre el tipo de plan aparece debajo del nombre. Fíjese en las siglas PPO, POS, HMO o EPO. El tipo de plan también aparece en el “Resumen de beneficios y cobertura” de cada plan. Si no está seguro de si un plan es PPO, POS, HMO o EPO, o si desea saber más sobre la cobertura que ofrece, llame directamente a la compañía de seguros. También puede llamar al Centro de Llamadas del Mercado al 1-800-318-2596 (TTY: 1-855-889-4325). Si necesita ayuda en persona en su área, visite [AyudaLocal.CuidadoDeSalud.gov](https://www.AyudaLocal.CuidadoDeSalud.gov).

## ¿Por qué algunos planes cubren beneficios y servicios de proveedores en la red, pero no de proveedores fuera de la red?

Los proveedores de la red ofrecen beneficios o servicios a los miembros del plan a precios acordados entre el proveedor y el plan. Por lo general, esto significa que brindan un beneficio cubierto a un costo menor para el plan y sus miembros que si brindan el mismo beneficio a alguien sin seguro o para quien el proveedor está fuera de la red.

Todos los planes del Mercado deben tener redes de proveedores con suficientes tipos de proveedores para garantizar que los miembros de su plan puedan obtener los servicios del plan sin demoras injustificadas. Si utiliza un proveedor fuera de la red, es posible que deba pagar el costo total de los beneficios y servicios que recibe de ese proveedor, excepto los servicios de emergencia.

Los planes de seguro no pueden obligarlo a pagar más en copagos o coseguro si recibe atención de emergencia en un hospital fuera de la red. Tampoco pueden obligarlo a obtener aprobación previa antes de recibir servicios de emergencia de un proveedor u hospital fuera de la red de su plan. Sin embargo, es posible que deba pagar algunos costos de bolsillo, como un deducible, según las tarifas dentro de la red. Los planes no pueden cobrarle costos compartidos fuera de la red (como coseguros o copagos fuera de la red) por servicios de emergencia y ciertos servicios que no son de emergencia.

## ¿Qué puedo hacer si estoy inscrito en un plan del Mercado, pero mi médico no pertenece a la red de mi plan?

Si se inscribe en un plan del Mercado y descubre que su médico no está en la red del plan, puede cambiar a otro plan hasta la fecha en que comience su cobertura. Descubra cuándo comienza su nueva cobertura antes de cancelar su plan actual, para no tener una interrupción en la cobertura. Si decide cambiar de plan, asegúrese de que su médico esté en la red de proveedores de su nuevo plan. Puede encontrar un enlace a una lista de proveedores en la red de cada plan en la descripción del plan en su cuenta del Mercado. También puede comunicarse con su compañía de seguro médico para descubrir qué médicos, hospitales y otros proveedores de atención médica están en la red de su plan.

Después de que comience su cobertura, no podrá cambiar su plan hasta la Inscripción Abierta, a menos que obtenga un Período Especial de Inscripción porque experimenta ciertos eventos de la vida. Ejemplos de eventos de vida que califican incluyen perder la cobertura médica, casarse, mudarse o tener un bebé. Visite [CuidadoDeSalud.gov/es/reporting-changes](https://www.CuidadoDeSalud.gov/es/reporting-changes) si necesita actualizar su solicitud debido a un cambio de vida.

Puede comunicarse con su plan para solicitar una excepción para que la atención fuera de la red esté cubierta como la atención dentro de la red. También puede calificar como paciente de atención continua si está recibiendo tratamiento de un proveedor o centro y su plan de salud rescinde el contrato de su proveedor. Comuníquese con su plan para descubrir si califica para dentro de la red excepciones o continuidad de la atención.

Si va a su médico y luego descubre que su nuevo plan no cubre a su médico o no paga la visita, tiene derecho a apelar la decisión y que un tercero independiente la revise. Visite [CuidadoDeSalud.gov/es/appeal-insurance-company-decision](https://www.CuidadoDeSalud.gov/es/appeal-insurance-company-decision) para conocer el proceso de apelación.

## ¿Cómo puedo obtener más información?

Para obtener más información sobre la cobertura a través del Mercado o sus beneficios y protecciones, visite [CuidadoDeSalud.gov](https://www.CuidadoDeSalud.gov) o llame al Centro de Llamadas del Mercado al 1-800-318-2596. Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-855-889-4325.

Tiene derecho a obtener su información en un formato accesible, como letra grande, braille o audio.

También tiene derecho a presentar una queja si siente que ha sido discriminado.

Visite [CMS.gov/About-CMS/Agency-Information/Aboutwebsite/CMSNondiscriminationNotice](https://www.CMS.gov/About-CMS/Agency-Information/Aboutwebsite/CMSNondiscriminationNotice) (en inglés)

o llame al 1-800-318-2596. Los usuarios de TTY pueden llamar al: 1-855-889-4325.

### Mercado de Seguros Médicos

CMS Producto No. 11766-S  
Febrero 2024

Este producto fue financiado con dinero de los contribuyentes de los Estados Unidos.



[CuidadoDeSalud.gov](https://www.CuidadoDeSalud.gov)