



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 proveedores 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 se fije 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.

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. 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.

Después de enviar su solicitud

Cuando solicite cobertura a través del Mercado, puede comparar planes y precios, y también ver los ahorros que pueden estar disponibles 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 se atiende con proveedores en la red del plan. Por un costo adicional, puede utilizar médicos, hospitales y proveedores 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 ser elegible 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 han acordado ofrecer 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. Si recibe servicios de emergencia de un proveedor fuera de la red, esos servicios están cubiertos por un plan del Mercado como si utilizara un proveedor dentro de la red. Sin embargo, es posible que deba pagar algunos gastos de su bolsillo, como un deducible.

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

Si se ha inscrito en un plan del Mercado y descubre que su médico no está en la red del plan, tiene hasta la fecha de comienzo de cobertura para cambiarse a otro plan. Después de que su cobertura comience, no podrá cambiar su plan hasta la próxima Inscripción Abierta, a menos que obtenga un Período Especial de Inscripción porque experimente ciertos cambios de vida. Los eventos de vida que califican incluyen perder la cobertura médica, casarse, mudarse o tener un bebé. Visite [CuidadoDeSalud.gov/reporting-changes](https://www.CuidadoDeSalud.gov/reporting-changes) si necesita actualizar su solicitud debido a un evento en su vida.

Averigüe cuándo comienza su nueva cobertura antes de cancelar su plan actual. De esta manera, no tendrá una brecha en la cobertura. Si decide cambiar de plan, pregúntele a su médico a la red de cuáles planes pertenece. 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 seguros para ver qué médicos, hospitales y otros proveedores de la salud están en la red de sus planes.

Llame al Centro de Llamadas del Mercado al 1-800-318-2596 si necesita ayuda para solicitar cobertura e inscribirse en el plan del Mercado con la red de proveedores adecuada para usted. Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-855-889-4325.

Usted tiene derecho a obtener información del Mercado en un formato accesible, como letra grande, Braille o audio. También tiene derecho a presentar una queja si siente que lo han discriminado. Visite [CMS.gov/about-cms/agency-information/aboutwebsite/cmsnondiscriminationnotice.html](https://www.CMS.gov/about-cms/agency-information/aboutwebsite/cmsnondiscriminationnotice.html), o llame al Centro de Llamadas del Mercado al 1-800-318-2596 para más información. Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-855-889-4325.

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

