

Lo que debe saber acerca de las redes de proveedores

¿Qué es una red de proveedores?

Una red de proveedores es una lista de médicos, hospitales y otros proveedores de la salud que tienen un contrato con el plan para brindarles servicios a sus miembros. A estos proveedores se les conoce como “proveedores de la red del plan”. A los que no tienen contrato se les llama “proveedores fuera de la red del plan”.

¿Cómo puedo averiguar si mi médico pertenece a la red del plan antes de comprar un plan a través de Mercado de seguros?

Primero, haga una lista de los proveedores que usa. Recuerde que los médicos, psicólogos, terapeutas físicos, dependencias médicas como los hospitales, clínicas de atención urgente y farmacias son considerados proveedores.

Cuando compare los planes ofrecidos a través del Mercado de seguros, verá un enlace a la lista de proveedores de la red de cada plan. Fíjese en el directorio de proveedores para averiguar cuáles son proveedores de la red y de fuera de la red del plan. Las compañías de seguro pueden tener redes diferentes para los distintos planes, por lo tanto, es importante que se fije en la lista correspondiente al plan específico que le interesa. Si desea la cobertura para sus dependientes, también debe fijarse en el directorio de proveedores del plan. También puede llamar al servicio al cliente de su seguro averiguar si sus proveedores están en la red del plan. Si usted viaja mucho, pregunte si la red del plan tiene proveedores en la localidad a la que viaja.

¿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 una orden para hacerlo. Los tipos de planes incluyen:

- **Organizaciones de Proveedores Preferidos (PPO):** Los PPO le brindan la opción de atenderse con proveedores dentro y fuera de la red. Usted paga menos si se atiende con un proveedor de la red del plan. Si se atiende con un proveedor o en un hospital que no pertenece a la red pagará más y los gastos de su bolsillo también serán mayores. Si tiene un PPO, puede atenderse con cualquier médico sin ser referido.

- **Planes con opción de punto de servicio (POS):** Los POS le brindan la opción de atenderse con proveedores dentro y fuera de la red. Si tiene un plan POS, usará una lista de proveedores participantes para escoger su médico de cabecera. Éste lo referirá a otros proveedores de la red cuando sea necesario. Si quiere visitar a un proveedor fuera de la red del plan, necesitará un referido y los gastos de su bolsillo pueden que sean mayores.
- **Organizaciones para el Mantenimiento de la Salud (HMO):** Los HMO generalmente limitan la cobertura a los miembros que usan proveedores de la red. Un HMO no cubre o limita la cobertura de los proveedores que no pertenecen a la red, excepto en caso de emergencia. Si se atiende con un médico o en un hospital que no pertenece a la red del HMO, tal vez tenga que pagar el precio total del servicio. Los miembros de los HMO por lo general tienen un médico de cabecera y necesitan una orden de dicho médico para atenderse con un especialista.
- **Organizaciones de Proveedor Exclusivo (EPO):** Los EPO por lo general solo cubren los servicios de los proveedores de la red del EPO (excepto en caso de emergencia).

Los planes generalmente no le pueden cobrar copagos o un coseguro más caro si recibe servicios de emergencia de un hospital que no pertenece a la red, independientemente del plan que tenga. Sin embargo, los proveedores podrían cobrarle otros cargos.

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

Cuando un proveedor pertenece a la red del plan, significa que ha aceptado brindarles servicios a los miembros del plan por un precio convenido entre el proveedor y el plan. Por lo general les brindará los servicios por un precio más bajo que el que le cobraría a una persona que no tuviera seguro, o a una persona inscrita en un plan que no tiene contrato con dicho proveedor (fuera de la red del plan).

Todos los planes vendidos en el Mercado de seguros deben tener una red con una cantidad suficiente de proveedores para que sus miembros puedan tener acceso a los servicios cubiertos sin demoras injustificadas. Si usted usa un proveedor de fuera de la red, tal vez tenga que pagar el precio total de los beneficios y servicios que reciba de dicho proveedor, excepto en casos de emergencia. Si recibe servicios de emergencia de un proveedor que no pertenece a la red del plan, dichos servicios serán cubiertos por el plan del Mercado de seguros, tal como si usted se hubiese tratado con un proveedor de la red. Sin embargo, los proveedores podrían facturarle por otros costos relacionados con los servicios de emergencia que ha recibido.

¿Cómo puedo diferenciar los tipos de planes cuando estoy comprando uno en el Mercado de seguros?

Cuando compare los planes en **CuidadoDeSalud.gov**, la información sobre el tipo de plan aparece abajo del nombre del plan—fíjese en las siglas PPO, POS, HMO, o EPO. El tipo también aparece en el “Resumen de beneficios y cobertura” que verá en la página del plan. Si tiene preguntas sobre si su plan es un PPO, POS, HMO, o EPO, llame a su compañía de seguro. También puede comunicarse con el Centro de Llamadas del Mercado de seguros al 1-800-318-2596 para averiguar sobre la cobertura que ofrecen y los beneficios y protecciones de la Ley de Cuidado de Salud a Bajo Precio. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-855-889-4325. Si necesita ayuda en persona, haga clic en “Busque ayuda local” en **CuidadoDeSalud.gov**.

Me he inscrito en un plan del Mercado mi médico no pertenece a la red del plan. ¿Qué puedo hacer?

Si ya se ha inscrito en un plan del Mercado de seguros, puede cambiarse a plan hasta el día que entre en vigencia su cobertura. Una vez comience su cobertura, no podrá cambiar de plan hasta el próximo Período de Inscripción Abierta a menos que tenga ciertos cambios de vida que lo califiquen para un Período Especial de Inscripción. Si decide cambiar de plan, pregúntele a su médico a la red de cuáles planes pertenece. Al comparar los planes en **CuidadoDeSalud.gov**, puede seleccionarlos por el nombre del plan y averiguar si su médico pertenece a la red de los planes que le interesan.

Llame al Centro de Llamadas del Mercado al 1-800-318-2596 si necesita ayuda para solicitar la cobertura e inscribirse en un plan del Mercado. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-855-889-4325. Antes de cancelar su plan actual, entérese cuándo comienza su nueva cobertura, para evitar quedarse sin cobertura durante un período de tiempo.

Si cumple los requisitos para recibir el crédito fiscal, podrá usar dicho crédito para pagar la prima del plan nuevo y reducir sus costos si se inscribe. Usted solamente puede utilizar el crédito fiscal en los planes vendidos a través del Mercado de seguros.

