



Enero 2023

Cómo funciona la red de proveedores de su plan Medicare Advantage

Muchos planes Medicare Advantage tienen redes, incluidos médicos, otros proveedores de cuidado médico, hospitales y centros, con los que su aseguradora o plan de salud ha contratado para brindar servicios de atención médica. Es importante comprender la red de proveedores de su plan, para asegurarse de obtener la atención que necesita al costo más bajo.

Puede encontrar el directorio de proveedores de su plan en el sitio web de su plan Medicare Advantage o comunicarse con su plan para solicitar un directorio de proveedores.

En algunos planes Medicare Advantage, cuando elige un médico de cuidado primario, también elige los hospitales y las redes especializadas asociadas con ese médico. Si hay un hospital o proveedor de atención médica en particular que desea usar, es posible que deba pedirle una referencia a su médico de atención primaria.

¿Puede cambiar la red de proveedores de mi plan?

- Sí. Su plan Medicare Advantage puede agregar o eliminar proveedores de su red de proveedores en cualquier momento durante el año.
- Aunque su plan Medicare Advantage puede cambiar su red en cualquier momento, su plan debe protegerlo de interrupciones en la atención médica y asegurarse de que tenga acceso adecuado a los beneficios cubiertos médicamente necesarios.

¿Cómo sé que mi proveedor ha dejado la red del plan?

- Su proveedor puede optar por abandonar la red de su plan en cualquier momento. Si su proveedor ya no está en la red, deberá elegir un nuevo proveedor en la red para obtener los servicios cubiertos.
- Su plan debe hacer un esfuerzo de buena fe para avisarle con al menos 30 días de anticipación que su proveedor dejará su plan para que tenga tiempo de elegir un nuevo proveedor. Recibirá este aviso si ve a ese proveedor regularmente o si es su proveedor de cuidado primario.

¿Cómo sé que mi proveedor ha dejado la red del plan? (continuación)

- Consulte con su proveedor cuando programe una cita para confirmar que todavía está en la red de su plan.
- Cada año, durante el Período de Inscripción Abierta de Medicare (del 15 de octubre al 7 de diciembre), verifique las redes de proveedores para averiguar si los proveedores que utiliza están cubiertos por los planes que está considerando.

¿Qué preguntas debo hacerle a mi plan Medicare Advantage sobre los proveedores en su red?

- ¿Cómo puedo saber si mis proveedores están en la red del plan?
- ¿Cuánto debo pagar por los servicios dentro de la red?
- ¿Cuánto debo pagar por los servicios fuera de la red?
- ¿Qué sucede si necesito tratamientos cubiertos que no están disponibles por parte de un proveedor en la red del plan?
- ¿Qué sucede si mi proveedor deja de participar en la red?
- ¿A quién puedo llamar si tengo preguntas o dudas?

¿Cómo funcionan las redes de proveedores en diferentes tipos de planes?

Planes de Organización para el Mantenimiento de la Salud (HMO)

En los planes HMO, por lo general debe recibir cuidado y servicios de médicos, otros proveedores de cuidado médico u hospitales en la red del plan (excepto en caso de cuidado de salud de emergencia, cuidados de urgencia fuera del área o diálisis fuera del área). En una HMO con una opción de punto de servicio (POS), es posible que pueda obtener ciertos servicios fuera de la red (generalmente por un costo más alto).

Planes de Organización de Proveedores Preferidos (PPO)

En general, puede recibir atención médica de cualquier médico, otro proveedor de atención médica u hospital en la red de PPO.

También puede ir a médicos, otros proveedores de atención médica u hospitales que no están en la red del plan, pero generalmente cuesta más.

Planes Privados de Pago por Servicio (PFFS)

Si usted se une a un plan PFFS que tiene una red, puede ver a cualquier proveedor de la red que haya aceptado atenderlo. También puede elegir un médico fuera de la red, otro proveedor de atención médica u hospital que acepte los términos del plan, pero puede costar más.

Si se une a un plan PFFS que no tiene una red, puede ir a cualquier médico, otro proveedor de atención médica u hospital aprobado por Medicare que acepte los términos de pago del plan y esté de acuerdo en tratarlo. No todos los proveedores lo harán.

En una emergencia médica, los médicos, otros proveedores de atención médica y los hospitales deben tratarlo.

Planes para Necesidades Especiales (SNP)

Consulte con su plan para ver si requieren un médico de cabecera. Los SNP suelen tener especialistas en las enfermedades o condiciones que afectan a sus miembros.

Usted tiene derecho a obtener la información de este producto en un formato accesible como letra grande, braille o audio. También tiene el derecho de presentar una queja si piensa que ha sido discriminado. Visite [es.Medicare.gov/about-us/accessibility-nondiscrimination-notice](https://www.medicare.gov/about-us/accessibility-nondiscrimination-notice), o llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) para obtener más información. Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-877-486-2048.

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



CMS Product No. 11941-S