

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. Su aseguradora o plan de salud ha contratado a estos proveedores para brindar servicios de atención médica. Es importante comprender la red de proveedores de su plan para asegurarse de recibir la atención que necesita al menor costo.

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. En muchos casos, solo puede utilizar médicos y otros proveedores que se encuentren dentro de la red y el área de servicio del plan (para atención que no sea de emergencia). Algunos planes ofrecen cobertura que no sea de emergencia fuera de la red, pero generalmente a un costo más alto.

¿Puede cambiar la red de proveedores de mi plan?

- Sí. Su plan Medicare Advantage puede agregar o eliminar proveedores de su red d 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 a los beneficios cubiertos médicamente necesarios.
- Si cree que un cambio de red provocará una interrupción en su atención médica y pondrá en riesgo su salud, llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-877-486-2048.

¿Puede mi proveedor abandonar la red de mi 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 de su plan 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 red para que tenga tiempo de elegir un nuevo proveedor. Su plan le notificará si un proveedor al que acude regularmente (como su proveedor de atención primaria) deja su red.
- 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 si sus proveedores están en los planes que está considerando.

¿Qué preguntas debo hacerle a mi plan sobre 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?

¿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 atención de emergencia, atención de urgencia fuera del área o diálisis temporal fuera del área, que está cubierta ya sea que se brinde dentro o fuera de la red del plan). 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 inscribe en un plan PFFS que tiene una red, puede acudir 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)

Un plan de necesidades especiales brinda beneficios y servicios a personas con enfermedades crónicas y graves específicas, ciertas necesidades de atención médica o que también tienen Medicaid. Consulte con su plan para averiguar si requieren un médico de cabecera. Los SNP suelen tener especialistas en las enfermedades o condiciones que afectan a sus miembros.

Algunos SNP requieren que reciba atención y servicios de proveedores e instalaciones de la red del plan (excepto atención de emergencia, atención de urgencia fuera del área o diálisis fuera del área). Otros SNP ofrecen cobertura fuera de la red, por lo que puede recibir servicios de cualquier proveedor o instalación calificado, pero generalmente pagará más.



Medicare

Usted tiene derecho a obtener información de Medicare en un formato accesible, como letra grande, braille, o audio. También tiene derecho a presentar una queja si cree 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.