



Abril 2016

Cómo funciona la red de proveedores de su plan Medicare Advantage

Muchos planes Medicare Advantage (como los HMO o los PPO) tienen redes de proveedores que incluyen médicos, otros proveedores de salud, hospitales e instituciones. Es importante que conozca la red de proveedores de su plan para asegurarse de obtener el cuidado que necesita al precio más bajo.

Preguntas para hacerle a su plan MA sobre los proveedores en su red

Para obtener más información sobre la red de su plan MA, considere hacerle estas preguntas a su plan:

- ¿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?

Su proveedor de salud (o su equipo de salud) también pueden ser una buena fuente de información.

Recuerde

- Puede comunicarse con su plan MA para solicitar un directorio de proveedores o puede encontrarlo en el sitio web de su plan.
- En algunos planes MA, cuando usted elige un médico de cabecera, también está eligiendo las redes de hospitales y de médicos especialistas asociados con ese médico. Si usted desea utilizar un hospital o un proveedor en particular, deberá pedirle un referido a su médico de cabecera.
- Su plan MA puede agregar o quitar proveedores de su red en cualquier momento durante el año. Su proveedor también puede optar por dejar la red de su plan en cualquier momento. Si su proveedor ya no está en la red, usted deberá elegir un nuevo proveedor en la red para obtener los servicios cubiertos.
- Aunque su plan MA puede cambiar su red en cualquier momento, su plan debe protegerlo de interrupciones en su cuidado y debe garantizar que usted obtenga un acceso adecuado a los servicios.
- Cuando programe una cita, consulte a su médico para confirmar si aún se encuentra en la red de su plan.
- Todos los años, durante el Período de Inscripción Abierta de Medicare (del 15 de octubre al 7 de diciembre), puede revisar las redes de proveedores de los planes que esté considerando.
- Distintos tipos de planes tienen reglas diferentes. Utilice el cuadro de la siguiente página para obtener más información.

¿Puedo obtener servicios de salud de cualquier médico, proveedor de salud, hospital o institución?

| | |
|--|---|
| <p>Planes de Organización para el Mantenimiento de la Salud (HMO)</p> | <p>En los planes HMO, por lo general debe recibir cuidado y servicios médicos de los médicos, proveedores de salud y hospitales que pertenezcan a 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 algunos planes, puede salirse de la red para algunos servicios, normalmente a un costo mayor. Esto se llama una HMO con una opción de punto de servicio (POS).</p> |
| <p>Planes de Organización de Proveedores Preferidos (PPO)</p> | <p>En la mayoría de los casos, puede obtener cuidado de salud de cualquier médico, proveedor de salud u hospital que pertenezcan a la red PPO.</p> <p>Cada plan le ofrece flexibilidad para visitar médicos, especialistas u hospitales que no están en la lista del plan, pero generalmente cuestan más.</p> |
| <p>Planes Privados de Pago por Servicio (PFFS)</p> | <p>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, hospital u otro proveedor fuera de la red, que acepte los términos del plan, pero es posible que tenga que pagar más.</p> <p>Si usted se une a un plan PFFS que no tiene una red, puede ver a cualquier médico, hospital u otro proveedor fuera de la red, aprobado por Medicare, que acepte los términos del plan, y acepte atenderlo. No todos los proveedores estarán dispuestos a hacerlo.</p> <p>En una emergencia, los médicos, otros proveedores de de salud y hospitales están obligados a atenderle.</p> |
| <p>Planes para Necesidades Especiales (SNP)</p> | <p>Generalmente, podrá obtener cuidado y servicios de médicos, otros proveedores de salud y hospitales en la red de SNP (excepto emergencias o cuidados de urgencia, como cuando sufre una enfermedad o lesión repentina que requiere cuidado de salud inmediata, o si tiene una enfermedad renal en etapa final y necesita diálisis fuera del área). Los SNP generalmente tienen especialistas en enfermedades y condiciones que afectan a sus miembros.</p> |

Para obtener más información, comuníquese con su plan médico. También puede visitar [Medicare.gov](https://www.Medicare.gov), o llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

