

Lo que necesitas saber sobre los proveedores fuera de la red y las apelaciones

Josue Pineda

josue.pineda@maryland.gov

Unidad de Educación y Defensa del Consumidor



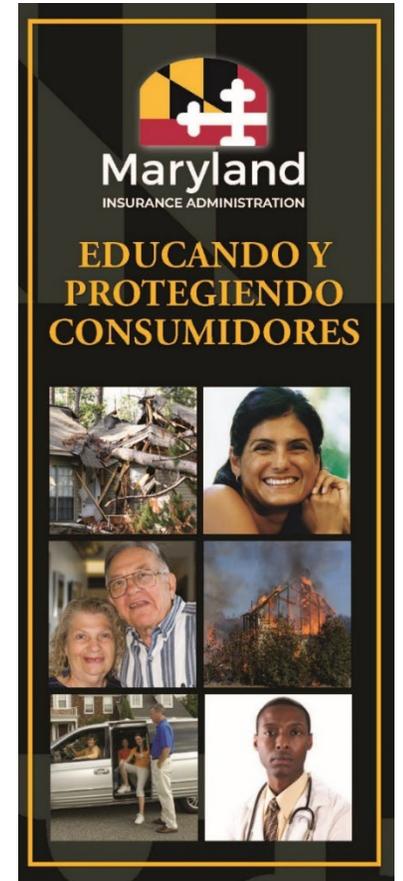
Esta presentación no proporciona asesoramiento legal. En caso de que tenga preguntas específicas, debería conversar con su asesor financiero de confianza o el productor de seguro.



Qué es la Administración de Seguros de Maryland

La Administración de Seguros de Maryland (MIA, por sus siglas en inglés) es una agencia estatal que regula los seguros en Maryland. La MIA se encarga de lo siguiente:

- Autorizar a las aseguradoras y los productores de seguros (agentes o corredores).
- Analizar las prácticas comerciales de los titulares para garantizar su cumplimiento.
- Controlar la solvencia de las aseguradoras.
- Revisar y aprobar los formularios de las pólizas de seguros. Revisar las tarifas de los seguros para garantizar que no sean inadecuadas, excesivas o injustamente discriminatorias.
- Investigar las quejas de los consumidores y de los proveedores, y las denuncias de fraude.



[Video: Cómo puede ayudar la MIA](#)



Dentro de la red o fuera de la red

Su aseguradora tiene contratos para pagar cantidades fijas por los servicios prestados con determinados proveedores de atención médica, lo que se denomina *Red de Proveedores*. Las Redes de Proveedores están formadas por proveedores de servicios (médicos, hospitales y otros profesionales de la salud) que tienen un contrato con su aseguradora.

Estos proveedores se conocen como *proveedores de la red*. Cuando acude a proveedores de la red, por lo general, solo tiene que pagar el deducible y el copago o coseguro aplicable. El proveedor no le cobrará el saldo.

Un *proveedor fuera de la red* es un proveedor que no tiene contrato con su aseguradora.



Dentro de la red o fuera de la red

Es posible que a veces no pueda obtener la atención médica que necesita de un proveedor que esté en la red de su compañía de seguros.



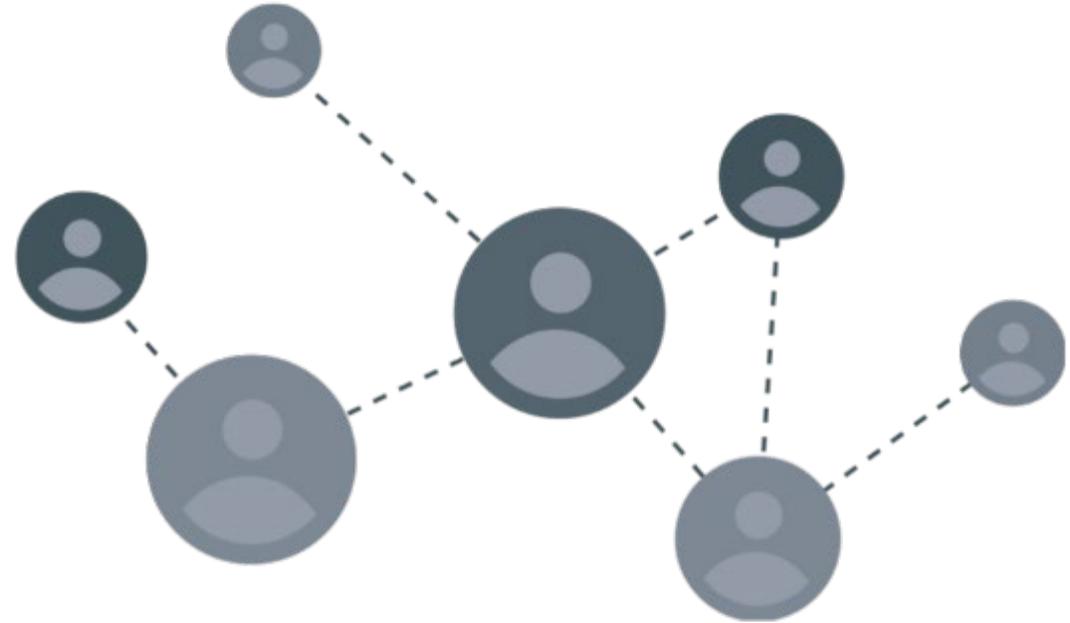
Dentro de la red o fuera de la red

Si el proveedor de la red se encuentra lejos, no tiene cita por un largo período de tiempo o no puede tratar la enfermedad que usted padece, tiene otras opciones.



Dentro de la red o fuera de la red

Si se cumplen estas condiciones, puede acudir a un proveedor fuera de la red.



Dentro de la red o fuera de la red

Si se cumplen las condiciones y la aseguradora aprueba la solicitud para ver a un proveedor fuera de la red, sus reclamos se tramitarán en función de su deducible, coseguro o copago dentro de la red.



Dentro de la red o fuera de la red

Si no recibe la aprobación, es posible que la aseguradora no pague los servicios cubiertos de un proveedor fuera de la red, o es posible que sus copagos o coseguros sean más elevados que si los servicios hubiesen sido prestados por un proveedor de la red.



Dentro de la red o fuera de la red

Si su plan de salud no cubre en absoluto a los proveedores fuera de la red, como en el caso de una HMO (Organización para el mantenimiento de la salud), en la mayoría de los casos usted será responsable de la totalidad del costo de los servicios.

Antes de consultar a un proveedor fuera de la red, procure entender qué es lo que deberá pagar.

Póngase en contacto con el proveedor y hable con su aseguradora.



Dentro de la red o fuera de la red

Bajo la Ley de Maryland, su compañía de seguros debe aprobar el tratamiento de un proveedor fuera de la red en los siguientes casos:

Se le diagnostica una condición o enfermedad que requiere servicios de atención médica especializados; **y**

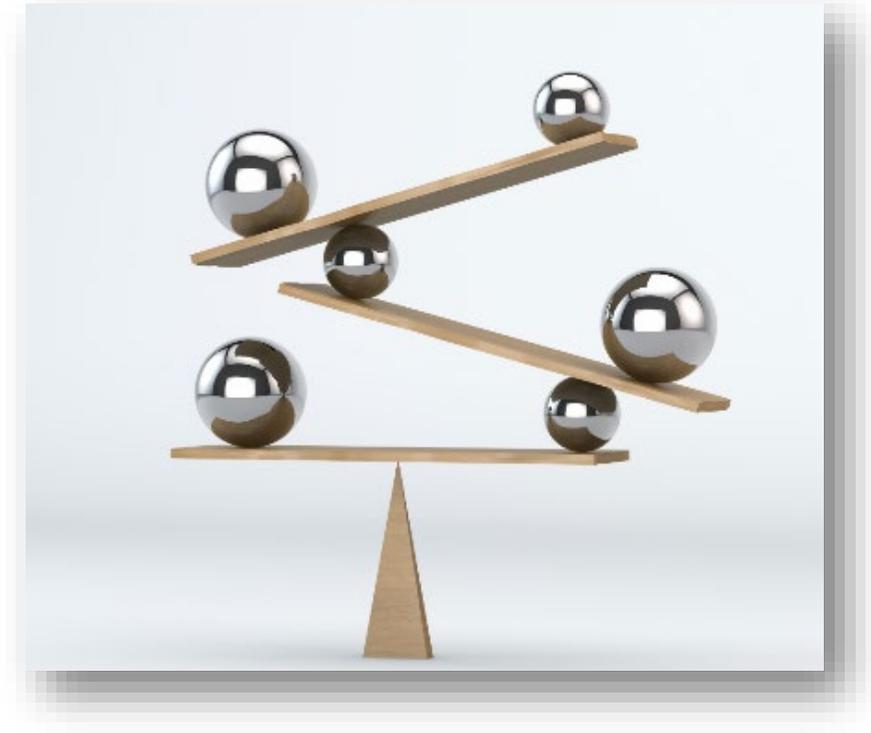
1. no hay ningún proveedor de la red con la formación profesional y la experiencia necesarias para tratar o prestar servicios de atención médica para la condición o enfermedad; **o**
2. su compañía de seguros no puede proporcionar acceso razonable a un proveedor de la red con la formación profesional y la experiencia necesarias para tratar o prestar servicios de atención médica para la condición o enfermedad sin retrasos o desplazamientos injustificados.



Dentro de la red o fuera de la red: Facturación de saldo

Cuando un proveedor fuera de la red le factura la diferencia entre lo que cobra y el monto total que debe pagar su compañía de seguros, se habla de “facturación de saldo”.

Por lo tanto, es importante que tenga en cuenta que puede enfrentarse a una facturación de saldo cuando acude a un proveedor fuera de la red.



Dentro de la red o fuera de la red: Facturación de saldo

La factura de saldo puede aparecer cuando el paciente recibe los servicios de atención médica cubiertos por parte de un proveedor fuera de la red o en un centro fuera de la red (un hospital, por ejemplo).

Los proveedores de la red acuerdan con la aseguradora aceptar el pago total del seguro y no realizar una factura de saldo. Los proveedores fuera de la red no tienen este acuerdo con las aseguradoras.



Dentro de la red o fuera de la red: Facturación de saldo

Sin embargo, si recibe la autorización para consultar a un especialista en **servicios de salud mental o en trastornos por uso de sustancias** fuera de la red, su plan de salud deberá cubrir los costos de los servicios del especialista fuera de la red.



Dentro de la red o fuera de la red: Facturación de saldo

Su plan de salud debe garantizar que los servicios autorizados fuera de la red no sean mayores que los que pagaría si recibiera los servicios de un proveedor de la red. **Esto significa que no habrá una factura de saldo.**

Usted seguirá siendo responsable del monto de la participación en los gastos dentro de la red (deducible, copago, coseguro).



Cómo obtener autorización previa para consultar a un proveedor fuera de la red

Para iniciar el proceso de obtener autorización para una visita a un proveedor fuera de la red, por lo general, llamará primero al número que figura en el reverso de la tarjeta de identificación del seguro médico del paciente. Puede haber un número distinto para los servicios de salud mental o trastornos por consumo de sustancias (MH/SUD, por sus siglas en inglés).



Cómo obtener autorización previa para consultar a un proveedor fuera de la red

La compañía de seguros le preguntará qué centro o proveedor desea utilizar para el paciente o qué tratamiento requiere. La compañía de seguros le dirá qué documentos necesita para tomar una decisión sobre la cobertura.



Cómo obtener autorización previa para consultar a un proveedor fuera de la red

Como parte de la solicitud de servicios fuera de la red, es posible que tenga que explicar por qué los proveedores que forman parte de la red no son adecuados para prestarle los servicios que son médicamente necesarios para su tratamiento.



Cómo obtener autorización previa para consultar a un proveedor fuera de la red

En la mayoría de los casos, el personal de la oficina de su aseguradora investigará la solicitud, confirmando si hay proveedores de la red disponibles o no y las distancias de desplazamiento cuando sea necesario.

El personal clínico revisará las solicitudes de necesidad médica.



Cómo obtener autorización previa para consultar a un proveedor fuera de la red

Su plan de salud deberá tomar una decisión sobre su solicitud a su debido tiempo, normalmente no más de 2 días hábiles después de que el plan reciba la información necesaria para decidir.



Cómo obtener autorización previa para consultar a un proveedor fuera de la red

Si el paciente se encuentra en peligro inminente para sí mismo o para otros, y la determinación la toman el médico o psicólogo del paciente y un miembro del personal médico del centro que tenga privilegios de admisión, la compañía de seguros médicos no puede denegar las **primeras 24 horas** de un ingreso en función de su necesidad médica. Notifique a la aseguradora lo antes posible.



Cómo obtener autorización previa para consultar a un proveedor fuera de la red

Para un ingreso hospitalario de urgencia para el tratamiento de una enfermedad mental, un trastorno de salud emocional o un trastorno por consumo de sustancias, la compañía de seguros debe tomar una decisión sobre si autoriza previamente el tratamiento en un plazo de **2 horas** tras recibir los documentos solicitados.



Cómo obtener autorización previa para consultar a un proveedor fuera de la red

El proceso para solicitar autorización para recibir servicios de un proveedor fuera de la red puede variar ligeramente entre las distintas compañías de seguros médicos comerciales.

Debe seguir el procedimiento de la aseguradora.



Información sobre proveedores fuera de la red en el sitio web de la Administración de Seguros de Maryland

La información de contacto y el proceso para solicitar un proveedor fuera de la red de las compañías de seguros médicos aprobadas en Maryland ya están disponibles en nuestro sitio web en:

<https://insurance.maryland.gov/Consumer/Pages/Commercial-Carrier-Process-to-Request-a-Referral-to-a-Specialist-or-Non-Physician-Specialist.aspx>

o

<https://bit.ly/miaccp>

¿Qué hacer si le rechazan la solicitud de salir de la red?

Cada compañía tiene instrucciones específicas, a las que puede acceder en nuestro sitio web. Por lo general:

Es posible que su aseguradora pueda resolver su problema sin presentar una queja formal. Siga las instrucciones de su aseguradora específica, que probablemente le indicará que llame al número que figura al dorso para hablar de la situación con un representante y determinar si debe seguir adelante con el proceso de queja.



<https://insurance.maryland.gov/En%20Espa%C3%B1ol/Pages/Spanish-Publications.aspx>

¿Qué hacer si le rechazan la solicitud de salir de la red?

Le pedirán que complete un formulario o que envíe una carta de apelación con documentación de apoyo. Es posible que disponga de **180 días**, pero este plazo varía según la aseguradora.



¿Qué hacer si le rechazan la solicitud de salir de la red?

Si su compañía de seguros rechaza su solicitud en el proceso de queja, puede llamar a la Administración de Seguros de Maryland (MIA) al **1-800-492-6116** para presentar una reclamación.

La MIA está disponible las 24 horas del día para reclamaciones en casos de urgencia cuando aún no se ha brindado la asistencia. En caso de urgencia, la MIA tomará una decisión en un plazo de 24 horas.



¿Qué hacer si le rechazan la solicitud de salir de la red?

Si usted tiene una tarjeta de identificación del plan de salud emitida en 2021 o después, y en ella dice "MIA", entonces la MIA puede revisar su reclamación.



Tipos de reclamaciones que la MIA no puede revisar

La MIA no puede abordar reclamaciones o consultas relacionadas con contratos de seguros que no estén regulados por el estado de Maryland. Esto incluye lo siguiente:

- Planes autofinanciados o autoasegurados
- Asistencia médica (Medicaid)
- Medicare y HMO de Medicare
- Programas de beneficios de salud para empleados federales
- Planes de salud familiar de los servicios uniformados
- Contratos emitidos y entregados al asegurado en otro estado.



¿Qué hacer si le rechazan la solicitud de salir de la red?

Si la MIA no regula el plan de seguro médico, se enviará su reclamación a la agencia que sí regule el plan. Una compañía de seguros no puede tomar represalias contra usted por presentar una apelación contra una denegación ante la compañía o una reclamación ante la MIA.



¿Qué hacer si le rechazan la solicitud de salir de la red?

La Unidad de Educación y Defensa de la Salud de la Oficina del fiscal general de Maryland puede ayudarle con la presentación de la apelación o reclamación.

Puede contactarlos al 410-528-1840 (en Baltimore) o al 1-877-261-8807.



¿Qué hacer si le rechazan la solicitud de salir de la red?

Si no recibe la asistencia que necesita lo suficientemente rápido, la **Administración de Seguros de Maryland** puede ayudarle.



1-800-492-6116

O



presente una reclamación en insurance.maryland.gov



Ley de No Sorpresas (*No Surprises Act*)

A partir de 2022, entró en vigencia esta nueva ley federal que lo protege de diversos tipos de facturas sorpresas.

Pero, ¿qué es la facturación sorpresa?

La facturación sorpresa se produce cuando un paciente recibe una factura de saldo inesperada tras recibir atención de un proveedor o centro fuera de la red, como un hospital. Puede ocurrir tanto en casos de urgencia como de no urgencia. Normalmente, los pacientes no saben que el proveedor o el centro están fuera de la red hasta que reciben la factura.

Algunos estados, como Maryland, tienen leyes o reglamentos que protegen a los pacientes contra la facturación sorpresa. Sin embargo, las leyes estatales no suelen aplicarse a los planes de salud autoasegurados, y la mayoría de las personas que obtienen cobertura a través de un empleador están en planes de salud autoasegurados. Ahora, una nueva ley federal protege a los consumidores de planes de salud autoasegurados, así como a los consumidores de los estados que no tienen sus propias protecciones.



Ley de No Sorpresas (*No Surprises Act*)

¿Qué protecciones existen?

La nueva ley federal, la Ley de No Sorpresas, lo protege de lo siguiente:

- Facturas sorpresa por servicios cubiertos de urgencia fuera de la red, incluidos los servicios de ambulancia aérea (pero no los servicios de ambulancia terrestre), y
- Facturas sorpresa por servicios cubiertos que no sean de urgencia en un centro de la red.

También le da derecho a recibir una estimación de buena fe de los costos si no está asegurado o es un paciente de pago por cuenta propia de un proveedor fuera de la red.

Para obtener más información: Ley Federal de No Sorpresas

<https://insurance.maryland.gov/Consumer/Pages/Federal-No-Surprises-Act.aspx>

<https://www.cms.gov/nosurprises>



Proceso de Apelación de Salud

Si su proveedor de asistencia de salud le dice que necesita un determinado servicio o medicamento, pero su compañía de seguros o HMO no está de acuerdo, tiene derecho a apelar esa decisión.

Las denegaciones pueden ser:

- **La denegación de un reclamo.** En este caso, su compañía de seguros o su HMO le deniegan el pago de un servicio o medicamento que le han prestado.
- **La denegación de una autorización.** Se produce cuando un medicamento o tratamiento requiere una referencia o autorización previa de su proveedor, pero esta autorización ha sido denegada por su compañía de seguros o HMO.



Proceso de Apelación de Salud

Además, puede apelar si:

- Le han aprobado un nivel de atención inferior al que usted solicitó; o
- Cree que el proveedor de la red o autorizado está demasiado lejos o la espera es demasiado larga; o
- Le han aprobado menos consultas de las que su proveedor cree que necesita.

Tiene derecho a recibir una denegación por escrito a menos que usted o su proveedor acepten un plan de atención alternativo.



Proceso de Apelación de Salud

La denegación por escrito le explicará cómo debe presentar una apelación interna ante su compañía de seguros o HMO, así como cómo presentar una reclamación ante la Administración de Seguros de Maryland.

Si tiene alguna pregunta sobre cómo presentar una reclamación ante el seguro médico o la HMO, o si tiene una denegación de beneficio que involucra un caso de urgencia, póngase en contacto con la Administración de Seguros de Maryland llamando al 1-800-492-6116.



Información de contacto

Administración de Seguros de Maryland

 800-492-6116 | 410-468-2000 | 800-735-2258 (teléfono para sordomudos)

 insurance.maryland.gov



[MDInsuranceAdmin](https://www.facebook.com/MDInsuranceAdmin)



[en Español: MDInsuranceAdminES](https://www.facebook.com/MDInsuranceAdminES)



[Administración de Seguros de Maryland](https://www.linkedin.com/company/Administración-de-Seguros-de-Maryland)



[marylandinsuranceadmin](https://www.instagram.com/marylandinsuranceadmin)



[MD Insurance](https://twitter.com/MD_Insurance)



<https://bit.ly/mdmiayoutube>



¿Tiene preguntas?

