



# Maryland

INSURANCE ADMINISTRATION

200 St. Paul Place, Suite 2700, Baltimore, Maryland 21202

Marcado directo: 410-468-2000 Fax: 410-468-2020

1-800-492-6116 TTY: 1-800-735-2258

[www.insurance.maryland.gov](http://www.insurance.maryland.gov)

## Preguntas frecuentes:

### Proveedores dentro de la red frente a proveedores fuera de la red

A partir del 5 de Agosto del 2020

1. **¿Quién o qué es un proveedor de atención médica?** Un proveedor de atención médica incluye médicos, hospitales y profesionales de la salud con licencia o autorización para prestar servicios de atención médica.
2. **¿Qué es un proveedor “dentro de la red”?** Son proveedores que tienen un contrato con su compañía de seguros.<sup>1</sup> Si recibe servicios cubiertos de un proveedor dentro de la red, generalmente solo tendrá que pagar su deducible y cualquier copago o coseguro aplicable. El proveedor no facturará el saldo.
3. **¿Qué es un “monto permitido”?** El monto máximo que la compañía de seguros utilizará al decidir qué pagará por un servicio de atención médica cubierto. Esto a veces se denomina “asignación de pago” o “tarifa negociada”. También es la base para calcular el coseguro, que es un porcentaje del monto permitido que usted debe pagar. El monto permitido se describirá en su póliza o certificado de cobertura. Puede basarse en un esquema de tarifas, una base de datos o un porcentaje de lo que paga Medicare. Es posible que tenga que pagar la diferencia si su proveedor cobra más del monto permitido y no es un proveedor “dentro de la red”.
4. **¿Qué es un proveedor “fuera de la red”?** Son proveedores que no tienen un contrato con su compañía de seguros. Si recibe servicios cubiertos de un proveedor fuera de la red, la compañía de seguros puede pagar solo una parte de los cargos o no pagar nada, según los términos de su póliza. Además, el copago o el coseguro puede ser mayor que si un proveedor dentro de la red hubiese brindado los servicios.

---

<sup>1</sup> El término “compañía de seguros” incluye aseguradoras, HMO y planes de servicios de salud sin fines de lucro.

5. **¿Qué es la “facturación de saldo”?** Si recibe servicios cubiertos de un proveedor fuera de la red y el costo de estos servicios supera el monto permitido, el proveedor podrá facturarle la diferencia. En algunas circunstancias, puede tener protección contra la facturación del saldo. Por ejemplo, si lo trata un médico de Maryland en una sala de emergencias, la ley puede protegerlo.
6. **¿Cómo sé si un proveedor está “dentro de la red” o “fuera de la red”?**  
Consulte en línea el directorio de proveedores de su plan de salud o llame al plan de salud. Asegúrese de conocer el tipo de plan de beneficios de salud que tiene. Si le dicen que un proveedor está “participando” o “acepta” el pago directamente de su plan de salud, pregunte si el proveedor está “dentro de la red” o “fuera de la red”.
7. **¿Puedo consultar a un proveedor “fuera de la red”?** Depende del tipo de plan de beneficios de salud que tenga.
  - Algunos planes solo le permiten consultar a proveedores dentro de la red a menos que sea una emergencia, que no tenga control sobre el proveedor que lo atiende, como cuando recibe servicios de internación en un hospital, o que necesite un cierto tipo de especialista y no haya uno en la red del plan de salud.
  - Si tiene cobertura de una organización de mantenimiento de la salud (HMO), es posible que no pueda ver a un proveedor fuera de la red.
  - Algunos planes, a menudo llamados Organizaciones de Proveedores Preferidos o PPO, le permiten consultar a cualquier proveedor incluso si el proveedor está fuera de la red.

Debería revisar el esquema o el resumen de beneficios de su plan de salud. También puede comunicarse con el departamento de recursos humanos de su empleador o su plan para obtener esta información.

8. **¿Qué tendré que pagar si consulto a un proveedor “fuera de la red”?** Es posible que tenga que pagar más si consulta a un proveedor fuera de la red.
  - Si su plan de salud no cubre a los proveedores fuera de la red, usted será responsable de pagar el costo total de los servicios.
  - Si tiene un plan de una PPO, al proveedor se le pagará la cantidad permitida para los servicios cubiertos, pero usted puede ser responsable de un copago, deducible o coseguro más alto. También puede tener que pagar la diferencia entre el cargo facturado por el proveedor y el monto permitido de la PPO (es decir, la factura del saldo).
9. **¿Cómo pago a un proveedor “fuera de la red”?**
  - En general, el proveedor fuera de la red le facturará directamente por los servicios. Luego, deberá presentar un reclamo ante su plan de beneficios de salud para que reembolse el monto permitido por sus beneficios cubiertos. Según la ley de Maryland, tiene 90 días para presentar su reclamo; a partir del 1 de enero de 2017, tendrá dos años para presentar un reclamo si no fue razonablemente posible presentarlo en un plazo de un año.
  - Si el proveedor lo acepta y su plan de beneficios de salud le permite recibir atención de un proveedor fuera de la red, puede firmar una “asignación de beneficios” al proveedor.

## 10. ¿Qué es una “asignación de beneficios”?

- Una asignación de beneficios es un contrato legal utilizado para transferir los derechos a los beneficios de un plan de atención médica de usted (el asegurado) al proveedor de atención médica. Si hay una asignación de beneficios, el plan de salud pagará su parte de los honorarios (los beneficios) directamente al proveedor. Esto elimina la necesidad de que usted pague al proveedor por completo y luego solicite el reembolso del monto permitido según su póliza. Sin embargo, tenga en cuenta que es posible que aún le deba al proveedor un copago, coseguro y el saldo entre el monto permitido y el monto facturado por el proveedor; el saldo de la factura. Las compañías de ambulancias también pueden aceptar una asignación de beneficios. Puede solicitar al proveedor un acuerdo de este tipo o el proveedor puede pedirle que firme uno.

## 11. ¿Qué sucede si tengo que ir al hospital y no puedo controlar quién me atiende?

- Ya sea que la visita al hospital esté planificada o no, no siempre podrá elegir el proveedor que brinda los servicios y puede recibir atención de un médico del hospital o un médico de guardia para todo su tratamiento o parte de este. Los médicos del hospital son médicos que trabajan directamente para el hospital o para un grupo de atención médica privado que tiene un contrato con el hospital para brindar servicios. Los médicos de guardia son médicos a quienes se les permite (“tienen privilegios”) trabajar en un hospital pero no tienen un contrato con este, y están de guardia para brindar servicios a pacientes que no tienen sus propios proveedores. Distintos tipos de médicos trabajan como médicos de hospital o de guardia, incluidos, por ejemplo, los médicos de la sala de emergencias, los anestesiólogos y los radiólogos.
- Si su plan de la PPO está sujeto a la ley de Maryland, y usted y el médico del hospital o de guardia acuerdan una asignación de beneficios, entonces el plan enviará el pago al médico. Al médico del hospital o de guardia se le pagará de acuerdo con la ley estatal y no podrá facturarle el saldo a usted. De todas formas, tendrá que pagar cualquier deducible, copago y coseguro aplicables.
- **¿Qué necesito saber sobre la asignación de beneficios a un proveedor fuera de la red?** Si tiene un plan de una PPO y consulta a un médico fuera de la red, que no sea un médico de guardia o del hospital, que acepta una asignación de beneficios de su parte, el médico debe brindarle el siguiente aviso antes de prestar los servicios:
- Su médico no es parte de la red de su aseguradora de salud. Puede pagar más por los servicios prestados por su médico porque:
  - el cargo de su médico puede ser mayor que el monto que pagará su aseguradora de salud y, de ser así, es posible que usted deba pagar la diferencia; y
  - su coseguro, deducible y máximo de bolsillo pueden ser más altos porque su médico no está en la red de su aseguradora de salud.

- El médico puede cobrarle por servicios que no estén cubiertos por su contrato de seguro de salud.
- El médico facilitará la siguiente información antes de prestar los servicios:
  - una estimación del costo de los servicios;
  - cualquier condición de pago que aplique; y
  - si su médico le cobrará intereses sobre cualquier saldo impago y el monto de los intereses, si corresponde.

También se le pedirá que firme la siguiente declaración:

Yo, [nombre del paciente] recibí la información anterior y autorizo a mi aseguradora de salud a reembolsar a mi médico directamente los servicios prestados el [fecha de hoy].

12. **¿Qué sucede si me transportan en ambulancia?** Los servicios de ambulancia que son propiedad de una subdivisión política del estado (como un condado o ciudad), que son operados por esta o están en su jurisdicción, que son una compañía de fuerza voluntaria o un escuadrón de rescate, o que tienen un contrato con una subdivisión política para brindar servicios también pueden pretender una asignación de beneficios. Las compañías de ambulancias pueden aceptar una asignación de beneficios, pero la ley no les exige que hagan la misma divulgación que los médicos que no son médicos del hospital o de guardia.