

Máximo del bolsillo

Este es el monto máximo que paga antes de que su compañía de seguros pague el 100 % del monto permitido por los servicios de atención médica cubiertos. Según los términos de su póliza o plan, este monto puede incluir deducibles, copagos y coseguros. Consulte con su compañía de seguros para determinar qué se incluye en este monto en su póliza o plan.

Prima

El monto que usted o su empleador pagan a su compañía de seguros por su póliza o plan. Este monto puede pagarse mensual, trimestral o anualmente. Si no paga la prima, se cancelará su póliza o plan. Para obtener más información sobre cómo las compañías de seguros determinan las primas, consulte *Frequently Asked Questions: Health Insurance Rates and the Review Process (Preguntas frecuentes: tasas de seguros de salud y proceso de revisión)* www.insurance.maryland.gov.

Servicios Preventivos

No necesita alcanzar su deducible antes de recibir servicios preventivos de un proveedor dentro de la red. Tampoco tiene que pagar un copago o coseguro por los servicios preventivos que recibe de un proveedor dentro de la red. Los servicios preventivos incluyen exámenes de detección y vacunación, así como otros servicios. Para obtener una lista completa de los servicios preventivos que están cubiertos sin costo para usted, consulte con su compañía de seguros. Por lo general, los servicios preventivos no incluyen el diagnóstico o las consultas de seguimiento y los servicios por problemas. Si visita a su proveedor de atención médica y habla sobre un problema de salud, es posible que se le cobre el deducible, coseguro o copago por la parte de la visita relacionada con el problema, incluso si el propósito inicial de la visita fue preventivo.

La Administración de Seguros de Maryland (MIA) es la agencia estatal que regula el negocio de los seguros en el Estado de Maryland. Si tiene una pregunta sobre seguros o experimenta un problema, comuníquese con la MIA al 800-492-6116 o visite nuestro sitio web en www.insurance.maryland.gov.

Esta guía para el consumidor debe usarse sólo para fines educativos. No tiene como objetivo proporcionar asesoramiento u opiniones legales sobre la cobertura incluida en una póliza o un contrato específico. Tampoco debe interpretarse como un aval de ningún producto, servicio, persona u organización mencionada en la misma.

Esta publicación fue producida por la Administración de Seguros de Maryland (MIA) para proporcionar a los consumidores información general sobre cuestiones relacionadas con los seguros y programas y servicios estatales.

Esta publicación puede contener material con derechos reservados que se utilizó con el permiso del propietario de tales derechos. Su publicación en el presente documento, sin embargo, no autoriza el uso o la apropiación de dicho material con derechos reservados, sin consentimiento del autor.

Todas las publicaciones emitidas por la MIA están disponibles sin costo en el sitio web de la MIA, o a pedido. La publicación puede reproducirse en su totalidad sin requerir permiso a la MIA, siempre que el texto y el formato no se alteren ni enmienden de ninguna manera, y que no se cobre un cargo por su publicación o duplicación. El nombre y la información de contacto de la MIA deben quedar claramente visibles, y en la reproducción no puede aparecer ningún otro nombre; ni siquiera el de la compañía o agente que reproduce la publicación. No se permiten reproducciones parciales sin previo consentimiento por escrito de la MIA.

Las personas con discapacidades pueden solicitar este documento en un formato alternativo. Las solicitudes se deben enviar por escrito al Jefe, Comunicaciones y Participación Pública a la dirección que se muestra a continuación.



Maryland

INSURANCE ADMINISTRATION

200 St. Paul Place, Suite 2700

Baltimore, MD 21202

410-468-2000

800-492-6116

800-735-2258 TTY

www.insurance.maryland.gov

www.facebook.com/MdInsuranceAdmin

www.twitter.com/MD_Insurance

www.instagram.com/marylandinsuranceadmin

GUIA DEL CONSUMIDOR SOBRE

COMPRENDER DE LOS COSTOS DE SU SEGURO DE SALUD



Maryland

INSURANCE ADMINISTRATION

Para comprender completamente el costo de su seguro de salud, es importante que conozca los diferentes costos de los que puede ser responsable y los términos utilizados para describirlos. Algunos de estos términos clave se definen a continuación con fines de información general. Debe verificar su póliza o contrato de plan para obtener información específica sobre cómo se definen estos términos para los fines de su póliza.

Monto Permitido

El monto máximo que la compañía¹ 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”. Es posible que tenga que pagar la diferencia si su proveedor cobra más del monto permitido.

¹ The term “insurance company” includes HMOs and non-profit health service plans.

Factura de saldo

La factura de saldo aparece cuando un proveedor de salud (un médico, por ejemplo) le extiende una factura al paciente luego de que la aseguradora del paciente ha pagado su parte de la factura. La factura de saldo es la diferencia entre el cargo del proveedor y el precio que estableció la aseguradora, luego de que el paciente haya pagado los copagos, el coseguro y los deducibles. La factura de saldo aparece cuando el paciente recibe servicios de atención médica cubiertos por un proveedor fuera de la red o en un centro fuera de la red (un hospital, por ejemplo).

En algunos casos, si utiliza servicios fuera de la red puede que esté protegido de las facturas de saldo. Según la Ley Sin Sorpresas, no se le puede cobrar una factura de saldo si:

1. Recibe los servicios de emergencia de un proveedor o un centro médico de emergencia fuera de la red.
2. Recibe los servicios de un proveedor fuera de la red en una situación que no sea de emergencia en un centro médico de la red, a menos que dé su consentimiento voluntario por adelantado y por escrito para renunciar

a sus protecciones. (Nunca se le solicitará que renuncie a sus protecciones para medicina de emergencia, anestesia, patología, radiología, laboratorio, neonatología o de los asistentes de cirujano, médicos hospitalistas o intensivistas; tampoco se le cobrará una factura de saldo por recibir estos servicios en un centro médico de la red).

3. Recibir los servicios de una ambulancia aérea cubiertos por un proveedor fuera de la red de servicios de una ambulancia aérea.

Además, a partir del 1 de enero del 2023, si recibe la autorización para una consulta con un especialista en servicios de salud mental o en trastorno por uso de sustancias fuera de la red, no se le podrá cobrar una factura de saldo.

Coseguro

Esta es su parte de los costos de un servicio de atención médica cubierto. El coseguro se aplica después de que se haya cubierto cualquier deducible. Su parte es un porcentaje, como el 20 %, del monto permitido para el servicio. Así es como funciona:

- a. Su radiografía cuesta \$200.
- b. La compañía de seguros tiene un monto permitido de \$150.
- c. Su coseguro es del 20 %. Suponiendo que su deducible ya haya sido cubierto, usted paga el 20 % de \$150, que es de \$30 y la compañía de seguros paga los \$120 restantes.

Copago

Este es un monto fijo en dólares que debe pagar por un servicio en particular. El monto puede ser diferente según el tipo de servicio y si el servicio lo proporciona un proveedor dentro o fuera de la red. Por ejemplo, su plan puede requerir un copago de \$20 para una visita al consultorio de un proveedor dentro de la red y un copago de \$40 para una visita al consultorio de un proveedor fuera de la red. Esta tarifa puede ser adicional a cualquier deducible por el cual usted sea responsable conforme al plan.

Deducible

Esta es la cantidad de dinero que debe pagar por los servicios cubiertos antes de que su compañía de seguros

comience a realizar los pagos. Es posible que el deducible no se aplique a todos los servicios cubiertos por su póliza o plan. Comuníquese con su compañía de seguros para obtener una lista de los servicios que no están sujetos a un deducible con su póliza o plan. Para un servicio sujeto al deducible, usted o su proveedor de atención médica presentarán un reclamo a su compañía de seguros, aunque usted sea responsable de pagarle al proveedor. La compañía de seguros aplicará a su deducible los montos permitidos por cada servicio cubierto. Cuando el total de los montos permitidos sea igual a su deducible, la compañía de seguros comenzará a pagar los reclamos. Hasta que alcance su deducible, deberá pagar el monto permitido a su proveedor de atención médica. Después de alcanzar su deducible, pagará solo cualquier coseguro o copago aplicable. En general, tendrá que alcanzar su deducible cada año.

Proveedores dentro de la red

Son proveedores que tienen un contrato con su compañía de seguros. Si recibe servicios cubiertos de un proveedor dentro de la red, generalmente solo tendrá que pagar su deducible y cualquier copago o coseguro aplicable. Es posible que el proveedor no le facture el saldo.

Proveedores fuera de la red

Un proveedor fuera de la red no tiene un contrato con su aseguradora. Si recibe los servicios cubiertos de un proveedor fuera de la red, la aseguradora no tiene la obligación de pagar ninguna parte de los cargos o es posible que sus copagos o coseguros sean más elevados que si los hubiese prestado un proveedor de la red. En algunos casos, no tendrá que pagar más por una visita fuera de la red, como en situaciones de emergencia, al recibir un tratamiento particular en situaciones que no sean de emergencia, en un centro médico de la red, para servicios de una ambulancia aérea o si su plan de salud le otorgó la autorización para visitar a un proveedor fuera de la red para acceder a los servicios de salud mental.