



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 1 de Noviembre del 2022

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.

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.

<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 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:

- i. Recibe los servicios de emergencia de un proveedor o un centro médico de emergencia fuera de la red.
- ii. 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).
- iii. 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.*

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”?

A veces, es posible que no pueda obtener la atención médica que necesita de un especialista que esté en la red de su compañía de seguros. El especialista dentro de la red puede estar irrazonablemente lejos, o puede no tener una cita durante un tiempo irrazonablemente largo, o puede no ser capaz de tratar su condición.

Cuando eso sucede, y tiene que ir a un especialista que está fuera de la red, su compañía de seguros puede tener que cubrir al especialista fuera de la red de la misma manera que un especialista dentro de la red. Su compañía de seguros de salud tiene que tener un proceso que pueda utilizar para averiguar cómo obtener cobertura dentro de la red para la atención de un especialista fuera de la red. Y cuando haces tu solicitud, tienen que responder rápidamente. Puede ponerse en contacto con su plan de salud utilizando el número que aparece en el reverso de su tarjeta, o utilice el enlace: <https://bit.ly/miaccp> para averiguar el proceso a

utilizar para su compañía de seguros.

**IMPORTANTE:** *Solo usa el proceso de la compañía.* Si no lo hace y elige ver a un especialista fuera de la red, y un especialista en servicios dentro de la red estaba disponible, los servicios sólo estarán cubiertos si tiene beneficios fuera de la red y solo por la cantidad permitida para la cobertura 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 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).

Sin embargo, a partir del 1 de Enero del 2023, si está aprobado para ver a un especialista fuera de la red para servicios de salud mental o trastornos por uso de sustancias, su plan de salud debe pagar los costos de los servicios del especialista fuera de la red que no sean su cantidad de gastos compartidos (deducible, copago, coseguro), lo que usted debe pagar. Su plan de salud debe asegurarse de que los servicios aprobados fuera de la red no le cuesten más de lo que habría pagado si hubiera recibido los servicios de un proveedor en el panel de proveedores del plan. Esto significa que no habrá factura de saldo.

Además, bajo la ley federal Sin Sorpresas, su plan de salud no puede darle una factura de saldo si:

- i. Recibe los servicios de emergencia de un proveedor o un centro médico de emergencia fuera de la red.
- ii. 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.
- iii. Recibir los servicios de una ambulancia aérea cubiertos por un proveedor fuera de la red de servicios de una ambulancia aérea.

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 pasa con las situaciones de emergencia en las que solo necesito el centro de salud más cercano?**

- A veces es posible que no puedas elegir un proveedor que esté en la red de tu plan. Es posible que necesite tratamiento de emergencia o que vea a un proveedor fuera de la red en un hospital dentro de la red. Bajo la ley federal Sin Sorpresas, su plan de salud no puede darle una factura de saldo si:
  - i. Recibe los servicios de emergencia de un proveedor o un centro médico de emergencia fuera de la red.
  - ii. 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.
  - iii. Recibir los servicios de una ambulancia aérea cubiertos por un proveedor fuera de la red de servicios de una ambulancia aérea.
- **¿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.

Bajo la ley federal Sin Sorpresas, si recibe los servicios de una ambulancia aérea cubiertos por un proveedor fuera de la red de servicios de una ambulancia aérea, no se le puede facturar el saldo.