

Los detalles ocultos de buscar atención “fuera de la red”

¿Qué significa salir “fuera de la red”?

La mayoría de los planes de seguros tienen una lista de proveedores preferidos que se han seleccionado para brindarle atención.

Salir “fuera de la red” significa que usted va a consulta con un proveedor que no es preferido por su plan y que no tiene un acuerdo con su compañía aseguradora donde se establezcan las condiciones de pago.

Dependiendo de su plan de seguros, esto podría resultar en costos más altos o en no tener nada de cobertura en absoluto de su proveedor de seguros.



Algunos tipos de planes de salud, como los planes de Organizaciones de proveedores de salud (HMO, en inglés) o los planes EPO, no reembolsan en absoluto a proveedores de “fuera de la red”. Esto significa que si tiene uno de estos planes, usted podría ser responsable por el monto total que le cobre su médico, si usted elige atenderse “fuera de la red”.

Comprender su tipo de plan le ayuda a conocer sus opciones “fuera de la red”

HMO: Los planes de la Organización de proveedores de salud (HMO, en inglés) - Exigen que usted elija a un médico de atención primaria que sirva como la persona central que podrá referirlo a proveedores especializados para su atención. Su médico lo referirá a usted a proveedores dentro de su red. Los planes HMO normalmente solo pagan proveedores que están dentro de la red y para proveedores “fuera de la red”, su cobertura es limitada o no está cubierta por su seguro.

PPO: Organizaciones de proveedores preferidos (PPO en inglés) - Estos planes mantienen una red de proveedores, pero aun así tienen cobertura para atención “fuera de la red”, normalmente a un costo más alto para usted. Sin embargo, bajo este plan usted no necesita que lo refieran para ir a consulta con un especialista, ya sea de dentro o de “fuera de la red”.

PPO: Exclusive Provider Organization (PPO en inglés) - Los planes EPO no requieren que usted elija un médico de atención primaria, ni que pida que lo refieran a ver a un especialista, pero estos planes a menudo tienen una red muy limitada de proveedores con quienes usted puede ir a consulta. Lo más común es que no haya beneficios para servicios de proveedores “fuera de la red”.

POS: Punto de servicio (POS en inglés) - Estos planes se parecen a los planes HMO pero son menos restrictivos, porque en determinadas circunstancias bien definidas usted puede recibir cobertura para atención “fuera de la red”. Los planes tipo POS a menudo definen las circunstancias cuando la atención “fuera de la red” sí está cubierta. Al igual que los planes HMO, la mayoría de los planes POS exigen que, para empezar, usted sea referido por su médico de atención primaria.

A veces su mejor opción es ir a consulta con un proveedor “fuera de la red”

Cuando ocurren emergencias

En una situación verdaderamente de emergencia, usted debe ir al hospital o a la clínica de urgencias más cercana. En caso de una verdadera emergencia, la mayoría de los planes harán una excepción para atención de “fuera de la red”. Es importante que usted o su ser querido se pongan en contacto con su aseguradora lo antes posible en caso de una emergencia y que les informen que usted tuvo que buscar atención “fuera de la red”. Tenga en cuenta que la aseguradora normalmente tiene reglas estrictas a seguir sobre lo que sí consideran como una emergencia verdadera.

No se permiten proveedores locales

Si usted vive en un área rural y cerca de allí no hay un especialista de “dentro de la red”, puede tener que acudir a un médico de “fuera de la red”. Si este es el caso, póngase en contacto con su empresa de seguros y ellos pueden negociar su atención con un médico que no participe en la red, pero su aseguradora esperará que usted entregue documentación que demuestre que no hay ningún proveedor en la red. Entonces, de ser así, muchos planes de salud cubren el costo de la consulta, con el mismo costo de “dentro de la red” que usted normalmente paga.

No hay atención de emergencias si está fuera de su ciudad

Si usted necesita atención médica cuando está lejos de su casa, puede necesitar consultar a un médico que no esté relacionado con su plan. Si no es una emergencia, es buena idea llamar a su plan de salud antes de hacerlo, para averiguar si en el área hay médicos de “dentro de la red”. A veces, si la situación lo justifica, las aseguradoras gestionan su consulta con un proveedor que no participa como si fuera de “dentro de la red”.

Atención continua de un especialista

Si usted padece un problema de salud raro o complejo, los especialistas pueden estar limitados incluso dentro de su red. A veces a la mitad de su tratamiento, su actual especialista se sale de la red de su aseguradora. Usted puede elegir seguir con esa atención de “fuera de la red”, a sabiendas de que los costos serán mayores. Dependiendo de su plan, usted puede tener la opción de apelar y solicitar que continúe la cobertura “dentro de la red”, aunque sea por un período limitado o por un número fijo de consultas o hasta acabar el tratamiento. Este es un ejemplo de cómo el mismo plan puede pagar atención “dentro de la red” comparado con “fuera de la red”.



¡La cantidad que usted debe es \$2,900 más “fuera de la red”!

Este es un ejemplo de cómo el mismo plan puede pagar por la red en lugar de out-of-network care	Beneficios “dentro de la red” El plan paga el 80% y usted paga el 20%	Beneficios “fuera de la red” El plan paga el 50% y usted paga el 50%
Cargo normal al menudeo del proveedor	\$5,000	\$5,000
Cantidad permitida por el plan de salud (es la cantidad máxima que el plan de salud considerará para los servicios)	\$3,000	\$3,000
Su cantidad del costo después del seguro, adeudada al proveedor	Usted paga el 20% del cargo permitido 20% de \$3,000 = \$600	Usted paga el 50% de la cantidad permitida, más la diferencia entre la cantidad original del proveedor y la cantidad permitida $(50\% \text{ de } \$3,000) + (\$5,000 - \$3,000) = \mathbf{\$3,500}$