



Redes del seguro de salud

Los pormenores

Dado que encontrar atención dentro de la red es tan importante para el costo de la atención que recibe, necesita saber cómo encontrar proveedores dentro de la red para su plan de salud específico:

- Puede buscar en el directorio de la red en línea del plan para ver la lista más actualizada
- Llame a la línea de Servicio al Cliente del plan de salud y verifique que ambos el proveedor médico y el lugar donde lo verán se considere dentro de la red para su plan de salud
- Pídale sugerencias a su médico de atención primaria

No importa lo que la compañía de seguros le diga, verifique que el proveedor esté en la red de su plan de salud específico en ese lugar al hacer una cita. A veces, un consultorio médico puede estar en la red, pero el proveedor no se considera dentro de la red en ese lugar.

Una red de proveedores

La red de proveedores es una lista de médicos, otros proveedores de atención de salud, farmacias y centros médicos que han contratado con un plan de seguro de salud para proporcionar atención médica a sus miembros.

Las redes de proveedores incluyen diferentes tipos de profesionales de atención de salud, como médicos, terapeutas (fisioterapeutas, terapeutas ocupacionales o del habla), psicólogos, farmacias, laboratorios y diferentes tipos de centros de atención médica, incluyendo hospitales o clínicas de atención de urgencia.

Proveedores dentro de la red

Los proveedores dentro de la red son proveedores médicos que se unen a una red de un seguro de salud con un acuerdo para aceptar un precio con descuento o una cantidad permitida por cualquier servicio que realicen como pago completo. El plan de seguro paga su parte de la cantidad permitida, y el paciente paga su parte de gastos por cuenta propia, incluyendo el deducible, el copago o el coaseguro según lo requiera la póliza. *El saldo restante es perdonado o cancelado por el proveedor.*

Piense en las redes de seguros de salud como tiendas de membresía. Paga una tarifa de membresía anual para poder comprar allí. Puede encontrar productos allí siendo miembro a precios reducidos que no están disponibles en otras tiendas. Es posible que pueda encontrar los mismos productos en otras tiendas. Sin embargo, es probable que pague mucho más porque no podrá aprovechar el descuento que recibe al comprar allí. Lo mismo es cierto con su proveedor de atención médica dentro de la red. Usted paga su prima mensual para acceder a los precios mucho más bajos, que el médico y la compañía de seguros han acordado. Es posible que pueda ver a su mismo médico fuera de una red de seguros, pero es probable que pague un costo menor total de los servicios que reciba.

***Nota:** Asegúrese de buscar la red de proveedores correcta para su plan específico.

PAF Patient Advocate
Foundation

Esta publicación ha sido financiada en parte por

Lilly



PATIENT ADVOCATE FOUNDATION

Health Insurance Education Series

Helping you chart your course



Proveedor fuera de la red

Es un proveedor de atención médica que **no** ha negociado un descuento con un plan de seguro de salud específico. Dado que estos proveedores de atención médica no han aceptado la cantidad permitida del plan del seguro médico como pago completo, se permite al proveedor facturar al paciente por la diferencia entre lo que el plan de seguro permite y lo que el proveedor facture.

Factura del saldo

La diferencia entre lo que pagará el plan de seguro de salud y lo que ha facturado el proveedor. En la mayoría de los casos, *usted debe pagar esta diferencia.*

A menos que se considere una verdadera emergencia, la cobertura del seguro variará según el tipo de plan. Los planes de Organización para el Mantenimiento de la Salud (Health Maintenance Organization, HMO) o de Organización de Proveedores Exclusivos (Exclusive Provider Organization, EPO) limitan la cobertura que no es de emergencia a la atención de los proveedores de la red. Esto significa que, como paciente, usted será responsable de la cantidad total cobrado por un proveedor médico. Los planes de una organización de proveedores preferidos (Preferred Provider Organization, PPO) pagarán una cantidad reducida por la atención fuera de la red según los detalles específicos de la póliza.

La Ley de Cuidado Asequible (Affordable Care Act, ACA) requiere que las aseguradoras de salud cubran atención de emergencia como si fuera parte de la red, sin importar si la atención de emergencia se recibe en un centro dentro o fuera de la red. Sin embargo, la sala de emergencias y los médicos fuera de la red de igual manera pueden facturar el saldo restante. Si el plan de seguro de salud determina que no se trataba de una emergencia, la consulta no se considerará como un tratamiento dentro de la red y el paciente será responsable de pagar una cantidad mayor por esta atención.

Caso ilustrativo

Cuesta más salir fuera de la red.

Un miembro con el plan de PPO vio a un especialista fuera de la red:

- La consulta médica (cobros originales del proveedor) \$500
- Cantidad permitida por el seguro médico (cantidad que el asegurador se compromete a pagar) \$300
- Deducible fuera de la red (cantidad que el paciente debe pagar por salir fuera de la red) \$150

- Saldo de la cantidad permitida (después de la deducción) \$150
- Cobertura de seguro para el paciente (60%) \$90
- Facturación del saldo permitido del proveedor (diferencia entre el cargo original y la cantidad permitida, que el paciente debe pagar) \$200

- Total pagado por la compañía de seguros \$90
- Total pagado por el paciente \$410

Un miembro con un plan médico HMO visitó al mismo especialista:

- No hay cobertura para la atención que no es de emergencia
- Total pagado por el paciente (el cargo completo del proveedor original) \$500

