

Sus derechos y protecciones contra facturas médicas sorpresa

Cuando recibe atención de emergencia o tratamiento de un proveedor fuera de la red en un hospital o centro quirúrgico ambulatorio dentro de la red, está protegido contra la facturación del saldo. En estos casos, no se le debe cobrar más que los copagos, coseguros y/o deducibles de su plan.

¿Qué es la facturación del saldo (a veces denominada facturación sorpresa)?

Cuando consulta a un médico u otro proveedor de atención médica, es posible que deba pagar ciertos gastos de bolsillo, como un copago, coseguro o deducible. Puede tener costos adicionales o tener que pagar la totalidad de la factura si consulta a un proveedor o visita un centro de atención de la salud que no está en la red de su plan de salud.

Fuera de la red significa proveedores y centros que no han firmado un contrato con su plan de salud para prestar servicios. Es posible que los proveedores fuera de la red puedan facturarle la diferencia entre lo que paga su plan y el monto total cobrado por un servicio. Esto se denomina **facturación del saldo**. Es probable que este monto sea mayor que los costos dentro de la red para el mismo servicio y podría no contar para el deducible de su plan o el límite anual de gastos de bolsillo.

Facturación sorpresa es una factura de saldo inesperada. Esto puede suceder cuando no puede controlar quién está involucrado en su atención, como cuando tiene una emergencia o cuando programa una visita a un centro dentro de la red, pero recibe tratamiento inesperado de un proveedor fuera de la red. Las facturas médicas sorpresa podrían costar miles de dólares según el procedimiento o servicio.

Usted está protegido contra la facturación de saldos por: Servicios de emergencia

Si tiene una afección médica de emergencia y recibe servicios de emergencia de un proveedor o centro fuera de la red, lo máximo que pueden facturarle es el monto de costo compartido dentro de la red de su plan (como copagos, coseguro y deducibles). **No se le puede** facturar el saldo por estos servicios de emergencia. Esto incluye los servicios que puede recibir después de que esté en condiciones estables, a menos que otorgue su consentimiento por escrito y renuncie a sus protecciones para que no se le facture el saldo por estos servicios posteriores a la estabilización.

El estado exige que las aseguradoras exoneren a los afiliados por montos que excedan el nivel de costo compartido dentro de la red. El estado prohíbe a los proveedores fuera de la red facturar a los afiliados cualquier monto que exceda el nivel de costo compartido dentro de la red.

Ciertos servicios de un hospital o centro quirúrgico ambulatorio dentro de la red

Cuando recibe servicios de un hospital o centro quirúrgico ambulatorio dentro de la red, es posible que haya ciertos proveedores fuera de la red. En estos casos, lo máximo que esos proveedores pueden facturarle es el monto de participación en los costos dentro de la red de su plan. Esto se aplica a los servicios de medicina de emergencia, anestesia, patología, radiología, laboratorio, neonatología, cirujano asistente, hospitalista o intensivista. Estos proveedores **no pueden** facturarle el saldo y no pueden pedirle que renuncie a sus protecciones para que no se le facture el saldo.

Si recibe otros tipos de servicios en estos centros dentro de la red, los proveedores fuera de la red no pueden facturarle el saldo, a menos que otorgue su consentimiento por escrito y renuncie a sus protecciones.

Nunca es necesario que renuncie a sus protecciones contra la facturación del saldo. Tampoco está obligado a recibir atención fuera de la red. Puede elegir un proveedor o centro de la red de su plan.



Sus derechos y protecciones contra facturas médicas sorpresa

Cuando no se permite la facturación del saldo, también tiene estas protecciones:

- Usted solo es responsable de pagar su parte del costo (como los copagos, el coseguro y el deducible que pagaría si el proveedor o centro estuviera dentro de la red). Su plan de salud pagará de manera directa cualquier costo adicional a los proveedores fuera de la red e instalaciones.

- Por lo general, su plan de salud debe:

Cubrir los servicios de emergencia sin requerir que obtenga la aprobación de los servicios por adelantado (también conocida como autorización previa).

Cubrir los servicios de emergencia de proveedores fuera de la red.

Base lo que le debe al proveedor o centro (costo compartido) en lo que pagaría a un proveedor o centro dentro de la red y muestre ese monto en su explicación de beneficios.

Cuente cualquier monto que pague por servicios de emergencia o servicios fuera de la red para su deducible dentro de la red y límite de gastos de bolsillo.

Si cree que se le ha facturado incorrectamente, comuníquese con un representante federal al 1-800-985-3059.

Visite www.cms.gov/nosurprises/consumers <<http://www.cms.gov/nosurprises/consumers>> para obtener más información sobre sus derechos en virtud de la ley federal.

Visite <https://www.cms.gov/CCIIO/Programs-and-Initiatives/Other-Insurance-Protections/CAA> <[http://www.cms.gov/CCIIO/Programs-and-Initiatives/Other-Insurance-Protections/CAA](https://www.cms.gov/CCIIO/Programs-and-Initiatives/Other-Insurance-Protections/CAA)> para obtener más información sobre sus derechos en virtud de las leyes estatales.

