

Sus derechos y protecciones frente a facturas médicas sorpresa

Cuando recibe atención de emergencia o lo atiende un proveedor fuera de la red en un centro de la red, cuenta con protección contra la facturación de saldos. En estos casos, no deben cobrarle más que los copagos, el coseguro o el deducible de su plan.

¿Qué es la “facturación de saldos”? (a veces denominada “facturación sorpresa”?)

Cuando consulta con un médico u otro proveedor de atención médica, es posible que deba pagar de su bolsillo costos como, por ejemplo, un copago, un coseguro o un deducible. Puede tener costos adicionales o tener que pagar la factura completa si consulta a un proveedor o visita un centro de atención médica que estén fuera de la red de su plan de salud.

“Fuera de la red” significa que los proveedores y los centros no firmaron un contrato con su plan de salud para proporcionar servicios. Es posible que los proveedores fuera de la red puedan cobrarle la diferencia entre lo que paga su plan y el monto total que se cobra por un servicio. Esto se denomina “**facturación de saldos**”. Este monto probablemente sea mayor que los costos de un centro de la red para el mismo servicio y probablemente no se los tenga en cuenta para el deducible o límite anual de su plan que paga de su bolsillo.

La “facturación sorpresa” es una facturación de saldos imprevista. Esto puede suceder cuando usted no puede controlar quién participa en su atención, como cuando tiene una emergencia o cuando programa una visita en un centro de la red, pero de manera inesperada lo atiende un proveedor fuera de la red. Las facturas médicas sorpresa podrían costar miles de dólares dependiendo del procedimiento o servicio.

Las aseguradoras deben informarle qué proveedores y centros se encuentran en sus redes. Los proveedores y centros deben informarle sobre las redes de proveedores con las que participan. Esta información se obtiene en el sitio web de la aseguradora, del proveedor o del centro, o bien, a pedido.

Cuenta con protección contra la facturación de saldos para lo siguiente:

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 cobrarle es el monto de costo compartido de la red de su plan (como deducibles, copagos y coseguros). **No** pueden cobrarle los saldos por estos servicios de emergencia. Esto incluye servicios en el mismo centro que podría recibir después de que se encuentre en condición estable, a menos que otorgue consentimiento por escrito y renuncie a sus protecciones de facturación de saldos para estos servicios posteriores a la

estabilización.

Determinados servicios en un centro de la red

Cuando recibe servicios de un centro de la red, es posible que determinados proveedores allí estén fuera de la red. En estos casos, lo máximo que aquellos proveedores pueden cobrarle es el monto de costo compartido de la red de su plan. Esto se aplica a medicina de emergencia, servicios de laboratorio, cirugías y servicios de asistente de cirujano, y servicios profesionales auxiliares como anestesia, patología, radiología, neonatología, servicios de hospitalistas o intensivistas. Estos proveedores **no pueden** cobrarle saldos y **no pueden** pedirle que renuncie a sus protecciones para que no se les cobren saldos.

Si recibe otros tipos de servicios en estos centros de la red, los proveedores fuera de la red **no pueden** cobrarle saldos a menos que usted otorgue consentimiento por escrito y renuncie a sus protecciones.

No se requiere que renuncie a sus protecciones de facturación de saldos. Tampoco se requiere que reciba atención fuera de la red. Puede elegir un proveedor o un centro en la red de su plan.

Cuando no se permita la facturación de saldos, también cuenta con estas protecciones:

- Usted es únicamente responsable de pagar su parte del costo (como copagos, coseguro y deducible que pagaría si el proveedor o el centro estuviera en la red). Su plan de salud pagará los costos adicionales a los proveedores y centros fuera de la red de manera directa.
- En general, su plan de salud debe:
 - Cubrir servicios de emergencia sin requerir que reciba autorización por anticipado para recibir servicios (también conocida como “autorización previa”).
 - Cubrir servicios de emergencia prestados por proveedores fuera de la red.
 - Basar lo que debe pagarle al proveedor o al centro (costo compartido) teniendo en cuenta lo que le pagaría a un proveedor o centro de la red y mostrar dicho monto en su explicación de beneficios.
 - Tener en cuenta todo monto que paga por servicios de emergencia o servicios fuera de la red para el deducible de la red y el límite de gastos de la red que paga de su bolsillo.

Si considera que le cobraron mal, comuníquese con los organismos federales responsables de hacer cumplir la ley federal de protección de saldos llamando al: **1-800-985-3059** o presentar una

queja ante el Departamento de Seguros de la Comisión de Corporaciones del Estado de Virginia en: scc.virginia.gov/pages/File-Complaint-Consumers o llamar al **1-877-310-6560**.

Visite cms.gov/nosurprises/consumers para obtener más información sobre sus derechos de conformidad con la ley federal.

Los consumidores que cuentan con cobertura (i) de una póliza con seguro completo en Virginia, (ii) del plan de beneficios médicos para empleados del estado de Virginia, o (iii) de un grupo autofinanciado que optó por recibir las protecciones de Virginia también cuentan con la protección contra la facturación de saldos de conformidad con la ley de Virginia. Visite scc.virginia.gov/pages/Balance-Billing-Protection para obtener más información sobre sus derechos de conformidad con la ley de Virginia.