Sus derechos y protecciones contra las facturas médicas sorpresa

Cuando recibe atención de emergencia o recibe tratamiento de un proveedor fuera de la red en un hospital o centro quirúrgico para pacientes ambulatorios dentro de la red, está protegido contra la facturación de saldo. En estos casos, no se le debe cobrar más que los copagos, el coseguro o el deducible de su plan.

¿Qué es la “facturación de saldo” (a veces llamada “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. Es posible que tenga costos adicionales o que deba pagar la factura completa si consulta a un proveedor o va a un centro de atención médica que no pertenece a la red de su plan médico.

“Out-of-network” (Fuera de la red) se refiere a proveedores y centros que no han firmado un contrato con su plan médico para prestar los servicios. Es posible que los proveedores fuera de la red puedan facturarle la diferencia entre lo que paga su plan y la cantidad total cobrada por un servicio. Esto se llama “balance billing” (facturación de saldo). Es probable que esta cantidad sea mayor que los costos dentro de la red por el mismo servicio y puede que no se aplique al deducible ni al límite anual de gastos de bolsillo de su plan.

La “surprise billing” (facturación sorpresa) es una factura de saldo inesperada. Esto puede suceder cuando no puede controlar quién participa en su atención, como cuando tiene una emergencia o cuando programa una visita en un centro dentro de la red, pero inesperadamente recibe tratamiento de un proveedor fuera de la red. Las facturas médicas sorpresa podrían costar miles de dólares, según el procedimiento o servicio.

Está protegido contra la facturación de saldo por:

Servicios de emergencia

Si tiene una condición médica de emergencia y recibe servicios de emergencia de un proveedor o centro fuera de la red, lo máximo que pueden facturarle es la cantidad de costos compartidos dentro de la red de su plan (como copagos, coseguro y deducibles). No pueden facturarle el saldo por estos servicios de emergencia. Esto incluye los servicios que pueda recibir después de que su condición se haya estabilizado, a menos que dé su consentimiento por escrito y renuncie a sus protecciones contra la facturación de saldo por estos servicios posteriores a la estabilización.

Ciertos servicios en un hospital o centro quirúrgico para pacientes ambulatorios dentro de la red

Cuando recibe servicios en un hospital o centro quirúrgico para pacientes ambulatorios dentro de la red, algunos proveedores que trabajan ahí pueden estar fuera de la red. En estos casos, lo máximo que esos proveedores pueden facturarle es la cantidad de costos compartidos 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 ni pedirle que renuncie a sus protecciones contra la facturación de 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 dé su consentimiento por escrito y renuncie a sus protecciones.

Nunca está obligado a renunciar a sus protecciones contra la facturación de saldo. Tampoco está obligado a recibir atención fuera de la red. Puede elegir un proveedor o centro dentro de la red de su plan.

Comuníquese con el Departamento de Seguros de Pensilvania (Pennsylvania Insurance Department) en www.insurance.pa.gov/nosurprises o por teléfono al 1-877-881-6388 o TTY/TDD: 717-783-3898 si tiene dificultades para encontrar un proveedor o centro dentro de la red de su plan.

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

- 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 médico pagará directamente cualquier costo adicional a los proveedores y centros fuera de la red.
- En general, su plan médico debe:
    - Cubrir los servicios de emergencia sin exigirle que obtenga aprobación por adelantado para los servicios (también conocida como “prior authorization” [autorización previa]).
    - Cubrir los servicios de emergencia prestados por proveedores fuera de la red.
    - Calcule lo que usted debe al proveedor o centro (costos compartidos) según lo que pagaría a un proveedor o centro dentro de la red y muestre esa cantidad en su Explicación de Beneficios.
    - Aplique cualquier cantidad que pague por servicios de emergencia o servicios fuera de la red a su deducible dentro de la red y a su límite de gastos de bolsillo.

Si cree que le han facturado incorrectamente, puede comunicarse con el Departamento de Seguros de Pensilvania en www.insurance.pa.gov/nosurprises o por

teléfono al **1-877-881-6388 o TTY/TDD: 717-783-3898.** El teléfono federal para información y quejas es: **1-800-985-3059.**

Visite www.insurance.pa.gov/nosurprises para obtener más información sobre sus derechos conforme a las leyes federales y estatales. También puede visitar www.cms.gov/nosurprises/consumers para obtener información del gobierno federal.