

Tus derechos y protecciones relacionados con facturas imprevistas por servicios médicos

Cuando recibes atención de emergencia o te atiende un proveedor fuera de la red en un centro médico dentro de la red, estás protegido respecto de recibir una facturación imprevista o facturación del saldo.

¿Qué es la “facturación del saldo” (a veces llamada “facturación imprevista”)?

Cuando consultas a un médico u otro proveedor de cuidados médicos, es posible que tengas que pagar determinados gastos de bolsillo, como un copago, coseguro y/o deducible. Si consultas a un proveedor o visitas un centro de cuidados médicos que no se encuentra dentro de la red de tu plan médico, es posible que tengas que pagar otros costos o el total de la factura.

El término “fuera de la red” abarca a los proveedores y centros médicos que no han firmado un contrato con tu plan médico. Es posible que los proveedores fuera de la red estén autorizados a facturarte la diferencia entre el valor que el plan acordó pagar y el monto total cobrado por un servicio. Esto se llama “**facturación del saldo**”. Es probable que este monto sea mayor que los costos dentro de la red que se cobran por el mismo servicio y podrían no tenerse en cuenta para alcanzar el límite de gastos de bolsillo anual.

La “facturación imprevista” es una factura del saldo inesperada. Esto puede suceder cuando no puedes controlar quién brinda la atención, como cuando tienes una emergencia o cuando programas una consulta en un centro médico de la red, pero inesperadamente, te atiende un proveedor fuera de la red.

Las aseguradoras deben indicarte cuáles son los proveedores y los centros médicos de su red. A su vez, los proveedores y centros médicos deben indicarte cuáles son las redes en las que trabajan. Esta información figura en el sitio web de la aseguradora, el proveedor o el centro médico, o se obtiene mediante solicitud.

Estás protegido respecto de recibir la facturación del saldo en los siguientes casos:

Servicios de emergencia

Si tienes una condición médica de emergencia y recibes servicios de emergencia de un centro médico o proveedor fuera de la red, lo máximo que el centro o el proveedor pueden facturarte es el monto del costo compartido dentro de la red de tu plan (como deducible, copago y coseguro). No **pueden** facturarte el saldo por esos servicios de emergencia. Esto comprende servicios que puedes recibir en el mismo centro médico después de estabilizarte; excepto que hayas prestado consentimiento por escrito para renunciar a las protecciones relacionadas con la facturación del saldo por esos servicios posteriores a la estabilización.

Determinados servicios en un centro médico dentro de la red

Cuando recibes servicios de un centro médico dentro de la red, determinados proveedores pueden no formar parte de esa red. En estos casos, lo máximo que pueden facturarte es el monto del costo compartido dentro de la red de tu plan. Esto corresponde a servicios de medicina de emergencia, laboratorio, cirujano y cirujano asistente, y servicios auxiliares de profesionales, como servicios de anestesia, patología, radiología, neonatología, médico de hospital o de cuidados intensivos. Estos proveedores **no pueden** facturarte el saldo por esos servicios y **tampoco** pueden solicitarte que renuncies a tus protecciones para que no te facturen el saldo.

Si recibes otros servicios en estos centros médicos dentro de la red, los proveedores fuera de la red **no pueden** facturarte el saldo; excepto que prestes tu consentimiento por escrito para renunciar a tus protecciones.

Nunca te exigirán que renuncies a tus protecciones relacionadas con la facturación del saldo. Tampoco te exigirán que recibas atención fuera de la red. Puedes elegir un proveedor o centro médico de la red del plan.

Cuando no está permitido realizar la facturación del saldo, también cuentas con las siguientes protecciones:

- Eres el único responsable de pagar tu parte del costo (como el copago, el coseguro y el deducible que pagarías si el proveedor o el centro se encontraran dentro de la red). Tu plan médico les pagará a los centros médicos y proveedores fuera de la red directamente.
- En general, tu plan médico debe cumplir con lo siguiente:
 - Cubrir los servicios de emergencia sin exigirte que cuentes con la aprobación de los servicios con anticipación (autorización previa).
 - Cubrir los servicios de emergencia prestados por proveedores fuera de la red.
 - Basar lo que le debes al proveedor o centro médico (costos compartidos) en lo que pagarías a un proveedor o centro dentro de la red y mostrar ese monto en la explicación de beneficios.
 - Contabilizar cualquier monto que pagues en concepto de servicios de emergencia o servicios fuera de la red para el deducible y el límite de gastos de bolsillo dentro de la red.

Si consideras que te facturaron incorrectamente, puedes llamar a los organismos federales que se encargan de la observancia de la ley federal de protección respecto de la facturación del saldo al **1-800-985-3059** y/o presentar un reclamo ante la Oficina de Seguros de la Comisión de Corporaciones del estado de Virginia aquí: scc.virginia.gov/pages/File-Complaint-Consumers o por teléfono al **1-877-310-6560**.

Visita [cms.gov/nosurprises](https://www.cms.gov/nosurprises) para obtener más información sobre tus derechos según la ley federal.

Los consumidores cubiertos en virtud de (i) una póliza de seguro total emitida en Virginia; (ii) el plan de beneficios de salud para el empleado del estado de Virginia; o (iii) un grupo autofinanciado que se ha adherido a las protecciones contempladas en Virginia también están protegidos respecto de la facturación del saldo en virtud de la ley del estado de Virginia. Visita [scc.virginia.gov/pages/Balance-Billing-Protection](https://www.scc.virginia.gov/pages/Balance-Billing-Protection) para obtener más información sobre tus derechos en virtud de la ley del estado de Virginia.

A10585