

Sus derechos y protecciones contra las facturas sorpresa por servicios médicos

Cuando recibe atención de emergencia o tratamiento de un proveedor fuera de la red en un centro dentro de la red, está protegido contra la facturación del saldo. En estos casos, a usted no se le deben cobrar más que los copagos, el coseguro y/o el deducible de su plan.

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

Cuando consulta a un médico u otro proveedor de cuidado médico, es posible que deba determinados gastos de bolsillo, como un copago, un coseguro o un deducible. Es posible que tenga otros costos o que tenga que pagar la factura completa si consulta a un proveedor o visita un centro médico que no está en la red de su plan médico.

“Fuera de la red” hace referencia a proveedores y centros que no han firmado un contrato con su plan médico para prestar servicios. Es posible que los proveedores fuera de la red puedan facturarle la diferencia entre lo que su plan acordó pagar 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 por el mismo servicio y es posible que no cuente para el deducible o el límite anual de gastos de bolsillo de su plan.

La “facturación sorpresa” es una factura de saldo inesperada. Esto puede suceder cuando no puede controlar quién se involucra en su cuidado, por ejemplo, cuando tiene una emergencia o programa una visita en un centro dentro de la red pero, inesperadamente, recibe tratamiento de un proveedor fuera de la red. Las facturas sorpresa por servicios médicos podrían ser de miles de dólares según el procedimiento o servicio.

Las aseguradoras tienen la obligación de informarle qué proveedores y centros forman parte de sus redes. Los proveedores y centros deben decirle en qué redes de proveedores participan. Puede encontrar esta información en el sitio web de la aseguradora, del proveedor o del centro, o puede solicitarla.

Usted está protegido de la facturación del saldo en las siguientes situaciones:

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 el monto de costos compartidos dentro de la red de su plan (como deducibles, copagos y coseguros). **No** se le puede facturar el saldo por estos servicios de emergencia. Esto incluye los servicios que puede recibir en el mismo centro después de que se estabiliza su condición, a menos que otorgue su consentimiento por escrito y renuncie a sus protecciones para no recibir una facturación del saldo por estos servicios posteriores a la estabilización.

Determinados servicios en un centro dentro de la red

Cuando recibe servicios en un centro dentro de la red, es posible que determinados proveedores estén fuera de la red. En estos casos, lo máximo que esos proveedores pueden facturarle es el monto de costos compartidos dentro de la red de su plan. Esto aplica a los servicios de medicina de emergencia, laboratorio, cirujano y asistente de cirujano, y servicios profesionales auxiliares, como anestesia, patología, radiología, neonatología, médico de hospital 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 servicios en estos centros dentro de la red, los proveedores fuera de la red **no pueden** facturarle el saldo, a menos que usted dé su consentimiento por escrito y renuncie a sus protecciones.

Nunca se le exige que renuncie a sus protecciones contra la facturación del saldo. Tampoco es necesario que obtenga atención fuera de la red. Puede elegir un proveedor o centro de la red de su plan.

Cuando no se permite la facturación del saldo, usted 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 el centro estuvieran dentro de la red). Su plan médico le pagará cualquier costo adicional directamente a los proveedores y centros fuera de la red.
- En general, su plan médico debe:
 - Cubrir los servicios de emergencia sin necesidad de que obtenga la aprobación de los servicios por adelantado (también conocido como “autorización previa”).
 - Cubrir los servicios de emergencia brindados por proveedores fuera de la red.
 - Basar lo que le debe al proveedor o centro (costos compartidos) en lo que le pagaría a un proveedor o centro dentro de la red e indicar ese monto en su explicación de beneficios.
 - Contar cualquier monto que pague por servicios de emergencia o servicios fuera de la red a favor de su deducible y límite de gastos de bolsillo dentro de la red.

Si cree que le han facturado incorrectamente, llame a las agencias federales responsables de hacer cumplir la ley federal de protección contra facturación del saldo al **1-800-985-3059** y/o presente una queja ante la Oficina de Seguros de la Comisión Estatal de Corporaciones de Virginia en [scc.virginia.gov/pages/File-Complaint-Consumers](https://www.scc.virginia.gov/pages/File-Complaint-Consumers) o por teléfono al **1-877-310-6560**.

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

Los consumidores cubiertos por (i) una póliza totalmente asegurada emitida en Virginia, (ii) el plan de beneficios de salud para empleados del estado de Virginia o (iii) un grupo autofinanciado que aceptó las protecciones de Virginia también están protegidos de la facturación del saldo conforme a la ley de Virginia. Visite [scc.virginia.gov/pages/Balance-Billing-Protection](https://www.scc.virginia.gov/pages/Balance-Billing-Protection) para obtener más información sobre sus derechos según la ley de Virginia.