

Sus derechos y protecciones contra las facturas médicas sorpresa

Cuando recibe atención de emergencia o lo trata un proveedor fuera de la red en un hospital o centro quirúrgico ambulatorio de la red, cuenta con protección contra facturación sorpresa o facturación de saldo.

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

Cuando lo atiende un médico u otro proveedor de atención médica, es posible que deba pagar determinados desembolsos personales, como un copago, coseguro o deducible. Puede tener otros costos o tener que pagar toda la factura si lo atiende un proveedor o visita un centro de atención médica que no forme parte de la red de su plan médico.

“Fuera de la red” se refiere a proveedores y centros que no han firmado un contrato con su plan médico. Se puede permitir que los proveedores fuera de la red le facturen la diferencia entre lo que su plan acordó pagar y el monto total cobrado por un servicio. Esto se denomina **“facturación de saldo”**. Es probable que este monto sea superior a los costos dentro de la red por el mismo servicio y que no se considere en su límite anual de desembolso personal.

“Facturación sorpresa” es una factura de saldo no esperada. Esto puede suceder cuando no puede controlar quién está involucrado en su atención médica, como cuando tiene una emergencia o cuando programa una visita en un centro dentro de la red, pero inesperadamente lo trata un proveedor fuera de la red.

Se lo protege contra la facturación de saldo 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, el monto más alto que pueden facturarle es el monto de gastos compartidos dentro de la red de su plan (como copagos y coseguro). **No se le puede** facturar saldo por estos servicios de emergencia. Esto incluye a los servicios que reciba después de que esté en un estado estable, salvo que dé su consentimiento por escrito y renuncie a sus protecciones contra la facturación de saldo por estos servicios posteriores a la estabilización.

Algunos servicios en 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 algunos servicios estén fuera de la red. En estos casos, el monto más alto que le pueden facturar los proveedores es el monto de gastos compartidos dentro de la red de su plan. Esto se aplica a medicina de emergencia, anestesia, patología, radiología, laboratorio, neonatología, servicios de cirujano asistente, hospitalista o intervencionista. Estos proveedores **no pueden** facturarle saldo y **no pueden** pedirle que renuncie a sus protecciones contra la facturación de saldo.

Si recibe otros tipos de servicios en un hospital o centro quirúrgico ambulatorio dentro de la red, los proveedores fuera de la red **no pueden** facturarle saldo, a menos que dé su consentimiento por escrito y renuncie a sus protecciones.

Estimación de cargos:

Puede solicitar el monto estimado que se le cobrará por un servicio médico que no sea de emergencia y que le preste un centro de atención médica o un médico. La legislación de Indiana exige que se proporcione un valor estimado en un plazo de 5 días hábiles luego de efectuar la solicitud de un valor estimado por un servicio de atención médica que no sea de emergencia y que haya programado, que se haya solicitado o al que se lo derivó. Además, si no cuenta con seguro o tiene pensado pagar el desembolso personal por el servicio, la legislación federal exige que el proveedor o centro le proporcione un estimado de todos los servicios de atención médica programados que no sean de emergencia al menos 1 día hábil antes de que se brinden dichos servicios.

Nunca se le exigirá renunciar a sus protecciones contra la facturación de saldo. Tampoco se le exigirá recibir atención médica fuera de la red. También puede elegir un proveedor o centro dentro de la red de su plan.

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

- Usted solo es responsable de pagar su parte del costo (como los copagos, coseguros y deducibles que pagaría si el proveedor o centro estuviera dentro de la red). Su plan médico le pagará los costos adicionales directamente a los proveedores y centros fuera de la red.
- En general, su plan médico debe:
 - o Cubrir servicios de emergencia sin exigirle que obtenga la aprobación de servicios por adelantado (que también se conoce como autorización previa).
 - o Cubrir servicios de emergencia que brinden proveedores fuera de la red.
 - o Para calcular lo que debe pagar al proveedor o centro (costos compartidos), tome como base lo que le pagaría a un proveedor o centro dentro de la red y muestre ese monto en su explicación de beneficios.
 - o Considere todos los importes que pague por servicios de emergencia o servicios fuera de la red en su deducible y en su límite de desembolso personal.

Si cree que le han facturado erróneamente, puede comunicarse con el Departamento de Seguro de Indiana en <https://www.in.gov/idoi> o 1-317-232-8582.

Visite <https://www.cms.gov/nosurprises/consumers> para obtener más información sobre sus derechos en virtud de la legislación federal o llame al 1-800-985-3059.



MARION
HEALTH

441 N. Wabash Ave., Marion, IN 46952
marionhealth.com