

Sus Derechos Y Protecciones Contra Facturas Médicas Inesperadas

Cuando recibe atención de emergencia o le trata un proveedor que está fuera de la red en un hospital o centro quirúrgico ambulatorio que está dentro de la red, usted está protegido contra facturas sorpresas o facturas del saldo.

¿Qué es la "factura de saldo" (a veces llamada "factura sorpresa")?

Cuando consulta a un médico u otro proveedor de atención médica, es posible que deba ciertos costos de su bolsa, como copago, coseguro y/o un deducible. Es posible que tenga otros costos o tenga que pagar la factura completa si visita a un proveedor o visita un centro de atención médica que no está en la red de su plan de seguro de salud.

"Fuera de la red" describe proveedores e instalaciones que no han firmado un contrato con su plan de salud. 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. A esto se le llama "factura del saldo". Es probable que esta cantidad sea mayor que los costos dentro de la red por el mismo servicio y es posible que no se tenga en cuenta para el límite anual de desembolso personal.

La "facturación sorpresa" es una factura de saldo inesperada. Esto puede suceder cuando no puede controlar quién está involucrado en su atención, como cuando tiene una emergencia o cuando programa una visita en un centro dentro de la red, pero es tratado inesperadamente por un proveedor fuera de la red.

Usted está protegido contra la facturación del 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 el proveedor o centro puede facturarle es el monto del costo compartido dentro de la red de su plan (como copagos y coseguro). No se le puede facturar el saldo por estos servicios de emergencia. Esto incluye los servicios que puede recibir después de estar en condición estable, a menos que dé su consentimiento por escrito y renuncie a sus protecciones para que no se le facture por el saldo por estos servicios de pos-estabilización.

Ciertos servicios en un hospital o centro quirúrgico ambulatorio dentro la red

Cuando recibe servicios de un hospital o un centro quirúrgico ambulatorio dentro de la red, es posible que ciertos proveedores estén fuera de la red. En estos casos, lo máximo que esos proveedores pueden facturarle es la cantidad del costo compartido 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 y **no** pueden pedirle que renuncie a sus protecciones para que no se le facture el saldo.

Ley del Estado

Además de las protecciones de la ley federal, la ley de Tennessee prohíbe a los hospitales facturar el saldo a menos que el hospital proporcione un aviso por escrito que le informe: (1) que puede ser tratado por médicos fuera de la red; (2) que esta instalación hospitalaria puede estar fuera de la red; (3) que puede ser responsable de los cargos fuera de la red; (4) una lista de médicos especialistas que brindan servicios en el hospital pero que no están empleados allí; y (5) un estimado de los cargos del centro hospitalario si el hospital está fuera de la red. Si el hospital requiere que todos los médicos del hospital estén en las mismas redes de seguros que el

hospital, entonces no se requiere toda esta información. Tenga en cuenta que la facturación del saldo no es lo mismo que las facturas cuando no se tiene beneficios de seguro o cuando su seguro niega la cobertura.

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

Cuando no se permite la facturación del saldo, usted también tiene las siguientes protecciones:

- Usted solo es responsable de pagar su parte del costo (como copagos, coseguro y deducibles que pagaría si el proveedor o el centro estuvieran dentro de la red). Su plan de salud pagará directamente a los proveedores y centros fuera de la red.

- Su plan de salud generalmente debe:
 - Cubrir los servicios de emergencia sin necesidad de obtener una aprobación por adelantado para los servicios (autorización previa).
 - Cubrir los servicios de emergencia de proveedores fuera de la red.
 - Base lo que le debe al proveedor o centro (costo compartido) en lo que le pagaría a un proveedor o centro dentro de la red y muestre ese monto en su explicación de beneficios.
 - Cuenten cualquier cantidad que pague por servicios de emergencia o servicios fuera de la red a favor de su deducible y límite de desembolso personal.

Si cree que se le ha cobrado incorrectamente, puede comunicarse con el Departamento de Salud y Servicios Humanos al 1-800-985-3059. Si tiene inquietudes con respecto a violación de la ley estatal, puede comunicarse con Servicios de Seguros al Consumidor al 800-342-4029 o solo para afiliados de TennCare, al 1-800-342-3145.

Visite <https://www.cms.gov/nosurprises> para obtener más información sobre sus derechos según la ley federal.