

Sus derechos y protecciones contra las facturas médicas sorpresa

Cuando reciba atención de emergencia o reciba tratamiento de un proveedor fuera de la red en un hospital o centro quirúrgico ambulatorio dentro de la red, usted está protegido frente a la facturación sorpresa o facturación de saldo.

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

Cuando acuda a un médico o a otro proveedor de atención médica, es posible que adeude ciertos costos de su propio bolsillo, como un copago, coseguro o deducible. Si acude a un proveedor o a un centro de atención médica que no esté en la red de su plan médico, es posible que tenga otros costos o que tenga que pagar la factura en su totalidad.

El término “fuera de la red” describe a proveedores y centros que no han firmado un contrato con su plan médico. Es posible que a los proveedores fuera de la red se les permita facturarle la diferencia entre lo que su plan acordó pagar y la cantidad total cobrada por un servicio. A esto se le llama “**facturación de saldo**”. Esta cantidad es probablemente más que los costos dentro de la red por el mismo servicio y podría no contar para su límite anual de su propio bolsillo.

La “facturación sorpresa” es una factura de saldo inesperada. Esto puede pasar cuando no puede controlar quién está implicado en su atención, como cuando tiene una emergencia o cuando programa una consulta en un centro dentro de la red, pero le trata inesperadamente un proveedor fuera de la red.

Usted está protegido contra la facturación de saldo en los siguientes casos:

Servicios de emergencia

Si tiene una afección médica de emergencia y recibe servicios de emergencia de un proveedor o centro fuera de la red, la cantidad máxima que el proveedor o el centro puede facturarle es la cantidad de su parte del costo en la red de su plan (como copagos y coseguro). A usted **no puede** facturársele el saldo por estos servicios de emergencia. Esto incluye servicios que puede recibir después de que esté en estado estable, salvo que dé consentimiento por escrito y renuncie a sus protecciones para que no se le facture el saldo por estos servicios después de la estabilización.

La ley estatal de California tiene protecciones semejantes a la Ley federal sin sorpresas.

Ciertos 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 ciertos proveedores sean fuera de la red. En estos casos, la cantidad máxima que esos proveedores pueden cobrarle es la cantidad de la parte del costo dentro de la red de su plan. Esto aplica a la medicina de emergencia, anestesia, patología, radiología, laboratorio, neonatología, cirujano asistente, hospitalista o servicios intensivistas. Estos proveedores **no pueden** facturarle el saldo a usted y **no** pueden pedirle que renuncie a sus protecciones para que 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, salvo que dé su consentimiento por escrito y renuncie a sus protecciones.

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

La ley estatal de California tiene protecciones semejantes a la Ley federal sin sorpresas. Puede encontrarse más información en la [Hoja de datos de facturas médicas sorpresa](#) del Departamento de Atención Médica Administrada de California (California Department of Managed Care).

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

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

- Por lo general, su plan médico debe hacer lo siguiente:
 - Cubrir los servicios de emergencia sin obligarle a obtener aprobación anticipada por servicios (autorización previa).
 - Cubrir los servicios de emergencia de proveedores fuera de la red.
 - Basar lo que usted adeuda al proveedor o centro (parte del costo) en lo que pagaría a un proveedor o centro dentro de la red e indicar esa cantidad en su explicación de beneficios.
 - Descontar cualquier cantidad que usted pague por servicios de emergencia o servicios fuera de la red de su deducible y límite de su propio bolsillo.

Si cree que se le ha facturado incorrectamente, puede comunicarse a los Centros para Servicios de Medicare y Medicaid (Centers for Medicare and Medicaid Services) en [CMS](#) en www.cms.gov para ver sus derechos bajo la ley federal.

Para obtener más información sobre sus derechos bajo la ley estatal de California visite el Departamento de Atención Médica Administrada de California ([California Department of Managed Health Care](#)) en www.dmhc.ca.gov o el Departamento de Seguros de California ([California Department of Insurance](#)) en www.insurance.ca.gov.

Importante: Usted no tiene que firmar este formulario. Si no lo firma, este proveedor o centro podría no darle tratamiento, pero puede optar por recibir atención de un proveedor o centro en la red de su plan médico.