Sus derechos y protecciones para evitar facturas médicas sorpresa

Cuando recibe atención de emergencia o se trata con un proveedor fuera de la red en un hospital o en un centro ambulatorio de cirugía dentro la red, goza de protección contra la facturación del saldo. En estos casos, no se le debería cobrar más que los copagos, coaseguros y/o deducibles de su plan.

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

Cuando se atiende con un médico u otro proveedor de atención médica, es posible que deba pagar ciertos gastos de bolsillo, como copagos, coaseguros o deducibles. Es posible que se generen costos adicionales o que tenga que pagar la totalidad de la factura en caso de atenderse con un proveedor o acudir a un centro de atención médica que no pertenezcan a la red de su plan de salud.

“**Fuera de la red**” hace referencia a proveedores y centros de atención que no tienen un contrato firmado con su plan de salud para proveer servicios. Los proveedores fuera de la red pueden estar autorizados a facturarle la diferencia entre lo que paga su plan y el monto total que se le cobra por un servicio. Esto se denomina “facturación del saldo”. Probablemente, este monto supere los costos de la red por el mismo servicio y es posible que no se tome en cuenta para el deducible de su plan o el límite anual de gastos de bolsillo.

“**Facturación sorpresa**” hace referencia a una factura inesperada del saldo. Esto ocurre cuando no puede controlar quiénes participan de su atención médica (por ejemplo, en una emergencia o al programar una visita a un centro de atención de la red, pero, inesperadamente, recibe atención de un proveedor fuera de la red). Las facturas médicas sorpresa podrían llegar a costar miles de dólares según el procedimiento o el servicio.

Usted goza de protección contra la facturación del saldo en:

SERVICIOS DE EMERGENCIA

Si tiene un problema médico de emergencia y recibe servicios de emergencia de un proveedor o en un centro de atención fuera de la red, lo máximo que pueden facturarle es el monto de costo compartido de la red de su plan (como copagos, coaseguros y deducibles). No se le puede facturar el saldo por estos servicios de emergencia. Esto incluye aquellos servicios que usted pueda recibir tras estabilizarse, excepto que otorgue un consentimiento por escrito y renuncie a sus protecciones para que no se le facture el saldo en concepto de dichos servicios posteriores a la estabilización.

Según el mandato Fuera de la red firmado por el gobernador Phil Murphy en 2018 (Out-of-

Network Consumer Protection Transparency, Cost Containment and Accountability Act, P.L. 2018, [Ley de Transparencia para la Protección a los Consumidores Fuera de la Red, Contención de Costos y Responsabilidad, F.L. 2018]), se ofrecen protecciones a todos los pacientes en relación con la facturación sorpresa de hospitales en el estado de Nueva Jersey. Capital Health no facturará a los pacientes más que a los pacientes en costos compartidos de la red por servicios fuera de la red de emergencia o involuntarios.

CIERTOS SERVICIOS EN UN HOSPITAL DE LA RED O CENTRO AMBULATORIO DE CIRUGÍA

Cuando recibe servicios en un hospital o un centro ambulatorio de cirugía dentro de la red, es posible que ciertos proveedores estén fuera de la red. En estos casos, lo máximo que pueden facturarle esos proveedores es el monto de costos compartidos dentro de la red de su plan. Esto se aplica a medicamentos de emergencia, anestesia, patología, radiología, laboratorio, neonatología, auxiliares de cirugía, hospitalistas o servicios de médicos de cuidados críticos. Estos proveedores no pueden facturarle el saldo ni pedirle que renuncie a sus protecciones para que no se le facture el saldo.

Si recibe otros tipos de servicios en estos centros de atención dentro de la red, los proveedores fuera de la red no pueden facturarle el saldo, excepto que otorgue su consentimiento por escrito y renuncie a sus protecciones.

Jamás se le pedirá que renuncie a sus protecciones de facturación del saldo. Tampoco se le pedirá que reciba atención médica fuera de la red. Puede elegir un proveedor o centro de atención que pertenezca a la red de su plan.

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

Solo debe pagar su parte del costo (como copagos, coaseguros y deducibles que pagaría si el proveedor o el centro de atención perteneciera a la red). Su plan de salud pagará los costos adicionales directamente a los proveedores y centros de atención médica fuera de la red.

En líneas generales, su plan de salud debe:

Cubrir los servicios de emergencia sin exigirle que obtenga aprobación de los servicios de manera por anticipado (también conocido como “autorización previa”).

Cubrir los servicios de emergencia prestados por proveedores fuera de la red.

Fundamentar lo que usted adeuda al proveedor o al centro de atención (costos compartidos) sobre lo que debería pagársele a un proveedor o centro de atención dentro de la red, y mostrar

dicho monto en la explicación de sus beneficios.

Tomar en cuenta los montos que pague por servicios de emergencia o servicios fuera de la red para su deducible de la red y el límite de gastos de bolsillo.

Si considera que se le ha facturado erróneamente, comuníquese con el Centro de Servicios de Medicare y Medicaid al 1.800.985.3059. Visite www.cms.gov/nosurprises/consumers para obtener más información sobre sus derechos en virtud de la ley federal. Llame al 1.800.792.9770 o visite www.nj.gov/health/healthfacilities para obtener más información sobre sus derechos en virtud de la ley estatal de Nueva Jersey.

Tiene derecho a recibir una “estimación de buena fe”.

Según lo establece la ley, los proveedores de atención médica deben ofrecerles a los pacientes que no cuenten con determinados tipos de cobertura de atención médica o que no usen ciertos tipos de cobertura de atención médica una estimación de la factura en concepto de los artículos y servicios de atención médica antes de que se presten dichos artículos servicios.

- Tiene derecho a recibir una estimación de buena fe por el costo total estimado de cualquier artículo o servicio de atención médica conforme lo solicite o cuando programe dichos artículos o servicios. Esto incluye costos relacionados, como exámenes médicos, medicamentos de receta, equipos y honorarios hospitalarios.
- Si programa un artículo o servicio de atención médica con una anticipación mínima de tres días hábiles, asegúrese de que su proveedor de atención médica o centro de atención le entregue una estimación de buena fe por escrito en un lapso de un día hábil con posterioridad a la programación. Si programa un artículo o servicio de atención médica con una anticipación mínima de diez días hábiles, asegúrese de que su proveedor de atención médica o centro de atención le entregue una estimación de buena fe por escrito en un lapso de tres días hábiles con posterioridad a la programación. También puede pedirle a un proveedor de atención médica o centro de atención que le entregue una estimación de buena fe antes de programar un elemento o servicio. En este caso, asegúrese de que el proveedor de atención médica o el centro de atención le entreguen una estimación de buena fe por escrito dentro de los tres días hábiles de haberla solicitado.
- Si recibe una factura que supere para cualquier proveedor o centro de atención en, al menos, \$400 su estimación de buena fe para dicho proveedor o centro de atención, puede discutir la factura.

Para hacer preguntas u obtener más información sobre su derecho a recibir una estimación de buena fe, visite www.cms.gov/nosurprises/consumers, envíe un correo electrónico a FederalPPDRQuestions@cms.hhs.gov, o llame al 1-800-985-3059.