

Sus derechos y protecciones con respecto de facturas médicas sorpresa

Cuando recibe atención de emergencia o tratamiento de un proveedor de atención médica fuera de la red en un hospital o centro de cirugía ambulatoria de la red, está protegido de la facturación del saldo. En estos casos, no deberían cobrarle más que los copagos, coseguro y deducible de su plan de seguro.

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

Cuando visita a un médico u otro proveedor de atención médica, es posible que deba pagar ciertos gastos a cargo del paciente, como un [copago](#), [coseguro](#) o [deducible](#). Es posible que tenga que pagar costos adicionales o la factura completa si visita a un proveedor o un centro de atención médica que no forma parte de la red de su plan de salud.

"Fuera de la red" significa los proveedores y centros que no firmaron un contrato con su plan de salud. Los proveedores fuera de la red podrían facturarle la diferencia entre lo que paga su plan y el monto total cobrado por un servicio. Esto se denomina "**facturación del saldo**". Este monto probablemente sea mayor que los costos dentro de la red para el mismo servicio y podría no contabilizarse para el límite anual de gastos a cargo del paciente.

La "facturación sorpresa" es una factura de saldo inesperada. Esto puede ocurrir cuando no puede controlar quién participa en su atención, como cuando tiene una emergencia o cuando programa una visita en un centro de la red pero de forma inesperada recibe tratamiento de un proveedor fuera de la red. Las facturas médicas sorpresa podrían costar miles de dólares según el servicio.

Usted está protegido de la facturación del saldo para:

Servicios de emergencia

Si tiene una afección médica de emergencia y recibe servicios de emergencia de un proveedor o centro fuera de la red, lo máximo que el proveedor o el centro puede facturar es el monto de costos compartidos dentro de la red de su plan (como los copagos y el coseguro). No se le puede facturar el saldo por estos servicios de emergencia.

Ciertos servicios en un hospital o centro de cirugía ambulatoria de la red

Cuando recibe servicios en un hospital o centro de cirugía ambulatoria de la red, ciertos proveedores podrían no pertenecer a la red. En esos casos, lo máximo que esos proveedores pueden facturarle es el monto de costos compartidos dentro de la red de su plan de seguro. Esto aplica a los servicios de medicina de emergencias, 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 se le facture el saldo.

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

Nunca está obligado a renunciar a sus protecciones con respecto de la facturación del saldo. Tampoco está obligado a recibir 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, también tiene estas protecciones:

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

En general, su plan de salud debe:

- Cubrir los servicios de emergencia sin requerir que obtenga aprobación por adelantado para los servicios (también conocida como "autorización previa").
- Cubrir servicios de emergencia de proveedores fuera de la red.
- Basar lo que adeuda al proveedor o centro (costo compartido) en lo que pagaría a un proveedor o centro de la red y mostrar ese monto en su explicación de los beneficios.
- Contabilizar cualquier monto que pague por servicios de emergencia o servicios fuera de la red para el deducible y el límite de gastos a cargo del paciente de la red.

Si cree que le han facturado erróneamente, puede comunicarse con el Departamento de Salud y Servicios Humanos (HHS, por sus siglas en inglés) llamando al 1-800-985-3059.

Visite www.cms.gov/nosurprises/consumers para obtener más información sobre sus derechos según la ley federal.

Protecciones estatales

Si recibe una factura del saldo por servicios de atención médica de un año del plan de la póliza que comenzó antes del 1 de enero de 2022, puede tener cobertura bajo el programa *Arizona Surprise Out of Network Billing Dispute Resolution Program (SOONBDR)*. El programa comenzó en 2019 y tenía algunos requisitos de elegibilidad:

- La póliza debe estar bajo la jurisdicción del Departamento de Seguros de Arizona (las pólizas emitidas por otro estado, los planes de empleadores autoasegurados o los planes de empleados del gobierno estatal/federal **no** están cubiertos por el SOONBDR)
- La fecha de la prestación del servicio debe ser inferior o igual a un año (si se está tramitando una apelación de atención médica, este plazo puede ampliarse)
- La factura debe ser superior a \$1,000

Ante cualquier duda, puede llenar el formulario de la página web que aparece a continuación para determinar la elegibilidad y los siguientes pasos. Si el SOONBDR no cubre la factura sorpresa, se le proporcionará información de los organismos o entidades correctos que podrán ayudarlo.

Visite <https://difi.az.gov/soonbdr> para obtener más información sobre sus derechos según la ley de Arizona. O puede comunicarse con el Departamento de Seguros e Instituciones Financieras de Arizona llamando al 1 (602) 364-3100.