

Conozca sus derechos como paciente

Derechos y protecciones contra las facturas médicas sorpresa

La Ley federal **de No Sorpresas**, que entrará en vigor el 1 de enero de 2022, pretende ayudar a los pacientes a conocer los costos de la atención médica antes de recibirla y así minimizar los imprevistos — o sorpresa— facturas médicas. A continuación encontrará información sobre la ley y sus derechos protegidos como paciente.

Cuando recibe atención de urgencia o es tratado por un proveedor fuera de la red en un hospital o centro de cirugía ambulatoria de la red, está protegido contra la facturación sorpresa o facturación de saldos.

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

Cuando acude a un proveedor de atención médica, es posible que deba ciertos gastos de bolsillo, como un copago, un coseguro o un deducible. Es posible que tenga otros gastos o que tenga que pagar la factura completa si acude a un proveedor o visita un centro atención médica que no está en la red de su plan de salud.

"Fuera de la red" describe a los proveedores y centros que no han firmado un contrato con su plan de salud. Los proveedores fuera de la red pueden estar autorizados para facturarle, la diferencia entre lo que se acordó pagar en su plan y el total cobrado por un servicio. Esto se llama **facturación de saldo**. Probablemente, este importe sea superior a los costos dentro la red por el mismo servicio y puede que no esté dentro de su límite anual de gastos de bolsillo.

La "**Facturación sorpresa**" es una factura de saldo inesperada. Esto puede pasar cuando no puede controlar quién le presta atención, por ejemplo, cuando tiene una emergencia o cuando programa una visita en un centro dentro de la red, pero inesperadamente lo atiende un proveedor que está fuera de la red.

Está protegido contra la facturación de saldo para:

Servicios de emergencia

Si tiene una emergencia médica y lo atienden un proveedor o un centro de salud fuera de la red, lo máximo que el proveedor o el centro pueden facturarle es la cantidad del costo compartido dentro de la red de su plan (como copagos y coseguros). No se le puede facturar el saldo de estos servicios de emergencia. Esto incluye los servicios que pueda recibir una vez que se haya estabilizado, a menos que dé su consentimiento por escrito y renuncie a sus protecciones para que no le facturen el saldo de estos servicios después de que esté estable.

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

Cuando reciba servicios de un hospital o centro de cirugía ambulatoria de la red, es posible que algunos proveedores no pertenezcan a la red. En estos casos, lo máximo que dichos proveedores pueden facturarle es la cantidad del costo compartido en los gastos de su plan. Esto aplica para los servicios de medicina de emergencia, anestesia, patología, radiología, laboratorio, neonatología, cirujano asistente, médico internista o intensivista. Estos proveedores no pueden facturarle el saldo y no pueden pedirle que renuncie a sus protecciones para que no le facturen el saldo.

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

Nunca se le exige que renuncie a su protección contra la facturación de saldo. Tampoco se le exige que reciba atención fuera de la red. Puede elegir un proveedor o centro de la red de su plan.

Protecciones contra el cobro de balance específicas de Maryland

Si usted está en una organización de manutención de la salud (health maintenance organization o HMO en inglés) que esté regida por la ley de Maryland, no se le pueden hacer cobros de balance por servicios cubiertos por su plan, lo que incluye servicios de ambulancia terrestre.

Si está en una organización de proveedor preferencial (preferred provider organization o PPO en inglés) o en una organización de proveedor exclusivo (exclusive provider organization o EPO en inglés) que esté regida por la ley de Maryland, los doctores basados en el hospital o de guardia pagados directamente por su PPO o EPO (asignación de beneficios) no puede hacerle cobros de balance por servicios cubiertos por su plan, y no pueden pedirle que renuncie a sus protecciones contra cobros de balance.

Si utiliza servicios de ambulancia terrestre operada por un proveedor gubernamental local que acepta una asignación de beneficios de un plan regido por la ley de Maryland, el proveedor no puede hacerle un cobro de balance.

Cuando no se permite la facturación de saldo, también está protegido contra lo siguiente:

Usted solo es responsable de pagar su parte del costo (como los copagos, coseguros y deducibles que pagaría si el proveedor o 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 exigir la aprobación de los servicios por adelantado (autorización previa).
 - Cubrir los servicios de emergencia prestados por proveedores fuera de la red.
 - Comparar lo que debe al proveedor o centro (participación en costos) con lo que pagaría a un proveedor o centro de la red y mostrar esa cantidad en su explicación de beneficios.
 - Hacer que cualquier cantidad que pague por los servicios de emergencia o por los servicios fuera de la red cuente como parte de su deducible y del límite de gastos.



Si tiene preguntas sobre su factura, visite hopkinsmedicine.org/patient_care/patients-visitors/billing-insurance/pay-bill/customer-service.html.

Visite nuestro sitio web para obtener más información sobre la Ley de No Sorpresas y sus derechos según la ley federal.

Puede visitar el sitio de la Ley de No Sorpresas de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid en cms.gov/nosurprises.

Si considera que se le cobró erróneamente, puede contactar a la Unidad de Educación y defensa sanitaria (Health Education and Advocacy Unit) de la División de protección al consumidor de Maryland (Maryland's Consumer Protection Division). Más información en marylandattorneygeneral.gov/Pages/CPD/HEAU.

Si considera que su plan de salud procesó su reclamación de forma incorrecta, puede contactar a la Administración de seguros de Maryland (Maryland Insurance Administration). Más información en insurance.maryland.gov.