

## LOS DERECHOS Y PROTECCIONES DEL PACIENTE CONTRA FACTURAS MÉDICAS SORPRESA

“**Las Facturas Médicas Sorpresa**” o “**Facturación del Saldo**” ocurren cuando usted recibe atención médica de un proveedor o una entidad de cuidado médico que no ha firmado un contrato con su plan de salud para proveer ciertos servicios (conocidos también como “fuera de la red”).

Cuando usted busca servicios médicos fuera de la red de su plan, probablemente usted tendrá que pagar un copago, y/o un coaseguro, y/o un deducible, basado en los beneficios que usted recibe a través de su seguro médico. Su plan de salud determinará cual es la cantidad aceptable para dichos servicios considerados como fuera de la red (pago de la aseguradora + copago + coaseguro + deducible). Los proveedores y las instituciones médicas fuera de la red de su plan de salud pueden cobrarle la diferencia de la cantidad que su aseguradora haya determinado como aceptable y la cantidad total que se le está cobrando a usted. Esto es conocido como **la facturación del saldo**.

**Las Facturas Médica Sorpresa** son un saldo inesperado. Esto puede ocurrir cuando usted no tiene control en quién está involucrado en el cuidado de su salud y usted recibe inesperadamente un cobro por dichos servicios médicos.

A partir del **primero de enero del 2022**, cuando usted reciba atención médica de emergencia o tratamiento de un proveedor que esté fuera de la red de su plan de salud en un hospital que está dentro de la red de su plan, usted estará protegido contra **la facturación del saldo y las facturas médicas sorpresa**.

### **Protecciones Federales para Servicios de Emergencia y ciertos Servicios en un hospital dentro de la red:**

- Si usted tiene una condición médica de emergencia y recibe servicios de un proveedor o institución médica fuera de la red de su plan, el máximo que ellos pueden cobrarle es la cantidad del costo compartido designada como dentro de la red por su plan. Esto incluye los servicios que usted tal vez tenga que recibir después que usted se encuentre en condición estable a menos que usted dé su consentimiento por escrito diciendo que no desea recibir dichas protecciones.
- Cuando usted recibe servicios en un hospital que está dentro de la red, ciertos proveedores pueden estar fuera de la red de su plan. El máximo que dichos proveedores pueden cobrarle es la cantidad del costo compartido designada como dentro de la red por su plan. Esto incluye los servicios de medicina de emergencia, anestesia, patología, radiología, estudios de laboratorio, médicos de atención hospitalaria o servicios de cuidado intensivo. Estos proveedores no pueden cobrarle la facturación del saldo y no deben pedirle su consentimiento para cobrarle la facturación del saldo.
- Generalmente, su plan de salud debe cubrir los servicios médicos de emergencia que sean considerados fuera de la red a la tarifa de dentro de la red sin requerir aprobación anticipada (autorización anticipada). Usted es responsable de pagar solamente por los costos compartidos (copago, coaseguro, deducible) que usted pagaría si el proveedor o la institución médica estuvieran dentro de la red del plan y estas cantidades son contadas como parte de sus beneficios dentro de la red y los límites de sus gastos de bolsillo.
- **NUNCA SE LE REQUIERE QUE RENUNCIE A SUS PROTECCIONES CONTRA LA FACTURACIÓN DEL SALDO**

### **PROTECCIONES ESTATALES**

A partir del primero de enero del 2020, la ley S.B. 1264 protege a los consumidores, que tienen seguros médicos que son regulados por el estado, contra las facturas sorpresa por servicios en casos de emergencia y en casos donde el consumidor no tuvo opción de escoger a los proveedores. La legislación ha forjado una excepción limitada para cuando el consumidor escoge a un doctor o proveedor que no está en la red del plan, pero el hospital o institución médica si está dentro de la red. Los servicios que tendrán cobertura son los siguientes:

- (1) Los servicios de emergencia y provisiones ofrecidas por doctores e instituciones fuera de la red (OON), incluyendo hospitales y localidades independientes de cuidado médico de emergencia.
- (2) Tomografías de Diagnóstico y estudios de laboratorio fuera de la red (OON) que se brinden en conexión con el servicio dado por un proveedor que si está en la red.
- (3) Servicios brindados por proveedores que no están en la red (OON) pero practican en hospitales y localidades independientes de cuidado médico de emergencia que están dentro de la red.

Esto es válido solamente para los planes de seguro médico que el estado regula y las personas que reciben cobertura a través del sistema para Empleados del Estado y el sistema de Jubilación para Maestros. Las tarjetas de los planes de salud que el estado regula tienen impresas las iniciales “DOI” (departamento de seguros) o “TDI” (Departamento de Seguros de Texas). Esto no es válido para los planes de salud que son autofinanciados por compañías privadas, el plan de Empleo Federal, planes de salud emitidos fuera del estado de Texas o Medicare.

La nueva ley prohíbe que los proveedores manden facturas del saldo a miembros en estos casos.

**Si usted sospecha que le han cobrado equivocadamente:**

Nuestra intención es de nunca mandar facturas del saldo a nuestros pacientes, pero si usted cree que esto le ha ocurrido a usted, por favor contacte a uno de nuestros miembros de nuestro equipo de Servicio al Cliente al 877.516.0911, Opción 1, para que revisemos su cuenta. Si no logramos resolver su queja, usted puede presentar una queja con el Departamento de Seguros de Texas al 1.800.252.3439 o en línea al [www.tdi.texas.gov/medical-billing/surprise-balance-billing.html](http://www.tdi.texas.gov/medical-billing/surprise-balance-billing.html), O con el servicio de asistencia Federal de No Sorpresas al 1.800.985.3059 o en línea al [www.cms.gov/nosurprises](http://www.cms.gov/nosurprises).