

Sus derechos y protecciones contra facturas médicas sorpresa

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

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

Cuando vea a un médico u otro proveedor de atención médica, es posible que deba ciertos costos de su bolsillo, como un copago, un coseguro y / o un deducible. Es posible que tenga otros costos o tenga que pagar la factura completa si ve a un proveedor o visita un centro de atención médica que no está en la red de su plan de salud.

"Fuera de la red" describe a los proveedores e instalaciones que no han firmado un contrato con su plan de salud. Es posible que a los proveedores fuera de la red se les permita facturarle la diferencia entre lo que su plan acordó pagar y el monto total cobrado por un servicio. Esto se llama "**facturación de saldo**". Es probable que esta cantidad sea mayor que los costos dentro de la red para el mismo servicio y es posible que no cuente para su límite anual de desembolso.

La "facturación sorpresa" es una factura de saldo inesperada. Esto puede suceder cuando no puede controlar quién está involucrado en su atención, como cuando tiene una emergencia o cuando programa una visita en un centro dentro de la red, pero es tratado inesperadamente por un proveedor fuera de la red.

Usted está protegido de la facturación del saldo por:

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 centro puede facturarle es el monto de costos compartidos 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 puede obtener después de estar en condición estable, a menos que dé su consentimiento por escrito y renuncie a sus protecciones para que no se le facturen de manera equilibrada por estos servicios posteriores a la estabilización.

Ley de Nebraska, Ley de Atención Médica de Emergencia Fuera de la Red: La ley requiere que los proveedores fuera de la red facturen a un paciente por no más que los copagos, el coseguro o el deducible dentro de la red de su plan de seguro de salud para la atención de emergencia. Define una emergencia como el inicio repentino de una afección médica que pondría a una persona en grave peligro si no se trata de inmediato, y limita los gastos de un paciente a lo que se habría cobrado si el paciente hubiera sido tratado en una instalación dentro de la red.

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, ciertos proveedores pueden estar fuera de la red. En estos casos, lo máximo que esos proveedores pueden facturarle es el monto de costos compartidos dentro de la red de su plan. Esto se aplica a la medicina de emergencia, anestesia, patología, radiología, laboratorio, neonatología, cirujano asistente, hospitalista o servicios intensivistas. Estos proveedores **no** pueden pagarle la factura y **es** posible que no le pidan que renuncie a sus protecciones para que no se le facture el saldo.

Si obtiene otros servicios en estas instalaciones dentro de la red, los proveedores fuera de la red **no pueden** equilibrar la factura, a menos que dé su consentimiento por escrito y renuncie a sus protecciones.

Nunca se le pedirá que renuncie a sus protecciones de la facturación del saldo. Tampoco está obligado a recibir atención fuera de la red. Puede elegir un proveedor o instalación en la red de su plan.

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

- Usted solo es responsable de pagar su parte del costo (como los copagos, el coseguro y los deducibles que pagaría si el proveedor o la instalación estuviera dentro de la red). Su plan de salud pagará directamente a los proveedores e instalaciones fuera de la red.
- Su plan de salud generalmente debe:
 - Cubra los servicios de emergencia sin necesidad de obtener la aprobación de los servicios por adelantado (autorización previa).
 - Cubrir los servicios de emergencia de proveedores fuera de la red.
 - Base lo que le debe al proveedor o instalación (costo compartido) en lo que pagaría a un proveedor o instalación dentro de la red y muestre esa cantidad en su explicación de beneficios.
 - Cuente cualquier cantidad que pague por servicios de emergencia o servicios fuera de la red para su deducible y límite de desembolso.

Si cree que se le ha facturado incorrectamente, puede comunicarse con

Departamento de Seguros de Nebraska
A la atención de: Life & Health Division
PO Box 95087
Lincoln NE 68509-5087
(877) 564-7323 (llamada gratuita)
Correo electrónico: DOI.ExternalReview@nebraska.gov

Centros de Servicios de Medicare y Medicaid
(800) 985-3059 (llamada gratuita)

Visite www.cms.gov/nosurprises para obtener más información sobre sus derechos bajo la ley federal. Visite www.doi.nebraska.gov para obtener más información sobre sus derechos bajo la ley de Nebraska.