



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 desaldo**". 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 del estado de Oregón (ORS 743B.287): Un proveedor que es un proveedor fuera de la red para un plan de beneficios de salud o un contrato de servicio de atención médica no puede equilibrar la factura de un afiliado en el plan de beneficios de salud o el contrato de servicio de atención médica por servicios de emergencia fuera de la red, servicios para pacientes hospitalizados o servicios ambulatorios proporcionados en un centro de atención médica 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.

La ley estatal de Oregón (ORS 743B.287) requiere que si un afiliado elige recibir servicios de un proveedor fuera de la red, el proveedor debe informar al afiliado que él / ella será financieramente responsable de los costos de bolsillo por el servicio que excederá el coseguro normal del afiliado o los copagos asociados con el servicio elegido. El proveedor fuera de la red también debe obtener el consentimiento por escrito del afiliado para el servicio fuera de la red y los costos de bolsillo asociados con él.

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, los pacientes pueden presentar quejas ante la División de Regulación Financiera de Oregon por teléfono (888-877-4894) o en línea en: <https://dfr.oregon.gov/help/complaints-licenses/Pages/file-complaint.aspx> por cuestiones de cumplimiento relacionadas con los planes regulados estatales,



o 1-800-985-3059(<https://www.cms.gov/nosurprises/consumers>) para asuntos de cumplimiento relacionados con planes regulados por el gobierno federal.

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