

Sus derechos y protecciones contra facturas médicas inesperadas

Cuando recibe atención de emergencia o tratamiento de un proveedor fuera de la red en un hospital o centro de cirugía ambulatoria dentro de la red, está protegido contra la facturación del saldo. En esos casos, no se le debe cobrar más que los copagos, el coseguro o el deducible de su plan.

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

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

“Fuera de la red” significa proveedores y centros que no firmaron un contrato con su plan médico para prestar servicios. Es posible que se permita a los proveedores fuera de la red facturarle la diferencia entre lo que paga su plan y la cantidad total cobrada por un servicio. Eso se llama “**facturación del saldo**”. Es probable que esa cantidad sea mayor que los costos dentro de la red por el mismo servicio, y es posible que no se tome en cuenta para el deducible o el límite de gastos de bolsillo anual de su plan.

La “factura sorpresa” es una factura del saldo inesperada. Esto puede suceder cuando no puede controlar quién participa en su atención médica, como cuando tiene una emergencia o cuando programa una visita en un centro dentro de la red, pero recibe un tratamiento inesperado por un proveedor fuera de la red. Las facturas médicas inesperadas pueden costar miles de dólares según el procedimiento o servicio.

Usted está protegido contra la facturación del saldo por:

Servicios de emergencia

Si tiene una condición médica de emergencia y recibe servicios de emergencia de un proveedor o centro fuera de la red, lo máximo que pueden facturarle es la cantidad de gastos compartidos dentro de la red de su plan (como copagos, coseguro y deducibles). **No** le pueden facturar el saldo por los servicios de emergencia. Esto incluye los servicios que puede recibir después de estar en una condición estable, a menos que dé su consentimiento por escrito y renuncie a sus protecciones para que no se le facture el saldo por esos servicios después de la estabilización.

Connecticut aprobó su propia ley en 2015 para tratar la facturación del saldo. La ley se aplica a los planes médicos regulados por Connecticut Department of Insurance, y tiene protecciones similares a las que estipula la Ley federal contra las facturas sorpresa (No Surprises Act). Para obtener más información, vea las secciones [38a-477aa](#) y [20-7f](#) de los Estatutos Generales de Connecticut o el

sitio web de Connecticut Department of Insurance <https://portal.ct.gov/CID/General-Consumer-Information/No-Surprises-Act>.

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

Cuando recibe servicios de un hospital o centro de cirugía ambulatoria dentro de la red, es posible que ciertos proveedores estén fuera de la red. En estos casos, lo máximo que esos proveedores pueden facturarle es la cantidad del gasto compartido dentro de la red de su plan. Esto aplica a los servicios de medicina de emergencia, anestesia, patología, radiología, laboratorio, neonatología, asistente de cirujano, médico de planta o intensivista. Estos proveedores **no pueden** facturarle el saldo y **no** pueden pedirle que renuncie a sus protecciones para que no se le facture el saldo. Si recibe otro tipo de servicio en estos centros dentro 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 contra la facturación del saldo. Tampoco es necesario que reciba 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 (como los copagos, el coseguro y el deducible que pagaría si el proveedor o el centro estuviera dentro de la red). Su plan médico pagará cualquier costo adicional a los proveedores y centros fuera de la red directamente.

- Generalmente, su plan médico debe:
 - Cubrir los servicios de emergencia sin necesidad de obtener una aprobación previa para los servicios (también conocida como “autorización previa”).
 - Cubrir los servicios de emergencia de proveedores fuera de la red.
 - Basarse en lo que usted le debe al proveedor o centro (gasto compartido) en lo que le pagaría a un proveedor o centro dentro de la red y mostrar esa cantidad en su explicación de beneficios.
 - Tomar en cuenta cualquier cantidad que pague por servicios de emergencia o servicios fuera de la red para su deducible dentro de la red y límite de gastos de bolsillo.

Si cree que le facturaron incorrectamente, comuníquese con Connecticut Department of Insurance: <https://portal.ct.gov/CID/Consumer-Affairs/File-a-Complaint-or-Ask-a-Question> o a la línea de ayuda para el consumidor: (800) 203-3447 o (860) 297-3900 o comuníquese con The State of Connecticut Office of the Healthcare Advocate al 866-466-4446 o a Healthcare.advocate@ct.gov.

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