

## **Nueva protección para facturas médicas sorpresa o inesperadas a partir del 1 de enero, 2022**

Quizá haya escuchado comentar a sus amigos o en las noticias que algunas personas están recibiendo facturas inesperadas por parte de sus proveedores médicos. A partir del 1 de enero, 2022, una nueva ley le protegerá de algunos tipos de facturas médicas inesperadas. Bajo la nueva ley puede ser prohibido que usted reciba algunas facturas médicas inesperadas. Estas facturas típicamente son enviadas por su proveedor médico por servicios que usted recibió y por cargos no están cubiertos en su póliza de seguros. Usted podría estar protegido de recibir este tipo de facturas en los siguientes casos:

- Servicios de emergencia proporcionados fuera de la red, incluyendo servicios de ambulancia aérea (Servicios de ambulancia terrestre son cubiertos bajo la ley)
- Servicios que no son considerados de emergencia por un proveedor fuera de la red en una instalación dentro de la red.

Si usted cree haber recibido una factura médica inesperada de un proveedor para alguno de los servicios especificados arriba, comuníquese con el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos, y presente su queja llamando sin cargo al 800-985-3059 o visite la página <https://www.cms.gov/nosurprises/consumers>.

Si ha recibido una factura inesperada que cree que no está permitida por la nueva ley, puede presentar una apelación con su compañía de seguro médico. Una vez que la apelación inicial haya sido completada, usted puede solicitar una revisión externa de la decisión de la compañía. También puede ponerse en contacto con la División de Regulación Financiera de Oregon y hablar con un representante de servicio al consumidor, o puede presentar su queja en cualquiera de las siguientes formas:

- Teléfono: 888-877-4894 (sin cargo)
- Correo electrónico: [DFR.InsuranceHelp@dcbs.oregon.gov](mailto:DFR.InsuranceHelp@dcbs.oregon.gov)
- Página web: <https://dfr.oregon.gov/help/complaints-licenses/Pages/file-complaint.aspx>

A continuación, ofrecemos respuestas a algunas de las preguntas más frecuentes en cuanto a las facturas médicas inesperadas y la nueva ley en efecto en el 2022:

**¿Qué es la facturación sorpresa o una factura médica inesperada?** Las facturas inesperadas suceden cuando un paciente recibe una factura después de recibir asistencia de un proveedor fuera de la red, como un hospital. Sea por atención médica de emergencia o que no sea de emergencia. Típicamente, los pacientes no saben que el proveedor o la instalación están fuera de la red, sino hasta que reciben la factura. La práctica que crea esta factura sorpresa se llama facturación del saldo o “balance billing”.

### **¿Qué es la facturación de saldo? (“balance billing”)**

La facturación de saldo ocurre cuando un proveedor de atención médica factura a un paciente después de que el seguro médico del paciente paga la porción de la factura cubierta por los beneficios del consumidor. La facturación de saldo es la diferencia entre los cobros del proveedor, lo que la compañía de seguro pago por los servicios, y el costo compartido del paciente (co-pago, co-seguro, o deducible) según lo requiera el plan.

La facturación de saldo puede ocurrir cuando un paciente recibe servicio médico cubierto de un proveedor fuera de la red o de una instalación fuera de la red como un hospital.

Los proveedores dentro de la red tienen un contrato con las compañías de seguros. De acuerdo al mismo, los proveedores aceptan los pagos del seguro en su totalidad, y no facturan el saldo. Los proveedores fuera de la red no tienen el mismo acuerdo con las compañías de seguros.

Algunos seguros de salud incluyen cierta cobertura para servicio fuera de la red, pero el proveedor aún puede facturar el saldo al paciente sin protección estatal o federal. Otros planes no incluyen cobertura para servicios fuera de la red, y el paciente es responsable de todos los costos del servicio fuera de la red.

### **¿Qué protecciones existen?**

Una nueva ley federal, “No Surprises Act”, protege en contra facturas médicas inesperadas cuando un paciente recibe estos tipos de servicios médicos en ciertas instalaciones:

1. Facturas inesperadas por servicios - cubiertos fuera de la red, incluyendo servicios de ambulancia aérea (no aplicable a servicios ambulancia terrestre)
  - i. Es decir, una instalación (tal como un hospital o sala de emergencia independiente) o proveedor (tal como un doctor) no puede facturarle más que su co-seguro dentro de la red, co-pago, o deducible para servicios de emergencia presentados en su plan de salud, aún si la instalación o proveedor está fuera de la red. Sin embargo, si su plan de salud requiere de co-pagos, co-seguro, o deducibles para servicio dentro de la red, usted sigue siendo responsable de los montos de costos compartidos que se especifican en su plan.
  
2. Facturas inesperadas para servicios cubiertos que no son de emergencia y son proporcionados por un proveedor fuera de la red, en una instalación dentro de la red.
  - i. La nueva ley también protege cuando un paciente recibe servicios que no son de emergencia de proveedores fuera de la

red (tal como un anestesista) en una instalación dentro de la red. Un proveedor fuera de la red no puede facturarle más de lo que su co-pago, co-seguro, o deducible dentro de la red paga por servicios realizados en una instalación dentro de la red.

### **¿Qué planes de seguro médico están protegidos por la nueva ley?**

La ley aplica a la mayoría de las pólizas de seguros de salud comenzando en el 2022, incluyendo pólizas ofrecidas por un empleador. Incluye pólizas de seguro de salud de grupo y emisores de seguros de salud para cobertura de grupo e individual. También aplica a pólizas de salud con derechos adquiridos, planes ERISA, y planes de gobierno auto asegurados. Medicare y Medicaid tienen su propia protección en contra de facturación de saldo.

### **No tengo seguro, ¿tengo alguna protección bajo esta nueva ley?**

Hay algunas protecciones proporcionadas bajo esta nueva ley para personas sin seguro que pagan por servicios médicos en efectivo. Proveedores e instalaciones de servicios de salud son requeridos a darle un estimado de buena fe para el costo exacto de un servicio solicitado o antes de una cita. Si la factura que recibe es sustancialmente más alta que el estimado proporcionado, puede participar en un proceso con el gobierno federal y el proveedor del servicio médico o instalación para determinar un monto de pago.

Por ejemplo: *“en el caso de cirugía de rodilla, un estimado de buena fe puede incluir una lista detallada de artículos o servicios en conjunto, incluyendo la cirugía de rodilla (como la tarifa del médico profesional, tarifa del asistente cirujano, tarifa del anesthesiólogo, tarifa de instalación, medicamentos, y tarifa para equipo médico duradero) que ocurren durante el período de atención.”*

**¿Qué sucede si un proveedor fuera de la red me solicita que acepte la facturación del saldo?** Nunca se le puede pedir que renuncie a sus protecciones, o estar de acuerdo a pagar más por atención fuera de la red, en una instalación dentro de la red, para atención relacionada con medicina de emergencia, anestesia, patología, radiología o neonatología o los servicios rendidos por asistentes cirujanos, internistas (doctores que se centran en el cuidado de pacientes hospitalizados), o para servicios de diagnóstico, incluyendo radiología y servicios de laboratorio.

Aún puede acordar de antemano ser tratado por un proveedor fuera de la red en algunas situaciones, como cuando elija un cirujano fuera de la red sabiendo que el costo será más alto. El proveedor tendrá que informarle de antemano cuál sería su parte del

costo. Después de eso, debe dar consentimiento al costo más alto. Si da consentimiento al costo más alto, se espera que usted pague la factura en su totalidad y su co-seguro, deducible y co-pago fuera de la red.

- **¿Qué más debo saber?** Su plan de salud y los proveedores e instalaciones que le atienden deben enviarle un aviso sobre sus derechos bajo la nueva ley.
- Otras protecciones bajo la nueva ley requieren que las compañías de seguros mantengan su directorio de proveedores actualizados. Además, deben limitar su co-pago, co-seguro, o deducible a cantidades dentro de la red si usted cuenta con información precisa del directorio del proveedor.

## **Ejemplos de protecciones en contra facturas sorpresa o inesperadas**

### **Ejemplo 1: Atención y servicios de sala de emergencia**

Pregunta: Deon se cayó de una escalera, se golpeó la cabeza y se quebró su hombro. Fue llevado a la sala de emergencia más cercana. Necesitaba servicios de radiología, así como también una cirugía. Ahora, las facturas están llegando. ¿Cuál es su responsabilidad de pagar? Cómo puede obtener ayuda si no entiende la factura que recibió o está recibiendo facturas que no coinciden con la explicación de beneficios (EOB) de su plan de seguro de salud.

Respuesta: Bajo las nuevas protecciones, para servicio de atención de emergencia recibida, Deon es responsable de pagar únicamente el deducible, co-pago, y co-seguro correspondientes dentro de la red, incluso si los proveedores de atención médica que lo trataron no estaban dentro de la red o fue llevado a una instalación fuera de la red. Si las facturas no coinciden con su explicación de beneficios (EOB), Deon puede primero hablar a su compañía de seguros para verificar cobertura y precisión en el procesamiento de reclamaciones. Después puede comunicarse con la oficina de facturación del proveedor o la instalación médica para reconciliar la diferencia. Si no está satisfecho con la respuesta de la compañía de seguros, puede comunicarse con la División de Regulación Financiera de Oregon y hablar con un representante del consumidor para presentar una queja.

Si Deon es admitido al hospital después de recibir atención en la sala de emergencias, debería saber que cualquier proveedor fuera de la red en la instalación podría pedirle su consentimiento a seguir con el cuidado y aceptar pagar cantidades más altas. Debe estar estabilizado y capaz de entender la información sobre su cuidado y costos fuera de la red, y asegurarse de trasladarse a una instalación dentro de la red usando transportación que no sea de emergencia antes de que el proveedor pida su consentimiento. Si se cumplen estas condiciones, Deon puede decidir si quiere seguir con el proveedor fuera de la red, o cambiarse con un proveedor o instalación médica que participe en la red de su plan de salud. Si se queda con el proveedor fuera de la red y da

consentimiento a facturas fuera de la red, él será responsable por la cantidad más alta cobrada por el proveedor que no está cubierta por la compañía de seguro (la factura del saldo).

### **Ejemplo 2: servicios de ambulancia aérea**

Pregunta: Nancy tenía dolor en el pecho y fue a la sala de emergencias del hospital local. Los doctores dijeron que ella tenía que ser transportada a un hospital en una ciudad principal para tratamiento completo y ella tuvo que ir por ambulancia aérea para llegar a tiempo. Nancy fue trasladada en ambulancia aérea al hospital de la ciudad principal y ya está bien. El esposo de Nancy, Bill, ha escuchado historias aterradoras sobre los costos de ambulancias aéreas y está muy preocupado. ¿Hay protecciones para alguien transportado por ambulancia aérea en una emergencia?

Respuesta: Si la compañía de la ambulancia aérea tiene un contrato dentro la red con la compañía de seguros de salud de Nancy, entonces Nancy tendrá que pagar sólo los deducibles, co-seguro, o co-pago dentro la red (costos compartidos). La compañía de la ambulancia aérea aceptará la cantidad en el contrato de la compañía de seguro como pago en su totalidad.

A partir de enero 2022, la nueva ley de “No Surprises Act” protege a pacientes aun cuando la compañía de ambulancia aérea no tenga un contrato con la compañía de seguros dentro de la red. Nancy tendrá que pagar sólo el deducible, co-pago, o co-seguro que tendría que pagar si la ambulancia aérea estuviera dentro de la red. La ley federal ayudará a la compañía de la ambulancia aérea y a compañía de seguros de salud a determinar cómo pagar el resto de la factura.

### **Ejemplo 3: Proveedores de atención médica fuera de la red**

Pregunta: Sam tiene programada una biopsia, este servicio está cubierto por su seguro de salud. Su hospital y cirujano están dentro la red de su seguro de salud, pero el hospital utiliza anesthesiólogos y patólogos que no están dentro de la red. ¿Significa esto que todo va a estar cubierto como servicios dentro de la red, o podría Sam tener cargos inesperados?

Respuesta: La cirugía para una biopsia puede involucrar proveedores que no se pueden elegir, así como un anesthesiólogo y un patólogo. A partir de enero del 2022, cuando Sam elija una instalación y cirujano dentro de la red para su procedimiento, todos los costos de bolsillo serán cargados de acuerdo a la tarifa dentro de la red. Eso incluye la tarifa de cualquier proveedor fuera de la red, aunque Sam no eligió los proveedores que participarán en su cuidado.

### **Ejemplo 4: Directorios de proveedores de atención médica**

Pregunta: Hannah cambió de trabajo y su familia está cubierta por un seguro de salud bajo su nuevo empleador. Los doctores de Hannah y su esposo están dentro de la red con la nueva compañía, pero el pediatra de su hijo no. ¿Cómo pueden encontrar un

pediatra dentro de la red? ¿Pueden confiar en el directorio de proveedores para obtener información precisa?

Respuesta: Hannah puede revisar el directorio de proveedores de su nuevo seguro de salud en el internet o llamar a la compañía de seguro para obtener información. Una compañía de seguro puede tener diferentes redes para diferentes planes de salud. Es importante revisar el directorio para su póliza específica.

La mayoría de las personas confían en su plan de seguro para obtener información precisa sobre proveedores dentro de la red. La ley de Oregon requiere que las compañías de seguro de salud mantengan directorios precisos de proveedores y que dichos directorios sean actualizados mensualmente.

A partir de enero del 2022, la ley federal requiere que proveedores de atención médica actualicen su información con compañías de seguro cuando hay un cambio. Las compañías de seguro deben verificar que la información en su directorio de proveedores esté completa y actualizada.

Si Hannah llama a la compañía de seguro para pedir una lista de pediatras dentro de la red, la compañía de seguro tiene un día hábil para proporcionarle una lista. Si Hannah depende de información incorrecta provista por la compañía de seguro que un proveedor está dentro de la red, entonces Hannah será responsable sólo por deducibles, co-pagos, o co-seguros dentro de la red.