



Sus derechos y protecciones en caso de facturas médicas sorpresa

Si recibe servicios de emergencia o es tratado por un proveedor que está fuera de la red en un hospital o centro quirúrgico ambulatorio que está dentro de la red, usted está protegido contra facturas sorpresa o la facturación del saldo.

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

Cuando acude al médico o a un proveedor de servicios médicos puede que tenga que pagar algo de su bolsillo, como copagos, coseguros y/o deducibles. También es posible que tenga gastos adicionales o que tenga que pagar la factura completa si acude a un proveedor o a un centro de salud que está fuera de la red de su plan de salud.

“Fuera de la red” describe a los proveedores y lugares que no tienen un contrato con su plan de salud. Los proveedores que están fuera de la red pueden cobrarle la diferencia entre lo que su plan acepta pagar y la cantidad total del servicio. Esto se conoce como “**facturación del saldo**”. Lo más probable es que esta cantidad sea mayor al costo dentro la red por el mismo servicio y puede que no se considere parte de los límites anuales de lo que debe pagar de su bolsillo.

“Facturación sorpresa” es una factura inesperada por el saldo total. Esto puede ocurrir cuando no controla quién proporciona el servicio, como en una emergencia, o cuando tiene una cita en un centro que es parte de la red, pero es tratado inesperadamente por un proveedor que está fuera de la red.

Usted está protegido de la facturación del saldo en caso de:

Servicios de emergencia

Si tiene una condición médica de emergencia y recibe servicios de emergencia a través de un proveedor o centro que está fuera de la red, la cantidad máxima que el proveedor o centro puede facturarle es el monto del costo compartido 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 reciba después de que su condición se estabilice a menos que acepte por escrito renunciar a las protecciones que evitan que se le facture el saldo de los servicios que reciba después de su estabilización.

Algunos servicios en un hospital o centro quirúrgico ambulatorio de la red

Cuando recibe servicios en un hospital o centro quirúrgico ambulatorio de la red, algunos proveedores pueden no ser parte de la red. En estos casos, la cantidad máxima que estos proveedores pueden facturarle es la cantidad del costo compartido de la red. Esto se aplica a servicios médicos de emergencia, anestesia, patología, radiología, laboratorios, neonatología, asistentes quirúrgicos, médicos hospitalarios o servicios provistos por un intensivista. Estos proveedores **no** pueden facturarle el saldo y **no** pueden pedirle que renuncie a las protecciones que evitan que se le facture el saldo. Tiene derecho a solicitar que proveedores de la red proporcionen todos los servicios médicos cubiertos, pero a veces debe ser tratado por un proveedor que está fuera de la red si un proveedor de la red no está disponible. En este caso, la cantidad máxima que se le puede facturar por los servicios cubiertos es la cantidad de costo

compartido de la red (copagos, deducibles y/o coseguros). Si recibe otros servicios en estos lugares que pertenecen a la red, los proveedores que están fuera de la red **no** pueden facturarle el saldo a menos que lo acepte por escrito y renuncie a sus protecciones.

Nunca está obligado a renunciar a sus protecciones contra la facturación del saldo. Tampoco está obligado a recibir servicios médicos fuera de la red. Puede escoger un proveedor o centro que sea parte de la red de su plan.

Cuando no se permite facturar el saldo, es posible que tenga las siguientes protecciones:

- Usted es responsable solo de pagar lo que hubiera pagado si el proveedor o centro fuera parte de la red (como copagos, coseguros y deducibles). Su plan de salud les pagará directamente a los proveedores y centros que están fuera de la red.
- Su proveedor, instalación, hospital o agencia debe reembolsarle toda cantidad que haya pagado en exceso antes de que transcurran 60 días de haber sido notificados de la situación.
- En general su plan de salud debe:
 - Cubrir servicios de emergencia sin necesidad de aprobación previa (preautorización).
 - Cubrir los servicios de emergencia recibidos fuera de la red.
 - Calcular lo que le debe al proveedor o instalación (costo compartido) en base a lo que hubiera pagado en un proveedor o centro de la red y especificar esta cantidad en la descripción de sus beneficios.
 - Considerar toda cantidad que paga por servicios de emergencia o servicios fuera de la red como parte de su deducible y del límite de lo que debe pagar de su bolsillo.

Si piensa que se le ha facturado incorrectamente contacte al Departamento de Facturación o a la División de Seguros de Colorado llamando al 303-894-7490 o al 1-800-930-3745. Por favor contacte al proveedor de su seguro de salud llamando al número que aparece en su tarjeta de seguro o a la División de Seguros de Colorado si tiene preguntas.

FIRMA DEL PACIENTE / GARANTE

FECHA

NOMBRE DEL PACIENTE

FECHA DE NACIMIENTO