

# FACTURACION SORPRESA-CONOZCA SUS DERECHOS

A partir de enero 1 del 2020, cuando tiene un plan de salud de Colorado, la ley del estado de Colorado lo protege de la “Facturacion Sorpresa”, tambien conocida como “Facturacion de Saldo”.

## ESTA LEY NO SE APLICA A TODOS LOS PLANES DE SALUD DE COLORADO. SOLO SE APLICA SI:

- Usted tiene un “CO-DOI” en su tarjeta de identificacion de seguro medico.
- Usted esta recibiendo atencion y servicios proporcionados en una instalacion regional en el estado de Colorado.
- Usted recibe servicios de emergencia cubiertos, excepto servicios de ambulancias, de un proveedor fuera de la red en Colorado y/o
- Usted recibe sin intencion los servicios cubiertos de un proveedor fuera de la red en una instalacion de la red en Colorado.

## QUE ES LA FACTURACION DE SORPRESA/EQUILIBRIO Y CUANDO SUCEDE?

Si usted es visto por un proveedor o utiliza servicios en una instalacion o agencia que no es la red de proveedores de su plan de seguro medico, a veces se refiere como “fuera de la red”, puede recibir una factura por costos adicionales asociados con este cuidado. Las instalaciones fuera de la red son agencias que a menudo le cargan la diferencia entre lo que su seguro decide es el cargo elegible y lo que el proveedor fuera de la red cuenta como el cargo total. Esto se llama “facturacion sorpresa” o “balance de facturacion”.

## CUANDO NO SE PUEDE FACTURAR EL SALDO:

### **Servicios De Emergencia**

Si usted recibe servicios de emergencia, lo mas que se le puede facturar son las cantidades de comparticion de costos en la red de su plan, que son copagos, deducibles y/o censuras. Usted no puede ser facturado por ninguna otra cantidad. Esto incluye tanto la instalacion en la que recibe servicios de emergencia y cualquier proveedor que lo vea para servicios de emergencia. Por favor tenga en cuenta que no todos los servicios proporcionado en un departamento de emergencia son servicios de emergencia.

### **Servicios sin emergencia en una instalacion de la red por un proveedor fuera de la red**

La instalacion o la agencia debe informale si usted se encuentra en una ubicacion fuera de la red o en una ubicacion en la red que esta usando fuera de los proveedores de la red. Tambien deben informale que tipos de servicios que utilizara pueden ser proporcionados por un proveedor fuera de la red.

**Usted tiene derecho** a solicitar que los proveedores de la red realicen todos los servicios medicos que estan cubiertos, sin embargo, puede ser que tenga que recibir servicios medicos de un proveedor fuera de la red si un proveedor en la red no esta disponible. En este caso, lo maximo que se le puede facturar por los servicios cubiertos es la cantidad de comparticion de costos en la red, que son copagos, deductibles y/o censuras. Estos proveedores no pueden facturarte por el costo adicional.

## PROTECCIONES ADICIONALES

- Su asegurador pagara los proveedores y las instalaciones fuera de la red directamente.
- Su asegurador debe contar cualquier cantidad que paga por servicios de emergencia o ciertos servicios fuera de la red (descrito anteriormente) hacia su limite de deducible y de bolsillo en la red.
- Su proveedor, facilidad, hospital o agencia debe de reembolsar cualquier cantidad que pague en adelante en el plazo de 60 dias de ser notificado.
- Nadie, incluyendo un proveedor, hospital o asegurador, puede pedirle que pague en exceso o renuncie a estos derechos.

**Si usted recibe servicios de proveedores o instalaciones o agencias fuera de la red en cualquier otra situacion, puede ser facturado o puede ser responsable de la cuenta completa. Si recibe intencionalmente servicios que no son de emergencia de un proveedor o instalacion fuera de la red, tambien se podra cobrar.**

Si usted piensa que ha recibido una factura por cantidades distintas de sus copagos, deducibles y/o censuras, llame a el departamento de facturacion, o la division de seguros de Colorado al 303-894-7490 o 1-800-930-3745.

Contacte su plan de seguro de salud al numero de su tarjeta de identificacion de salud o en la division de seguros de Colorado con pregunta.

\_\_\_\_\_  
FIRMA DEL PACIENTE/GARANTE

\_\_\_\_\_  
FECHA

\_\_\_\_\_  
NOMBRE DEL PACIENTE

\_\_\_\_\_  
FECHA DE NACIMIENTO