



Nuevas protecciones contra facturas médicas inesperadas: Lo que necesita saber sobre la Ley Sin Sorpresas

El 1 de enero de 2022, entró en vigencia una nueva ley que ayuda a proteger a las personas de cargos inesperados por algunos tipos de atención médica. Esta ley, la Ley Sin Sorpresas, se aplica a las personas con seguro médico que obtienen a través de un empleador, a través de Marketplace o que han comprado ellos mismos, así como a las personas que no tienen seguro.¹

¹ La Ley Sin Sorpresas no se aplica a las personas que tienen otros tipos de seguro, como Medicaid, Medicare o beneficios para veteranos, pero tienen otras protecciones. Para las protecciones de Medicaid, comuníquese con la agencia de Medicaid de su estado en <https://www.medicaid.gov/about-us/beneficiary-resources/index.html#when2contactstate>. Para encontrar un programa de servicios legales gratuitos para ayudar con problemas de Medicaid, comuníquese con LawHelp en www.lawhelp.org. Para las protecciones de Medicare, comuníquese con <https://www.shiphelp.org/> o <https://www.medicare.gov/talk-to-someone>. Para obtener información para veteranos sobre el manejo de deudas médicas, consulte <https://www.consumerfinance.gov/about-us/blog/new-va-rule-relieves-financial-distress-for-thousands-of-veterans-with-medical-bills/> y <https://www.ecfr.gov/current/title-38/chapter-I/part-17/subject-group-ECFR8aa781583c86421/section-17.1008>.

Sus derechos de acuerdo con la nueva ley

Si tiene un seguro médico a través de su trabajo o el de su cónyuge o un plan que compró a través de Marketplace o de una aseguradora de salud del mercado individual, la Ley Sin Sorpresas le brinda nuevas protecciones contra facturas inesperadas por atención que recibe fuera de la red de su plan de salud. (atención fuera de la red).

» **Si tiene una emergencia médica:** No se le puede cobrar más que el deducible, copago o coseguro (costo compartido) de su plan de salud cuando recibe atención en un hospital, un centro de emergencia independiente, como un centro de atención de urgencia que brinda servicios de emergencia, o si usa una ambulancia aérea. Esto se aplica ya sea que el proveedor de servicios de emergencia esté o no en la red de proveedores de atención de la salud de su plan de seguro. Esto significa que si tiene una emergencia, los proveedores mencionados anteriormente no pueden cobrarle más por usar servicios fuera de la red durante la emergencia. Además, su plan de salud no puede exigirle que obtenga una autorización previa para la atención de emergencia.

» **Si recibe servicios que no son de emergencia de un hospital o centro de cirugía ambulatoria dentro de la red, no se le puede facturar más por usar ciertos servicios fuera de la red:** No se le pueden cobrar tarifas fuera de la red más altas por anestesiología, análisis de laboratorio, patología, radiografías o radiología, atención neonatal. Tampoco se le puede cobrar de más si recibe atención de un hospitalista, asistente de cirujano o intensivista (un médico que trata a pacientes en estado crítico).

En la mayoría de los hospitales y centros quirúrgicos, puede haber algunos médicos que estén en la red de un plan de salud y otros que estén fuera de la red. Para la atención que no sea de emergencia, es importante averiguar con anticipación si los médicos que lo atenderán aceptan su seguro.

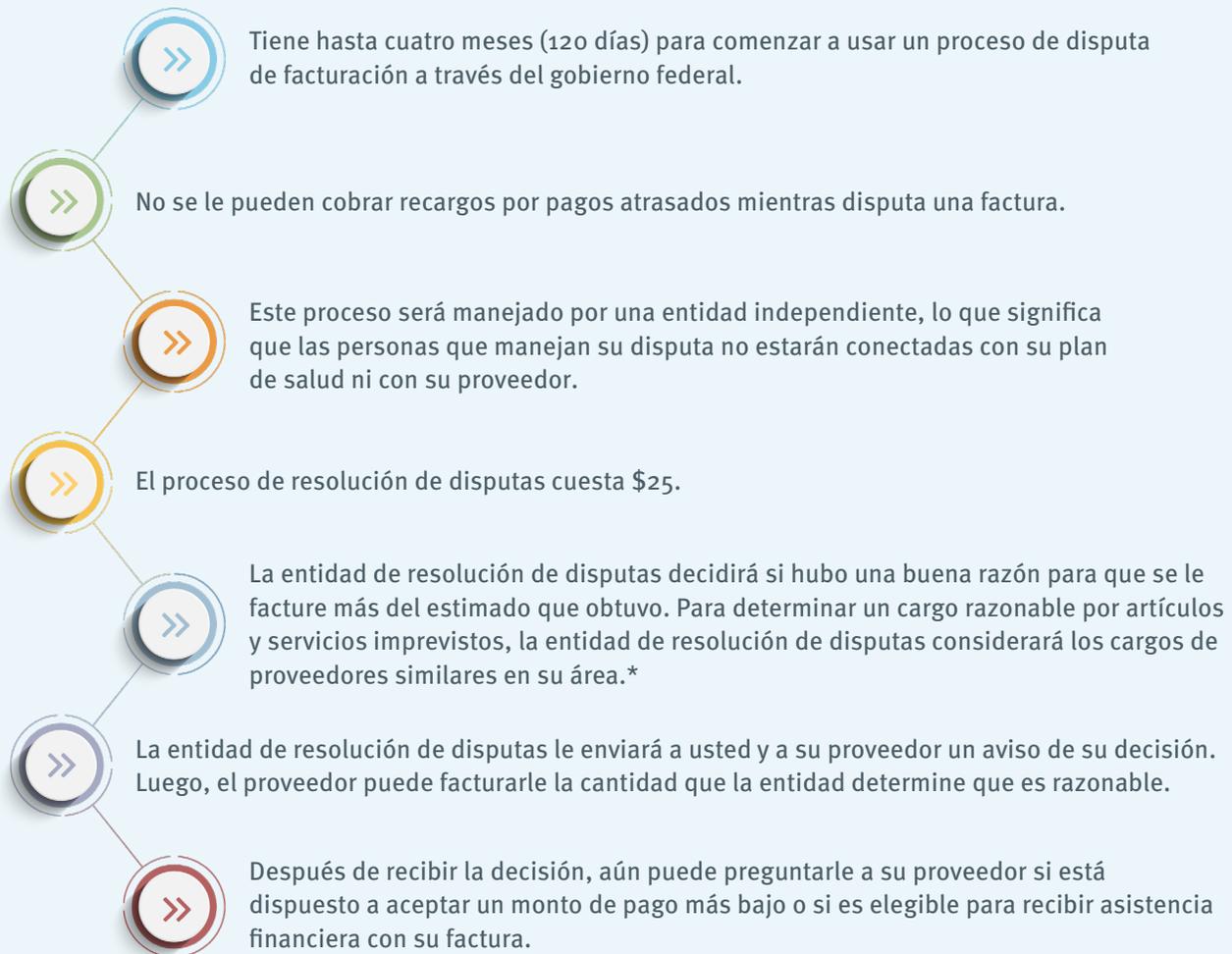
» **Los planes de seguro deben mantener actualizados sus directorios de proveedores de atención de la salud. Si el directorio dice que un proveedor está en su red, ese proveedor no puede facturarle tarifas fuera de la red.** Los proveedores a veces abandonan las redes del plan. Cuando eso sucede, el proveedor y el plan de salud son responsables de actualizar esa información. Sin embargo, es posible que su plan o proveedor no lo haga de inmediato. Si confía en un directorio de proveedores que resulta ser incorrecto, solo se le pueden cobrar precios dentro de la red.

También es importante saber que si tiene una afección grave o compleja y ya estaba recibiendo atención de un proveedor que sale de la red, generalmente tiene derecho a seguir viendo a ese proveedor hasta por tres meses y solo se le cobrarán las tarifas de dentro de la red.

» **Si no tiene seguro o planea pagar el costo total de la atención de su bolsillo, puede obtener una estimación detallada de los cargos por adelantado antes de recibir la atención.** Esto se denomina “estimación de buena fe”.

Cuando solicite ese presupuesto, su proveedor debe dárselo dentro de los tres días hábiles. Guarde el presupuesto. Si la cantidad real que se le cobra es superior a la estimación en \$400 o más, puede disputar los cargos.

Cómo disputar una factura superior a la estimación de buena fe



*Las “circunstancias imprevistas”, como las complicaciones médicas que el proveedor no conocía antes del procedimiento, podrían causar una factura más alta que la estimada.

Consejo para el consumidor

Cuando solicite un presupuesto de buena fe, averigüe si habrá proveedores adicionales involucrados en su atención. Por ejemplo, ¿su médico le pedirá ayuda a un especialista que podría enviarle una factura por separado? Si es así, asegúrese de obtener estimaciones de ellos también. Si la cantidad real que se le cobra por los artículos y servicios proporcionados por un proveedor es superior a la estimación en \$400 o más, puede disputar los cargos.

Preguntas frecuentes

P1: ¿Qué cuenta como una emergencia?

Una emergencia es una condición médica con síntomas tales como dolor intenso que le dan motivos para creer que su salud está en grave peligro, que puede tener una lesión grave en una parte del cuerpo o en un órgano, o que tiene una emergencia de salud mental o abuso de sustancias. Los servicios de emergencia incluyen:

- A.** Exámenes médicos para determinar si tiene una verdadera emergencia.
- B.** Tratamiento para estabilizar su condición médica para que no empeore ni se vuelva peligrosa para usted cuando salga del hospital o centro de emergencia.

Si no está de acuerdo con el hospital o centro de emergencias acerca de si tuvo una emergencia médica, puede apelar la decisión con su plan de salud o con un revisor externo.

P2: ¿Qué sucede después de recibir tratamiento por la emergencia?

Una vez que se estabilice su condición, el proveedor decidirá si necesita tratamiento adicional. Si lo hace, el proveedor decidirá si es seguro para usted viajar a un centro dentro de la red o a un proveedor dentro de la red para ese tratamiento.

Consejos para el consumidor

- *No se le puede pedir que viaje si la distancia no es razonable o si necesita usar una ambulancia u otro transporte médico de emergencia.*
- *Usted (o su representante) debe poder proporcionar un "consentimiento informado". Eso significa que su proveedor le ha explicado los datos médicos relevantes y los riesgos involucrados. Si da su consentimiento, se le entregará un formulario para firmar aceptando la transferencia. Si usted (o su representante) no cree que su condición médica sea lo suficientemente estable para que lo transfieran, si no puede mentalmente tomar una decisión informada o si no cree que es seguro para usted ir al centro dentro de la red, no firme el formulario de consentimiento. Si su médico tratante acepta que no es seguro ni razonable que usted viaje para recibir tratamiento adicional, el centro no puede facturarle el saldo. Si tiene más preguntas o problemas, llame al servicio de asistencia sin sorpresas al 1-800-985-3059.*

P3: ¿Qué sucede si el proveedor que lo atendió no está de acuerdo con la cantidad que paga su plan de salud por los servicios de emergencia?

Si esto sucede, el proveedor y su plan pueden pasar por un “proceso de resolución de disputas independiente” para determinar cuánto se le debe pagar al proveedor. No necesita ser parte de ese proceso: está protegido contra cargos que son más altos que los copagos o el coseguro y el deducible de su plan.

P4: ¿Qué sucede si necesita atención que no sea de emergencia en un hospital o centro de la red? ¿Se le puede facturar montos más altos si esa atención es brindada por un cirujano o especialista fuera de la red?

Sí, se le puede facturar más por la atención que no es de emergencia fuera de la red. Incluso cuando vaya a un hospital u otro centro que esté en su red, es posible que algunos servicios o proveedores no estén en esa red. Y normalmente, se le cobraría más por esa atención. Pero si programó su atención con anticipación, puede obtener una estimación de buena fe de esos cargos por adelantado y decidir si aún desea ver al proveedor fuera de la red. Si lo hace, firmará un formulario de notificación y consentimiento, aceptando los cargos más altos. Para determinar si debe o no firmar un formulario de notificación y consentimiento, visite la página web de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid en <https://www.cms.gov/nosurprises/consumers/notices-you-may-get-whether-you-debería-firmarlos>.

Por ejemplo, supongamos que desea usar un determinado especialista aunque no esté en la red de su plan. Si programa su cita o procedimiento con al menos 72 horas (tres días) de anticipación, los proveedores deben brindarle una estimación detallada de sus cargos. Luego puede preguntarle a su plan si pagará alguno de esos cargos. Luego, puede decidir si desea seguir adelante y usar el proveedor fuera de la red o buscar un proveedor diferente que esté en la red de su plan o que le cobre menos.

Nunca se le debe pedir que dé su consentimiento para los siguientes tipos de servicios fuera de la red en un hospital, un departamento para pacientes ambulatorios o un centro ambulatorio/quirúrgico dentro de la red; no se le puede facturar el saldo por estos servicios:

Medicina de emergencia; anestesiología; patología; radiología; artículos o servicios neonatales proporcionados por médicos o no médicos; servicios prestados por cirujanos asistentes, hospitalistas e intensivistas; o servicios de diagnóstico, incluidos los servicios de radiología y laboratorio.

P5: ¿Dónde puede obtener más información u obtener ayuda si tiene un problema?

Para obtener más información sobre sus derechos específicos y las nuevas protecciones, visite www.CMS.gov/nosurprises/consumers o llame a la mesa de ayuda al 1-800-989-3059. Los usuarios de TTY pueden usar el mismo número.

El servicio de asistencia sin sorpresas debería poder ayudarlo con problemas de facturación sorpresa y ponerlo en contacto con la agencia adecuada en su estado que está aplicando estas nuevas reglas para obtener más ayuda. Podría ser un departamento de seguros, un departamento de salud, la oficina del fiscal general u otro departamento. En algunos estados, existen programas de asistencia al consumidor de salud, programas de defensa del consumidor de salud o programas de servicios legales gratuitos que se especializan en el cuidado de la salud que pueden ayudarlo de forma gratuita.

Esta publicación fue escrita por:

Cheryl Fish-Parcham, Directora, Iniciativas de Acceso, Families USA
Jen Taylor, Directora Sénior, Relaciones Federales, Families USA

El siguiente personal de Families USA contribuyó a la preparación de este material (en orden alfabético):

Justin Charles, Asociado de Medios Digitales
Nichole Edralin, Gerente sénior, Diseño y Publicaciones
Sara Lonardo, Directora Sénior, Comunicaciones
Lisa Holland, Gerenta Sénior de Comunicaciones
Adina Marx, Asociada de Comunicaciones
Jane Sheehan, Directora de Relaciones Federales

El siguiente profesional contribuyó a la elaboración de este material:

Ingrid Van Tuinen, Editora



1225 New York Avenue NW, Suite 800, Washington, DC 20005
202-628-3030 info@familiesusa.org FamiliesUSA.org [facebook / FamiliesUSA](https://www.facebook.com/FamiliesUSA) [twitter / @FamiliesUSA](https://twitter.com/FamiliesUSA)