

Sin sorpresas: Conozca sus derechos contra las facturas médicas sorpresa

La Ley Sin Sorpresas protege a las personas con cobertura de planes de salud individuales y grupales contra las facturas médicas sorpresa cuando reciben la mayoría de los servicios de emergencia, los servicios que no son de emergencia de proveedores fuera de la red en centros de la red y los servicios de proveedores de ambulancia aérea fuera de la red. También establece un proceso independiente de resolución de disputas de pago entre los planes y los proveedores, y proporciona nuevas oportunidades de resolución de disputas para las personas no aseguradas que pagan por cuenta propia cuando reciben una factura médica que es considerablemente mayor respecto de la estimación de buena fe que obtienen del proveedor.

A partir de 2022, hay nuevas protecciones que evitan las facturas médicas sorpresa. Si tiene un seguro médico privado, con estas nuevas protecciones se prohíben los tipos más comunes de facturas sorpresa. Si no tiene seguro o decide no usar su seguro médico para acceder a un servicio, en virtud de estas protecciones, es probable que pueda obtener una estimación de buena fe del costo de la atención que recibirá por adelantado, es decir, antes de su visita. Si no está de acuerdo con su factura, es posible que pueda disputar los cargos. Esto es lo que necesita saber sobre sus nuevos derechos.

¿Qué son las facturas médicas sorpresa?

- Antes de la Ley Sin Sorpresas, si tenía seguro médico y recibía atención por parte de un proveedor o centro fuera de la red, incluso sin saberlo, era probable que su plan de salud no cubriera el costo total por dichos servicios fuera de la red. Esto podría haber significado costos más altos que si hubiera recibido atención de un proveedor o centro dentro de la red. Además de cualquier costo compartido por servicios fuera de la red que pueda tener que afrontar, el proveedor o centro fuera de la red podría cobrarle la diferencia entre el cargo facturado y el monto que pagó su plan de salud, a menos que esté prohibido por la ley estatal. Esto recibe el nombre de “facturación de saldos”. Una factura de saldos inesperada por parte de un proveedor fuera de la red también se denomina “factura médica sorpresa”. Las personas con Medicare y Medicaid ya se benefician de estas protecciones y no corren el riesgo de recibir facturas sorpresa.

¿Cuáles son las nuevas protecciones si tengo seguro médico?

Si obtiene cobertura médica a través de su empleador, un Health Insurance Marketplace¹ o un plan de seguro médico individual que adquiere directamente de una compañía de seguros, se aplicarán estas nuevas normas:

- Se prohibirán las facturas sorpresa para la mayoría de los servicios de emergencia, incluso si los obtiene de proveedores o centros fuera de la red y sin aprobación previa (autorización previa).
- Se prohibirán los costos compartidos fuera de la red (como el coseguro o los copagos fuera de la red) para la mayoría de los servicios de emergencia y algunos que no sean de emergencia. No se le podrá cobrar más que el costo compartido asociado a la atención dentro de la red por estos servicios.
- Se prohibirán los cargos por los servicios fuera de la red y las facturas de saldos por determinados servicios adicionales (como anestesiología o radiología) prestados por proveedores fuera de la red como parte de la visita de un paciente a un centro dentro de la red.
- Se exigirá que los proveedores y centros de atención médica le entreguen un aviso fácil de entender en el que se expliquen en qué consisten las protecciones de facturación aplicables, a quién debe dirigirse si cree que un proveedor o centro podría haber infringido dichas protecciones, y por qué se requiere el consentimiento del paciente para renunciar a las protecciones de facturación (es decir, debe recibir un aviso y dar su consentimiento para que un proveedor fuera de la red le facture el saldo).

¹ Health Insurance Marketplace® es una marca de servicio registrada del U.S. Department of Health & Human Services.

¿Qué ocurre si no tengo seguro médico o si decido pagar la atención por mi cuenta sin utilizar mi seguro médico (también conocido como “pago por cuenta propia”)?

Si no tiene seguro o paga la atención por cuenta propia, en la mayoría de los casos, estas nuevas normas garantizan que pueda obtener una estimación de buena fe de lo que costará la atención que necesita antes de recibirla.

¿Qué ocurre si me cobran más de la estimación de buena fe?

En el caso de los servicios prestados en 2022, puede disputar una factura médica si los cargos finales son, al menos, 400 dólares más que su estimación de buena fe y presenta una reclamación de disputa dentro de los 120 días siguientes a la fecha de la factura.

¿Qué sucede si no tengo seguro de un empleador, un Marketplace ni un plan individual? ¿Estas nuevas protecciones se aplican a mi caso?

Algunos programas de cobertura de seguro médico ya cuentan con protecciones contra facturas médicas sorpresa. Si tiene cobertura a través de Medicare, Medicaid o TRICARE, o recibe atención a través de los Servicios de Salud para Indígenas Estadounidenses (Indian Health Services) o la Administración de Salud para Veteranos (Veterans Health Administration), no debe preocuparse porque ya cuenta con protección contra las facturas médicas sorpresa de los proveedores y centros que participan en estos programas.

¿Qué ocurre si mi estado tiene una ley de facturación sorpresa?

La Ley Sin Sorpresas complementa las leyes estatales de facturación sorpresa, no las sustituye. La Ley Sin Sorpresas, en cambio, crea un “piso” para la protección de los consumidores contra las facturas sorpresa de los proveedores fuera de la red y la consiguiente responsabilidad de un mayor costo compartido para los pacientes. Por lo tanto, en general, siempre que la ley de facturación sorpresa de un estado ofrezca, al menos, el mismo nivel de protección al consumidor contra las facturas sorpresa y el aumento de los costos compartidos que la Ley Sin Sorpresas y sus reglamentos de implementación, se aplicará dicha ley estatal. Por ejemplo, si el estado donde vive cuenta con su propio proceso de resolución de disputas entre pacientes y proveedores que determina las tarifas de pago adecuadas para los consumidores que pagan por cuenta propia, y el Departamento de Salud y Servicios Humanos (Health and Human Services, HHS) determinó que el proceso del estado cumple o supera los requisitos mínimos del proceso federal de resolución de disputas entre pacientes y proveedores, entonces el HHS se remitirá al proceso estatal y no aceptará dichas disputas en el proceso federal.

Como otro ejemplo, si su estado tiene un acuerdo modelo para todos los contribuyentes u otra ley estatal que determina los importes de pago por un servicio prestado por proveedores y centros fuera de la red, dicho acuerdo modelo u otra ley estatal generalmente determinará su importe de costos compartidos y la tarifa de pago por la atención fuera de la red.

¿Dónde puedo obtener más información?

¿Todavía tiene preguntas? Visite [CMS.gov/nosurprises](https://www.cms.gov/nosurprises) o llame al servicio de Atención al Cliente al 1-800-985-3059 para obtener más información. Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-800-985-3059.