



EVITE GASTOS SORPRESIVOS DE ATENCIÓN MÉDICA

CÓMO PUEDE PROTEGERLO LA LEY NO SORPRESAS

Esta publicación ha sido desarrollada por el Departamento del Trabajo de EE.UU., Administración de Seguridad de Beneficios del Empleado (EBSA, por sus siglas en inglés).

Para ver esta publicación y otras publicaciones de EBSA, **visite al sitio web de la agencia.**

Para solicitar publicaciones o para hablar con un asesor sobre beneficios, **comuníquese con EBSA electrónicamente.**

O llame a nuestro número gratuito: **1-866-444-3272**

Este material estará disponible en formatos alternativos según solicitud para personas incapacitadas.

Teléfono de voz: **(202) 693-8664**

Si es usted sordo, tiene problemas de audición o presenta una incapacidad del habla, marque el **7-1-1** para acceder a los servicios de retransmisión de telecomunicaciones.

Este folleto es una pequeña guía de cumplimiento de la entidad para efectos de la Ley de Aplicación de Regulaciones de Pequeños Negocios de 1996.



Alguna vez:

- **¿Ha visitado la sala de emergencias para recibir tratamiento y recibió una factura sorpresa?**
- **¿Se ha realizado una cirugía mayor en un centro de la red que estaba cubierto por su plan de salud y recibió una factura inesperada de un anestesiólogo fuera de la red?**
- **¿Ha resultado herido en un accidente y recibió una factura sorpresa por el traslado en ambulancia aérea hacia el hospital?**

Si es así, usted no es el único. Muchas personas en los Estados Unidos reciben facturas médicas inesperadas, especialmente después de una situación de emergencia. Es por eso se promulgó la Ley Federal No Sorpresas: para proporcionar protección contra estas facturas sorpresa y reducir los costos de la atención médica.

¿Qué es la facturación sorpresa?

La facturación sorpresa ocurre cuando usted tiene cobertura de salud y, sin saberlo o inevitablemente, recibe atención de un proveedor fuera de la red o en un centro de atención médica fuera de la red y se le factura directamente por esa atención cuando su plan de salud no cubre el costo total de cuidado.

Proveedor dentro de la red: un proveedor o centro de atención médica que tiene un contrato con su plan de salud grupal o emisor de seguro médico para proporcionar servicios a los miembros de un plan a ciertos costos.

Proveedor fuera de la red: un proveedor o centro de atención médica que no tiene un contrato con su plan de salud grupal o emisor de seguro médico para proporcionar servicios. También se le puede llamar un “proveedor no preferido” o “proveedor no participante”.

permitido por su plan de salud para ese servicio fue de \$250, se le podrían haber facturado los \$750 restantes, además de cualquier costo compartido que pueda adeudar sobre el monto permitido.

La Ley No Sorpresas ofrece nuevas protecciones. ¿Cuáles son esas protecciones?

En general, usted está protegido contra una facturación sorpresa para:

- la mayoría de los servicios de emergencia (incluidos los servicios de emergencia de salud mental),
- servicios que no son de emergencia de proveedores fuera de la red en ciertos instalaciones de atención médica dentro de la red (hospitales, departamentos ambulatorios de hospitales o centros quirúrgicos ambulatorios), y
- servicios de proveedores de servicios de ambulancia aérea fuera de la red.

En el pasado, además de cualquier costo compartido que se generaba con un proveedor que se encuentra fuera de la red, del que usted sería responsable (como coseguro o copagos), el proveedor o instalación de atención médica fuera de la red podía facturarle directamente la diferencia entre el cargo que le estaba facturando a usted y cantidad que su plan de salud pagaría a ese cargo (el “monto permitido”). Esto se llama “facturación de saldo”.

Por ejemplo, si un proveedor fuera de la red le cobró \$1,000 por un servicio y el monto

Los servicios de emergencia incluyen:

- tratamiento para una condición médica de emergencia recibido en el departamento de emergencias de un hospital como paciente ambulatorio o en un departamento de emergencia independiente
- servicios previos y posteriores a la estabilización, independientemente del departamento o del hospital donde se proporciona el tratamiento

También tiene protección contra disputas sobre el pago de estos servicios entre los planes/aseguradoras y los proveedores/instalaciones, para que usted no esté en medio.

¿Estas protecciones son válidas para mí?

Sí, si tiene un plan de salud que obtiene a través de su trabajo o si compró un plan usted mismo.

La Ley No Sorpresas no se aplica a determinadas coberturas de salud, entre ellas:

- planes de seguro a corto plazo y de duración limitada,
- planes de beneficios exceptuados (como cobertura independiente dental y oftalmológica),
- planes solo para jubilados, o
- planes de salud grupales basados en cuentas.

¿La ley me cubre en todas las situaciones?

La Ley No Sorpresas cubre la mayoría de los servicios de emergencia, los servicios que no son de emergencia de proveedores fuera de la red en ciertos centros de atención médica dentro de la red y los servicios de proveedores de servicios de ambulancia aérea fuera de la red.

No cubre todas las facturas médicas inesperadas o elevadas.

Por ejemplo, aún se le pueden facturar servicios y tratamientos que no están cubiertos por su plan. Las protecciones de facturación sorpresa de la Ley No Sorpresas no se aplican a los servicios que no son de emergencia proporcionados por un proveedor fuera de la red en un centro fuera de la red.

También puede renunciar a las protecciones de facturación sorpresa en determinadas situaciones que no sean de emergencia si recibe una notificación y da su consentimiento para renunciar a estas protecciones. Consulte la página 4 para obtener más información.

¿Qué hace la Ley No Sorpresas?

Si usted está en un plan cubierto (consulte más arriba “¿Estas protecciones son válidas para mí?”), la ley:

- prohíbe las facturas sorpresivas en la mayoría de las emergencias, incluso cuando el tratamiento se proporciona fuera de la red de su plan y sin autorización previa. Su plan de salud no puede denegarle cobertura porque no obtuvo la aprobación del plan antes de dirigirse a la sala de emergencias;
- limita el costo compartido para la mayoría de los servicios de emergencia fuera de la red de su plan y para la mayoría de los servicios que no son de emergencia proporcionados en un centro de atención médica dentro de la red por un proveedor fuera de la red;
- requiere el consentimiento del paciente para renunciar a las protecciones de facturación sorpresa en determinadas circunstancias;
- generalmente prohíbe a los proveedores fuera de la red facturar el saldo a los pacientes por servicios auxiliares (tales como anestesiología, patología, radiología o neonatología) que proporcionan durante una visita a un centro de atención médica dentro de la red. Este tipo de proveedores no pueden pedirle su consentimiento para renunciar a sus protecciones de facturación sorpresa;
- requiere que los proveedores y los centros le entreguen una notificación que explique las protecciones de facturación y con quién debe comunicarse si cree que se han infringido las protecciones.

¿Qué pasa si mi plan tiene una red cerrada y no incluye cobertura fuera de la red?

Incluso si su plan tiene una red cerrada y no proporciona cobertura para artículos o servicios fuera de la red, se aplican las protecciones de la Ley No Sorpresas si los servicios están cubiertos dentro de la red bajo su plan.

¿Mis pagos contarán para el deducible del plan y los desembolsos máximos por el asegurado?

Un plan no puede exigir más costos compartidos para los servicios de emergencia fuera de la red, los servicios que no son de emergencia recibidos en un centro de atención médica dentro de la red y los servicios de ambulancia aérea que para los servicios médicos equivalentes dentro de la red.

Cualquier pago de costos compartidos que realice debe contar para su deducible dentro de la red o desembolsos máximos por el asegurado como si los cobrara un proveedor dentro de la red.

Ejemplos

- Mientras pasea a su perro, se resbala en el hielo, se golpea la cabeza y se rompe el brazo, por lo que debe visitar la sala de emergencias más cercana. El médico solicita una imagenología, radiología y determina que la gravedad de la lesión requiere cirugía el mismo día.

Incluso si recibió esta atención de emergencia de un proveedor o centro de atención médica fuera de la red, usted solo es responsable de pagar su deducible, copagos y coseguro dentro de la red.

- Para descartar cáncer, se programa una biopsia quirúrgica para extraer tejido de la mama. Tanto el hospital como el médico que realiza su cirugía están dentro de la red. Sin embargo, no sabe si los proveedores que administran la anestesia y examinan el tejido también están dentro de la red.

Los gastos auxiliares fuera de la red se aplicarán a la tarifa dentro de la red si su centro de atención médica está dentro de la red. Esto incluye servicios de proveedores como anestesiólogos y patólogos.

- Durante una sesión de ejercicio intenso, experimenta dolores agudos en el pecho que requieren una visita a la sala de emergencias más cercana. Tras un breve examen, el médico determina que usted debe ser trasladado en ambulancia aérea a otro hospital especializado en cardiología.

Si su plan cubre servicios de ambulancia aérea, la Ley No Sorpresas lo protege incluso si la compañía de ambulancia aérea no está dentro de la red. Su responsabilidad será el deducible, copago o coseguro que hubiera pagado si la ambulancia aérea hubiera estado dentro de la red. Sin embargo, si su plan no cubre ningún servicio de ambulancia aérea o si lo transporta una ambulancia terrestre, entonces usted puede ser responsable del monto no cubierto.

¿Qué es la excepción de notificación y consentimiento y cómo se aplica?

Según la Ley No Sorpresas, un proveedor o centro puede pedir a las personas que renuncien voluntariamente a sus protecciones de facturación de saldo y limitaciones de costos compartidos en determinadas circunstancias.

Un proveedor o centro puede proporcionarle un formulario de consentimiento y notificación y pedirle que renuncie a las protecciones de facturación sorpresa cuando:

- programa ciertos servicios que no son de emergencia (que no sean servicios auxiliares) en un centro de atención médica dentro de la red, o
- necesita atención posterior a la estabilización después de una emergencia y su proveedor o centro de atención médica está fuera de la red.

Ejemplo

- Sufrió una lesión en el hombro mientras jugaba fútbol. Una radiografía muestra que su hombro está roto y dislocado. Un colega recomienda un cirujano ortopédico. Su cirugía se programa con 2 semanas de anticipación en un hospital de la red.

El mismo día que programa su cirugía, recibe una notificación informándole que su cirujano no es parte de la red de su plan de salud. Para continuar con la cirugía, debe dar su consentimiento para renunciar a las protecciones de facturación de su saldo. Debido a su preferencia por este médico, usted firma el formulario de consentimiento

Usted es responsable de cualquier factura de saldo que reciba. Usted firmó el formulario de consentimiento reconociendo que su cirujano estuvo fuera de la red más de 72 horas antes de la fecha de su cirugía.

Sin embargo, si el cirujano no le había proporcionado el formulario de consentimiento dentro del mínimo de 72 horas antes de los servicios, el cirujano no podría facturarle el saldo por los servicios prestados durante su cirugía.

¿Cuándo no se permite la notificación y el consentimiento?

En situaciones de **emergencia**, no se permite la notificación ni el consentimiento al proporcionar:

- cualquier servicio de emergencia antes de que se estabilice su condición
- artículos o servicios debido a necesidades médicas urgentes imprevistas
- servicios posteriores a la estabilización si no se cumplen ciertos requisitos adicionales

En situaciones que **no sean de emergencia**, no se permite la notificación ni el consentimiento para los servicios auxiliares, que se definen como artículos y servicios que están:

- relacionados con medicina de emergencia, anestesiología, patología, radiología y neonatología, ya sea proporcionada por un médico o un profesional de la salud no médico
- proporcionados por cirujanos asistentes, médicos e intensivistas
- servicios de diagnóstico, incluidos radiología y servicios de laboratorio
- proporcionados por un proveedor fuera de la red si no hay ningún proveedor dentro de la red disponible
- proporcionados durante el tratamiento debido a necesidades médicas urgentes e imprevistas

¿Qué información se incluye en el formulario de consentimiento y notificación?

Los documentos de consentimiento y notificación, que están estandarizados por el gobierno federal, describen las protecciones de la Ley No Sorpresas contra facturas médicas inesperadas y preguntan si está dispuesto a renunciar a esas protecciones y pagar más por la atención fuera de la red. Al firmar el formulario de consentimiento, usted renuncia a esas protecciones. El formulario también le dará un cálculo aproximado de los costos fuera de la red.

Si la notificación y el consentimiento son para servicios posteriores a la estabilización, también debe incluir una lista de proveedores dentro de la red que pueden proporcionar atención posterior a la estabilización.

Los documentos de consentimiento y notificación deben entregarse físicamente separados de otros documentos. No podrán adjuntarse ni incorporarse a ningún otro documento. Los proveedores y los centros de atención médica deben proporcionarle a usted o a su representante autorizado la opción de recibir el documento de consentimiento y notificación en cualquiera de los 15 idiomas más comunes en el estado o región donde se encuentra el centro.

¿Tengo que firmar el formulario de consentimiento y notificación?

No. Firmar este formulario es una decisión que le compete únicamente a usted. Solo debe firmar el formulario si acepta renunciar a las protecciones de facturación sorpresa para los artículos y servicios específicamente mencionados en la notificación. Probablemente pagará más si elige recibir atención fuera de su red. Antes de firmar, lea el formulario detenidamente y evalúe sus opciones.

Si no firma, entonces el proveedor puede decidir no proporcionar la atención que no sea de emergencia o posterior a la estabilización incluida en la notificación. Es posible que deba buscar y reprogramar una cita con un proveedor o centro dentro de la red. Su plan de salud puede ayudarle a encontrar uno.

Si no firma el formulario de consentimiento y notificación y el proveedor o el centro aún le proporciona atención, entonces las protecciones de la Ley No Sorpresas continúan aplicándose.

¿Qué pasa con la ley estatal? ¿Puede protegerme de facturas médicas sorpresa?

Algunos estados ofrecen protecciones de facturación de saldo adicionales a las requeridas por la Ley No Sorpresas. Consulte el sitio web del Departamento de Seguros de su estado para obtener más información sobre la Ley No Sorpresas y las leyes que pueden ser aplicadas a su cobertura.

¿Son iguales las facturas médicas y las Explicaciones de beneficios?

No. Antes de recibir una factura médica del consultorio de su proveedor, debe recibir una Explicación de beneficios (EOB, por sus siglas en inglés) de su plan de salud.

La EOB le informa qué servicios recibió, cuándo los recibió, cuánto pagará su plan y cuánto debe. Esta es información clave que le ayudará a determinar si recibió una factura sorpresa. Revise su EOB para ver si hay errores. Revísela siempre.

Si todavía está esperando una EOB de una visita reciente y recibe una factura de un proveedor, comuníquese con su plan de salud para determinar si el proveedor les envió una reclamación.

¿Qué debo hacer si recibo una factura sorpresa?

Comuníquese con el centro de atención de la Ley No Sorpresas al **1-800-985-3059** si:

- recibe una factura que excede lo que la EOB muestra que debe en costos compartidos
- tiene alguna pregunta sobre las normas de la Ley No Sorpresas
- usted cree que no se está cumpliendo la Ley No Sorpresas

Puede comunicarse con el servicio de asistencia técnica de 8 a.m. a 8 p.m., hora del este (ET) de lunes a viernes y de 10 a.m. a 6 p.m., ET los sábados y domingos.

Si desea presentar una queja en línea, [visite el sitio web de la Ley No Sorpresas](#).

El centro de atención de la Ley No Sorpresas no puede exigir que el proveedor o el centro ajusten sus cargos, emitan juicios médicos o legales ni determinen el valor de la reclamación.

¿Qué pasos debe tomar si su plan deniega la cobertura?

Lea atentamente su EOB. Puede presentar una apelación interna ante su plan si su EOB muestra que no cubrió un artículo o servicio de conformidad con la Ley No Sorpresas.

- Llame a su plan y solicite una copia del procedimiento de apelaciones interanas del plan y pregunte qué información y documentos debe incluir junto con su solicitud de apelación interna.
- Luego, envíe su apelación interna por escrito. Su plan debe responder con prontitud.

Visita la publicación [Cómo presentar un reclamo de sus beneficios de salud](#) del Departamento del Trabajo de EE.UU.

Recursos

Puede obtener más información sobre la Ley No Sorpresas y el cumplimiento de los requisitos por parte de su plan de salud.

La Administración de Seguridad de Beneficios del Empleado (EBSA, por sus siglas en inglés) del Departamento del Trabajo de EE.UU.

- Llame sin costo a un asesor sobre beneficios al **1-866-444-3272**.
- [Visite el sitio web de EBSA](#).

El centro de atención de la Ley No Sorpresas

- Llame al **1-800-985-3059**.
- [Visite el sitio web del centro de atención](#).

El sitio web del Departamento de Seguros de su estado y su información de contacto

Puede encontrar la información de su estado en el sitio web de la National Association of Insurance Commissioners en [National Association of Insurance Commissioners](#).



**ADMINISTRACIÓN DE SEGURIDAD DE BENEFICIOS DEL EMPLEADO
DEPARTAMENTO DEL TRABAJO DE EE.UU.**

octubre 2024