

## La nueva ley protege a los consumidores de facturas médicas inesperadas

Una nueva ley creada por la Asamblea Constitucional (Assembly Bill, AB) 72<sup>1</sup> (Bonta, capítulo 492, estatutos de 2016) protege a los consumidores de facturas médicas inesperadas cuando entren a instalaciones de la red como hospitales, laboratorios o centros de diagnóstico por imágenes. Esta nueva protección al consumidor comienza el 1.º de julio de 2017 y se asegura de que los consumidores solo tengan que pagar el costo compartido de la red. Los proveedores ahora no pueden enviar facturas fuera de la red a los consumidores cuando estos hayan hecho todo correctamente y hayan ido a una instalación dentro de la red.

### Datos breves para el consumidor:

- ♦ **Sin facturas médicas inesperadas:** los consumidores de atención médica ya no se encontrarán en medio de disputas por facturación entre los planes de salud y los proveedores fuera de la red. Los consumidores solo pueden recibir facturas por el costo compartido de la red, cuando utilicen instalaciones dentro de la red.
- ♦ **Prevención de cobros:** protege a los consumidores para que su crédito no se vea afectado, para que no haya salarios reducidos o gravámenes en su residencia principal.
- ♦ **Ayuda a controlar los costos de la** atención médica: los pagos del plan de salud para

### Preguntas frecuentes:

#### ¿Qué es una factura inesperada y por qué me llegaría una?

Aquí hay algunos ejemplos de situaciones en las que los consumidores han recibido facturas inesperadas:

- Un consumidor tuvo una cirugía en un hospital o centro de cirugía ambulatoria en la red de su plan de salud, pero el anesthesiólogo no pertenecía a la red de su plan de salud. A pesar de que el consumidor no tuvo opción al elegir al anesthesiólogo, el proveedor envió una factura al consumidor después de la cirugía. Esto es una factura inesperada.
- Un consumidor va al laboratorio o al centro de diagnóstico por imágenes dentro de la red de su plan de salud para hacerse algunas pruebas y el médico que lee los resultados no pertenece a la red de su plan de salud. Después, ese médico envía una factura al consumidor por sus servicios, lo que crea una factura inesperada.

En virtud de la ley AB 72, los consumidores ya no recibirán estas facturas inesperadas. Esto significa que cuando va a alguna instalación de atención médica como un hospital o un laboratorio dentro de la red de su plan de salud y termina recibiendo atención de un médico que no pertenece a la red de su plan de salud, no pueden cobrarle más de lo que hubiera pagado por un médico perteneciente a la red.

## Preguntas frecuentes:

### ¿Qué debería pagar?

Los consumidores que van a instalaciones dentro de la red solo tienen que pagar por el costo compartido de la red (copagos, coseguro o deducibles). Los consumidores deben comunicarse con su plan de salud si tienen preguntas acerca de su costo compartido dentro de la red.

### ¿Qué es una red del plan de salud?

Una red de plan de salud es el grupo de médicos, hospitales y otros proveedores de atención médica que un plan de salud contrata para proporcionar servicios de atención médica a sus miembros. Estos proveedores son llamados “proveedores de la red”, “proveedores contratados” o “proveedores dentro de la red”. Un proveedor que no está contratado por su plan de salud se conoce como “proveedor fuera de la red” o “proveedores no contratados”.

Algunos ejemplos de instalaciones de atención médica dentro de la red del plan de salud incluyen hospitales, centros de cirugía ambulatoria u otros centros ambulatorios, laboratorios y centros de radiología o de diagnóstico por imágenes.

### ¿Qué pasa si recibí una factura inesperada y ya la pagué?

Si recibió una factura inesperada y ya pagó más de lo que debía en su costo compartido de la red (copago, coseguro o deducible), presente una queja o reclamación con su plan de salud con una copia de la factura. Su plan de salud revisará su queja y deberá decirle a su proveedor que deje de mandarle facturas. Si no está de acuerdo con la respuesta de su plan de salud o si se tardan más de 30 días para arreglar el problema, puede presentar una reclamación ante el Departamento de Atención Médica Administrada, el regulador estatal de los planes de salud. Puede presentar una reclamación en [www.HealthHelp.ca.gov](http://www.HealthHelp.ca.gov) o al **1-888-466-2219**.

### ¿La nueva ley es para todos?

La ley aplica a las personas en planes de salud regulados por el Departamento de Atención Médica Administrada o el California Department of Insurance. No aplica para planes de Medi-Cal, Medicare o “planes de autoseguro”. Si usted no sabe qué tipo de plan tiene, puede llamar al Centro de Ayuda del Departamento de Atención Médica Administrada (Department of Managed Health Care, DMHC) al **1-888-466-2219** para pedir ayuda.

### ¿Qué pasa si quiero ver a un médico que sé que está fuera de la red?

Si tiene un plan de salud con beneficios fuera de la red, tal como una Organización de Proveedores Preferidos (Preferred Provider Organization, PPO), puede acudir con un proveedor fuera de la red. Tiene que dar su permiso al firmar un formulario por escrito por lo menos 24 horas antes de recibir atención. El formulario debe informarle que puede recibir atención de un proveedor dentro de la red si así lo decide. El formulario debe estar en su idioma si habla inglés,

<sup>1</sup> La ley AB 72 protege a los consumidores que reciben servicios que no sean de emergencia en instalaciones dentro de la red de que se les envíe una facturación de saldos a causa de un proveedor fuera de la red. La ley de California ya protege a muchos consumidores de las facturaciones de saldos debido a servicios de emergencia.