

ESTIMACIÓN DE BUENA FE

A partir del 1 de enero de 2022, entró en vigencia un fallo llamado "Ley de no sorpresas" que requiere que los profesionales brinden un "Estimado de buena fe" a las personas que no tienen seguro o utilizan el pago por su propia cuenta.

El Estimado de buena fe (al que se hace referencia en este documento como "GFE") funciona para mostrar el costo de los artículos y servicios que se esperan razonablemente para sus necesidades de atención médica para un artículo o servicio, un diagnóstico y el motivo de los servicios de salud mental. La estimación se basa en la información conocida en el momento en que se creó la estimación. El GFE no incluye ningún costo desconocido o inesperado que pueda surgir durante el tratamiento. Se le podría cobrar más si ocurren complicaciones o circunstancias especiales y se le proporcionará un nuevo GFE si esto ocurre. Si esto sucede, la ley federal le permite disputar (apelar) la factura si usted y su proveedor no han hablado previamente sobre el cambio y no se le ha proporcionado una GFE actualizada.

Según la Sección 2799B-6 de la Ley de Servicios de Salud Pública (PHSA), los proveedores de atención médica y los centros de atención médica deben informar a las personas que no están inscritas en un plan o cobertura o en un programa federal de atención médica, o que no buscan presentar un reclamo, con su plan o cobertura tanto oralmente como por escrito de su capacidad, previa solicitud o al momento de programar artículos y servicios de atención médica para recibir un GFE de los cargos esperados.

Nota: Actualmente, la PHSA y la GFE no se aplican a ninguna persona que esté utilizando los beneficios del seguro, incluidos los "beneficios fuera de la red" (es decir, enviar superfacturas al seguro para su reembolso).

Requisitos de cronograma: los proveedores deben proporcionar un GFE de los cargos esperados por un servicio programado o solicitado, incluyendo los artículos o servicios que se espera razonablemente que se proporcionen junto con dicho artículo o servicio programado o solicitado. Esa estimación debe proporcionarse dentro de los plazos especificados:

- Si el servicio se programa al menos 3 días hábiles antes de la fecha de la cita: a más tardar 1 día hábil después de la fecha de programación;
- Si el servicio se programa al menos 10 días hábiles antes de la fecha de la cita: a más tardar 3 días hábiles después de la fecha de programación; o
- Si el individuo no asegurado o pagado por su propia cuenta solicita un GFE (sin programar el servicio), a más tardar 3 días hábiles después de la fecha de la solicitud. Se debe proporcionar un nuevo GFE, dentro de los plazos especificados, si la persona reprograma el artículo o servicio solicitado.

Todos los Estimados de buena fe incluirán los servicios comunes y los códigos de facturación correspondientes, así como los códigos de diagnóstico y el plazo estimado.

Como la duración del tratamiento de salud mental de cada individuo es única, usted y su proveedor continuarán evaluando la frecuencia de los servicios y trabajarán juntos para determinar la duración del tratamiento y actualizar la estimación de buena fe a medida que surja la necesidad.

Sus Derechos y Protecciones Contra las Facturas Médicas de Sorpresa

Cuando usted recibe atención médica de emergencia o está tratado/a por un(a) proveedor(a) fuera de la red en una facilidad dentro de la red, está protegido/a de la facturación de sorpresa o facturación de saldo.

¿Qué es la “facturación de saldo” (a veces llamada “facturación de sorpresa”)?

Cuando usted ve a un/a doctor/a u otro/a proveedor/a médica, podría deber ciertos gastos extra, tal como un copago, coaseguro y/o deducible. Podría tener otros gastos o tener que pagar la cuenta total si ve a un/a proveedor/a o visita a una clínica de atención médica que no esté en la red de su plan de salud.

“Fuera de la red” describe los proveedores y las clínicas que no hayan firmado un contrato con su plan de salud. Se permiten a los proveedores fuera de la red facturarle para la diferencia entre lo que su plan consintió a pagar, y la cantidad total cargada por un servicio. Esta se llama “**la facturación de saldo**”. Es probable que la cantidad sea más que los costos dentro de la red por el mismo servicio y es posible que no cuente a su límite de gastos corrientes.

“La facturación de sorpresa” es una factura de saldo inesperada. Esto puede ocurrir cuando no puede controlar quién está involucrado en su atención médica – como cuando tiene una emergencia o programa una visita en una consulta dentro de la red pero está tratado/a inesperadamente por un proveedor fuera de la red.

Se requiere a las aseguradoras informarle cuáles proveedores y clínicas están en sus redes. Los proveedores y clínicas deben informarle cuáles redes de proveedores en las que participan. Esta información está disponible en el sitio web de la aseguradora, el proveedor o la clínica o a petición.

Usted está protegido/a de la facturación de saldo para:

Los servicios de emergencia

Si tiene una condición médica de emergencia y recibe servicios de emergencia de un proveedor o clínica fuera de su red, lo máximo que pueden facturarle es el costo de compartir dentro de la red de su plan (tal como los deducibles, copagos y coaseguro). **No se le puede** facturar de saldo para estos servicios de emergencia. Esto incluye los servicios en la clínica que podrá recibir después de recuperar una condición estable, a menos que dé consentimiento escrito y se rinda sus protecciones de no ser facturado/a por estos servicios de post-estabilización.

Ciertos servicios en una clínica dentro de la red

Cuando recibe servicios de una clínica dentro de la red, ciertos proveedores podrían estar fuera de la red. En estos casos, lo máximo que esos proveedores podrían facturarle es el costo de compartir dentro de la red de su plan. Esto aplica a la medicina de emergencia, laboratorio, servicios de cirujano y asistente al cirujano y servicios ancilares profesionales tal como la anestesia, patología, radiología, neonatología, hospitalista o servicios intensivos. Estos servicios **no se le puede** facturar y **no se le puede** pedir que se rinda sus protecciones de no ser facturado/a de saldo.

Si recibe otros servicios en estas clínicas dentro de la red, los proveedores fuera de la red **no le pueden** facturar de saldo, a menos que dé consentimiento escrito y se rinda sus protecciones.

No se requiere nunca rendirse las protecciones de la facturación de saldo. También no se requiere recibir la atención médica fuera de la red. Puede elegir un proveedor o clínica dentro de la red de su plan.

Cuando no se permite la facturación de saldo, tiene también las siguientes protecciones:

- Usted sólo es responsable de pagar su porción del costo (como los copagos, coaseguro y deducible que pagaría si el proveedor o la clínica fuera dentro de la red). Su plan de salud pagará directamente a los proveedores y las clínicas fuera de la red.
- En general, su plan de salud debe:
 - Cubrir los servicios de emergencia sin requerir a usted que reciba aprobación por servicios con antelación (autorización previa).
 - Cubrir los servicios de emergencia por los proveedores fuera de la red.
 - Basar lo que usted debe al proveedor o clínica (costos compartidos) en lo que pagaría a un proveedor o clínica dentro de la red y mostrar esa cantidad en su explicación de beneficios.
 - Contar cualquier cantidad que usted pague por los servicios de emergencia o servicios fuera de la red en su deducible dentro de la red y su límite de pagar fuera del bolsillo dentro de la red.

Si cree que se le ha facturado equivocadamente, puede llamar a las agencias federales que son responsables de ejecutar la ley federal de protección de facturación de saldo en: **1-800-985-3059** y/o presentar una queja con la Oficina de Seguros de la Comisión de la Corporación Estatal de Virginia en: scc.virginia.gov/pages/File-Complaint-Consumers or llame **1-877-310-6560**.

Visite cms.gov/nosurprises para más información sobre sus derechos bajo la ley federal.

Los consumidores cubiertos bajo (i) una póliza totalmente asegurada emitida en Virginia, (ii) el plan de beneficios de salud para empleados estatales; o (iii) un grupo auto-fundado que eligió

participar en las protecciones de Virginia también está protegido de la facturación de saldo bajo la ley de Virginia. Visite scc.virginia.gov/pages/Balance-Billing-Protection para más información sobre sus derechos bajo la ley de Virginia.

Para cualquier otras preguntas sobre este aviso o la facturación, favor de ponerse en contacto con la Supervisora de Administración y Facturación, LaTonya Coley por correo electrónico en: lcoley@childsavers.org o 804-591-3905.