

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

Una nueva ley creada a partir del Proyecto de ley (AB) 72i¹ (Bonta, Capítulo 492, Estatutos de 2016) protege a los consumidores de recibir facturas médicas inesperadas cuando acuden a centros dentro de la red, como hospitales, laboratorios o centros de diagnóstico por imágenes. Esta nueva protección al consumidor empieza el 1 de julio de 2017 y asegura que los consumidores solo tengan que pagar su costo compartido dentro de la red. Los proveedores ahora no pueden enviar a los consumidores facturas por servicios fuera de la red cuando el consumidor hizo todo correctamente y acudió a un centro dentro de la red.

Puntos clave para el consumidor:

- **No más facturas médicas inesperadas:** Los consumidores de atención médica ya no estarán en medio de las disputas de facturación entre los planes de salud y los proveedores fuera de la red. Los consumidores solo pueden recibir facturas por su costo compartido dentro de la red, cuando usan un centro dentro de la red.
- **Ya no más cobranzas:** Protege a los consumidores de dañar su crédito, salarios embargados o gravámenes impuestos a su residencia principal.
- **Ayuda a controlar los costos de la atención médica:** Los pagos del plan de salud para los servicios fuera de la red ya no se basan en un precio de etiqueta.

Preguntas frecuentes:

¿Qué es una factura inesperada y por qué recibiría una?

Aquí incluimos algunos ejemplos de algunas ocasiones en que los consumidores han recibido facturas inesperadas:

- Un consumidor se sometió a una cirugía en un hospital o centro de cirugía ambulatoria en la red de su plan de salud, pero el anestesiólogo no estaba en la red del plan de salud. Aunque el consumidor no tuvo opción sobre quién sería su anestesiólogo, el proveedor envía una factura al consumidor después de la cirugía. Esta es una factura inesperada.
- Un consumidor acude a un laboratorio o centro de diagnóstico por imágenes en la red de su plan de salud para someterse a pruebas y el médico que lee los resultados no está en la red del plan de salud. Ese médico entonces factura al consumidor por los servicios, creando una factura inesperada para el consumidor.

De acuerdo con la AB 72, los consumidores ya no deben recibir estas facturas inesperadas. Esto significa que cuando usted acuda a un centro de atención médica como un hospital o laboratorio en la red de su plan de salud y termine con un médico que no está en la red de su

¹ La Ley AB 72 protege a los consumidores que reciben servicios que no son de emergencia en centros dentro de la red de recibir facturas sobre saldos de un proveedor fuera de la red. La Ley de California ya protege a la mayoría de los consumidores de la facturación sobre saldos por los servicios de emergencia.

plan de salud, ellos no podrán cobrarle más de lo que usted tendría que pagar por un médico dentro de la red.

¿Qué debo pagar?

Los consumidores que acuden a un centro dentro de la red solo tienen que pagar el costo compartido dentro de la red (copagos, coseguro o deducibles). Los consumidores deben comunicarse con su plan de salud si tienen alguna pregunta sobre sus costos compartidos dentro de la red.

¿Qué es una red del plan de salud?

Una red del 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 se conocen como “proveedores de la red”, “proveedores contratados” o “proveedores dentro de la red”. Un proveedor que no tiene contrato con su plan de salud se conoce como "proveedor fuera de la red" o "proveedor no contratado".

Algunos ejemplos de los centros de atención médica que están en una red del plan de salud incluyen: hospitales, centros de cirugía ambulatoria u otros entornos ambulatorios, laboratorios y centros de radiología o diagnóstico por imágenes.

¿Qué ocurre si recibo una factura inesperada? Y, ¿qué ocurre si ya pagué?

Si recibió una factura inesperada y ya pagó más de su costo compartido dentro de la red (copago, coseguro o deducible), presente una queja/inconformidad a su plan de salud con una copia de la factura. Su plan de salud revisará su queja y debe informar al proveedor que deje de facturarle. Si no está de acuerdo con la respuesta de su plan de salud o este se tarda más de 30 días en solucionar el problema, puede presentar una queja ante el Departamento de Atención Médica Administrada, el regulador de planes de salud del estado. Puede presentar una queja visitando HealthHelp.ca.gov o llamando a **1 (888) 466-2219**.

¿Aplica la nueva ley para todos?

La ley aplica a las personas en los planes de salud regulados por el Departamento de Atención Médica Administrada o el Departamento de Seguros de California. No aplica a los planes Medi-Cal, planes Medicare o a los “planes autoasegurados”. Si usted no sabe en qué tipo de plan está, puede llamar al Centro de Ayuda al **1 (888) 466-2219** para obtener ayuda.

¿Qué ocurre si quiero acudir a un médico que sé que está fuera de la red?

Si usted está en un plan de salud con un beneficio fuera de la red, como PPO, puede elegir acudir con un proveedor fuera de la red. Tiene que dar su permiso al firmar un formulario por escrito al menos 24 horas antes de recibir la atención. El formulario debe indicarle que puede recibir atención de un proveedor dentro de la red si lo elige. El formulario debe estar en su idioma si usted habla inglés, español, vietnamita, cantonés, armenio, ruso, mandarín, tagalo, coreano, árabe, hmong, farsi o camboyano.