



Sus derechos y protecciones contra facturas médicas sorpresa

Cuando recibe atención de emergencia o es tratado por un proveedor fuera de la red en un hospital o centro quirúrgico ambulatorio dentro de la red, usted está protegido de facturación del saldo. En estos casos, no se le debe cobrar más que el de su plan. copagos, coseguros y/o deducibles.

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

Cuando vea a un médico u otro proveedor de atención médica, es posible que deba ciertos [costos de su bolsillo](#), como un [copago](#), [coseguro](#) o [deducible](#). Es posible que tenga costos adicionales o tenga que pagar el factura completa si ve a un proveedor o visita un centro de atención médica que no está en el centro de atención médica de su plan de salud red.

"Fuera de la red" significa proveedores e instalaciones que no han firmado un contrato con su salud plan para proporcionar servicios. Es posible que a los proveedores fuera de la red se les permita facturarle la diferencia entre lo que paga su plan y el monto total cobrado por un servicio. Esto se llama "**equilibrio facturación**". Es probable que esta cantidad sea mayor que los costos dentro de la red para el mismo servicio y es posible que no cuente para el deducible de su plan o el límite anual de desembolso de su bolsillo.

La "facturación sorpresa" es una factura de saldo inesperada. Esto puede suceder cuando no puedes controlar quién es involucrado en su atención, como cuando tiene una emergencia o cuando programa una visita en un centro dentro de la red, pero es tratado inesperadamente por un proveedor fuera de la red. Médico sorpresa las facturas podrían costar miles de dólares dependiendo del procedimiento o servicio.

Estás protegido de la facturación del saldo por:

Servicios de emergencia

Si tiene una afección médica de emergencia y recibe servicios de emergencia de un proveedor o centro fuera de la red, lo máximo que pueden facturarle es el costo compartido dentro de la red de su plan. monto (como copagos, coseguros y deducibles). No se **le puede** facturar el saldo estos servicios de emergencia. Esto incluye los servicios que puede obtener después de estar en condición estable, a menos que dé su consentimiento por escrito y renuncie a sus protecciones para no ser facturado de manera uilibrada por estos servicios posteriores a la estabilización.

Mississippi prohíbe la [facturación de saldo](#)

[Código Ann. § 83-9-5 \(1\) \(i\)](#) Bajo esta ley, si un proveedor de atención médica acepta la **asignación** de seguro de un paciente, entonces la compañía de seguros le pagará directamente al proveedor por el tratamiento del paciente.

Ese pago se considera **pago completo** al proveedor de atención médica, lo que significa que el proveedor no puede facturar al paciente más tarde por una cantidad superior al pago recibido de la compañía de seguros, aparte de los [deducibles](#) o [copagos normales](#).

Ciertos servicios en un hospital o centro quirúrgico ambulatorio dentro de la red

Cuando recibe servicios de un hospital o centro quirúrgico ambulatorio dentro de la red, los proveedores pueden estar fuera de la red. En estos casos, lo máximo que esos proveedores pueden facturarle es el monto de costos compartidos dentro de la red de su plan. Esto se aplica a la medicina de emergencia, anestesia, patología, radiología, laboratorio, neonatología, cirujano asistente, hospitalista o intensivista servicios. Estos proveedores **no pueden** equilibrar la facturación y es posible que no le pidan que renuncie a sus protecciones. no se debe facturar el saldo.

Si obtiene otros tipos de servicios en estas instalaciones dentro de la red, los proveedores fuera de la red **no pueden** facturarle el saldo a menos que dé su consentimiento por escrito y renuncie a sus protecciones.

Nunca se le pedirá que renuncie a sus protecciones de la facturación del saldo. Tampoco está obligado a recibir atención fuera de la red. Puede elegir un proveedor o instalación en la red de su plan.

Mississippi prohíbe la [facturación de saldo](#)

[Código Ann. § 83-9-5 \(1\) \(i\)](#) Bajo esta ley, si un proveedor de atención médica acepta la **asignación** de seguro de un paciente, entonces la compañía de seguros le pagará directamente al proveedor por el tratamiento del paciente.

Ese pago se considera **pago completo** al proveedor de atención médica, lo que significa que el proveedor no puede facturar al paciente más tarde por una cantidad superior al pago recibido de la compañía de seguros, aparte de los [deducibles](#) o [copagos normales](#).

Cuando no se permite la facturación del saldo, también tienes estas protecciones:

- Solo eres responsable de pagar tu parte del costo (como los copagos, el coseguro, y deducible que pagaría si el proveedor o la instalación estuviera dentro de la red). Su salud El plan pagará cualquier costo adicional a los proveedores e instalaciones fuera de la red directamente.
- En general, su plan de salud debe:
 - Cubra los servicios de emergencia sin necesidad de obtener la aprobación para los servicios en anticipo (también conocido como "autorización previa").
 - Cubrir los servicios de emergencia de proveedores fuera de la red.
 - Basar lo que le debe al proveedor o instalación (costo compartido) en lo que pagaría un proveedor o instalación dentro de la red y muestre esa cantidad en su explicación de Beneficios.
 - Cuente cualquier cantidad que pague por servicios de emergencia o servicios fuera de la red hacia su deducible dentro de la red y el límite de desembolso.

Si cree que se le ha facturado incorrectamente, puede presentar una queja ante el gobierno federal en <https://www.cms.gov/nosurprises/consumers> o llamando al 1-800-985-3059. También puede comunicarse con las autoridades estatales de aplicación de la ley aplicables, incluido el Departamento de Seguros de Mississippi al 1-800-562-2957 o <https://www.mid.ms.gov/consumers/file-complaint.aspx>