

Una nueva ley protege a las personas que reciben cargos médicos inesperados

Una nueva ley (AB 72¹ Bonta, 2016) protege a las personas que reciben cargos médicos inesperados cuando entren a instalaciones de la red de su plan de salud como hospitales, laboratorios o centros de radiología. Esta nueva protección comienza el 1º de julio de 2017 y se asegura de que los miembros del plan solo tengan que pagar el costo compartido, así como los copagos o deducibles. Los médicos u otros profesionales de la salud que están fuera de la red del plan ahora no pueden enviar cargos a los miembros del plan cuando estos hayan hecho todo correctamente y hayan ido a una instalación dentro de la red.

En Breve:

- ♦ **Se prohíbe cargos médicos inesperados:** Los miembros del plan ya no se encontrarán en medio de disputas por los cargos entre los planes de salud y los médicos u otros profesionales de la salud que están fuera de la red. Los miembros del plan solo pueden recibir cargos 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 embargos en su salario o en su residencia principal.
- ♦ **Ayuda a controlar los costos del sistema de salud:** Los pagos del plan de salud hacia los médicos u otros profesionales fuera de la red ya no se basan en cargos excesivos.

Preguntas frecuentes:

¿Qué es un cargo médico inesperado y por qué me llegaría uno?

Aquí hay algunos ejemplos de situaciones en las que los miembros de los planes de salud han recibido cargos inesperados :

- Un miembro de un plan de salud tuvo una cirugía en un hospital o centro de cirugía ambulatoria dentro la red de su plan de salud, pero el anesthesiólogo no pertenecía a la red de su plan. A pesar de que el miembro no tuvo opción al elegir al anesthesiólogo, al miembro le llegó un cargo inesperado después de la cirugía y más allá de los costos compartidos. Esto es un cargo inesperado.
- Un miembro de un plan de salud va al laboratorio o al centro de radiología 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 miembro por leer los resultados, lo que se refiere a un cargo inesperado.

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

Preguntas frecuentes:

¿Qué debería pagar?

Los miembros del plan que van a instalaciones dentro de la red solo tienen que pagar por el costo compartido de la red (copagos, coseguro o deducibles). Los miembros 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 profesionales de atención médica que un plan de salud contrata para proporcionar servicios de atención médica a sus miembros. Estos profesionales son llamados “profesionales de salud de la red”, “profesionales contratados” o “profesionales dentro de la red”. Un profesional que no está contratado por su plan de salud se conoce como “profesional fuera de la red” o “profesionales 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 un cargo inesperado y ya la pagué?

Si recibió un cargo inesperado 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 médico u otro profesional de salud que deje de mandarle cargos. 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 DMHC, el departamento que supervisa y regula a los planes de salud, o DMHC por sus siglas en inglés.

Puede presentar una reclamación en el sitio de internet www.HealthHelp.ca.gov o comunicarse al **1-888-466-2219**.

¿La nueva ley es para todos?

La ley protege a las personas en planes de salud regulados por el Department of Managed Health Care (DMHC) o el California Department of Insurance. Si usted no sabe qué tipo de plan tiene, puede llamar al Centro de Ayuda del DMHC al **1-888-466-2219** para pedir ayuda.

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

Si tiene un plan de salud con beneficios para acceder profesionales fuera de la red, tal como una Organización de Proveedores Preferidos (Preferred Provider Organization, PPO), aún puede acudir con un profesional 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 profesional dentro de la red a bajo costo. El formulario debe estar en su idioma.

¹ 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.