

# ACTA DE NO SORPRESA - ESTIMACIÓN DE BUENA FE

USTED TIENE DERECHO A RECIBIR UNA "ESTIMACIÓN DE BUENA FE"  
EXPLICANDO CUÁNTO COSTARÁ SU ATENCIÓN MÉDICA



Según la ley, los proveedores de atención médica deben dar a **los pacientes que no tienen seguro o que no están usando seguro** (pagando el costo total) una estimación de la factura de artículos y servicios médicos.

- Usted tiene derecho a recibir una estimación de buena fe por el costo total anticipado de cualquier artículo o servicio que no sea **de emergencia dentro de los 3 días hábiles posteriores a la cita si la cita se programa con 10 días hábiles de anticipación**. Esto puede incluir costos relacionados con servicios como pruebas médicas, medicamentos recetados, equipo y gastos hospitalarios.
- Asegúrese de que su proveedor de atención médica le dé un Estimado de Buena Fe por escrito al menos 1 día hábil antes de su servicio médico si programa una cita dentro de los 9 días de anticipación o si solicitó un estimado de buena fe sin programar cita, 3 días después de su solicitud. También puede pedirle a su proveedor de atención médica, y a cualquier otro proveedor que elija, un presupuesto de buena fe antes de programar un artículo o servicio.
- Si recibe una factura que es de al menos \$400 más que su Estimación de Buena Fe, puede disputar la factura.
- Asegúrese de guardar una copia o imagen de su Estimación de Buena Fe.

Para preguntas o más información sobre su derecho a un estimado de buena fe, visite [www.cms.gov/nosurprises](http://www.cms.gov/nosurprises) o comuníquese con el Departamento de Facturación al: Dean Dorton Health Solutions al 502-916-3158. **Para disputas**, puede solicitar un Formulario de Quejas de la oficina para iniciar el proceso de disputa si cree que se le han cobrado más de la cantidad que se le otorgó en la Estimación de Buena Fe por un servicio (s) que le proporcionó Triad Health Systems, Inc.

## ¿Cuáles son las nuevas protecciones?

Para los consumidores que obtienen cobertura a través de su empleador (incluido un gobierno federal, estatal o local), a través del Mercado® de Seguros Médicos o directamente a través de un plan de salud individual, a partir de **enero de 2022**, estas reglas:

- Prohibir la facturación sorpresa para los servicios de emergencia. Los servicios de emergencia, incluso si se proporcionan fuera de la red, deben de estar cubiertos a una tarifa dentro de la red sin necesidad de autorización previa.
- Prohibir la facturación de saldos y el costo compartido fuera de la red (como coseguros o copagos fuera de la red) para servicios de emergencia y ciertos servicios que no son de emergencia. En estas situaciones, el costo del consumidor por el servicio no puede ser más alto que si estos servicios fueran proporcionados por un proveedor dentro de la red, y cualquier coseguro o deducible debe basarse en las tarifas del proveedor dentro de la red.
- Prohibir los cargos fuera de la red y la facturación del saldo de la atención auxiliar (como un anesthesiólogo o un cirujano asistente) por parte de proveedores fuera de la red en un centro dentro de la red.
- Prohibir ciertos otros cargos fuera de la red y la facturación del saldo sin previo aviso. Los proveedores e instalaciones de atención médica deben proporcionar a los consumidores un aviso al consumidor en lenguaje sencillo que explique que se requiere el consentimiento del paciente para obtener atención fuera de la red antes de que ese proveedor pueda facturar al consumidor.

Para los consumidores que no tienen seguro, estas reglas se aseguran de que cada individuo sepa cuánto costará su atención médica antes de recibirla, y podrían ayudar si el paciente recibe una factura que es más grande de lo esperado. Para obtener más información sobre las disputas de pago entre consumidores y proveedores sin seguro o que pagan por cuenta propia, visite:

<https://www.cms.gov/nosurprises/consumers/payment-disagreements>

**Las reglas no se aplican a las personas con cobertura a través de programas como Medicare, Medicaid, Indian Health Services, Veterans Affairs Health Care o TRICARE** porque estos programas tienen otras protecciones contra facturas médicas elevadas.