

A partir del 1° de enero de 2022, usted tiene derecho a recibir un “Estimado de Buena Fe”.



Un estimado de buena fe (GFE por sus siglas en inglés) explica sus gastos médicos previstos. El GFE se proporciona antes de una cita programada.

Por ley, los proveedores de servicios de salud necesitan dar a los **pacientes que no tienen seguro o que no usan su seguro**, un estimado de la factura por los artículos y servicios médicos que no son de emergencia. Esto incluye el costo previsto de los artículos y servicios como pruebas médicas, medicamentos recetados y equipo relacionado con el servicio programado de atención primaria.

El Estimado de Buena Fe no incluye los posibles costos debidos a complicaciones o circunstancias especiales que se encuentren durante el tratamiento, y no es un contrato de servicios.

A los pacientes no se les requiere que usen los servicios señalados en el Estimado de Buena Fe.

Se requieren Estimados de Buena Fe para los pacientes que:

- Programen su cita con 3 días de anticipación
- No tengan seguro médico
- No tengan cobertura para un servicio programado
- Prefieran pagar de su bolsillo y no usar la cobertura de su seguro

Los pacientes también pueden solicitar un Estimado de Buena Fe antes de programar cualquier servicio.

Eisner Health ofrece varias opciones de asistencia financiera.

Por favor contacte al departamento de facturación al (213) 342-3354 o envíe un email a billing@eisnerhealth.org.

Si usted recibe una factura que es por al menos \$400 más que su Estimado de Buena Fe, usted puede disputar la factura.

Si usted decide usar el proceso de resolución de disputas, debe comenzar el proceso de disputa en los siguientes 120 días calendario de la fecha del estado de cuenta original. Asegúrese de guardar una copia o foto de su Estimado de Buena Fe.

Para recibir respuesta a sus preguntas y obtener más información sobre su derecho a un Estimado de Buena Fe, visite cms.gov/multilingual-resources.



Sus Derechos y Protecciones Contra Facturas Médicas Sorpresa



Cuando usted recibe atención de emergencia o es atendido por un proveedor fuera de la red en un hospital o centro quirúrgico ambulatorio (que no requiere hospitalización) dentro de la red, usted está protegido contra facturas sorpresa o facturas del saldo.

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

Cuando usted ve a un médico u otro proveedor de salud, es posible que deba pagar ciertos costos de su bolsillo, como un copago, un coseguro y/o un deducible. También puede tener otros cargos o tenga que pagar la factura completa si visita a un proveedor o centro de salud que no es parte de la red de su plan de salud.

“Fuera de la red” describe a los proveedores y centros que no han firmado un contrato con su plan de salud. A los proveedores fuera de la red se les puede permitir facturarle a usted la diferencia entre lo que su plan estuvo de acuerdo en pagar, y la cantidad total cobrada por el servicio. Esto se llama “facturación del saldo.” Esta cantidad probablemente es superior a los costos dentro de la red por el mismo servicio, y puede no contar para su límite anual de los gastos de su bolsillo.

“Facturación sorpresa” es una factura inesperada del saldo. Esto puede ocurrir cuando usted no puede controlar quién está involucrado en su cuidado de salud, como cuando tiene una emergencia o cuando programa su visita en un centro dentro de la red, pero inesperadamente lo atiende un proveedor fuera de la red.

Usted está protegido contra facturación del saldo por:

Servicios de emergencia

Si usted tiene una condición médica de emergencia y recibe servicios de emergencia con un proveedor o en un centro fuera de la red, lo máximo que el proveedor o centro puede facturarle es la cantidad del costo compartido de su plan dentro de la red (como copagos y coseguro). A usted no se le puede facturar el saldo por estos servicios de emergencia. Esto incluye servicios que puede recibir después de que esté en condición estable, a menos que usted dé su consentimiento por escrito y renuncie a sus protecciones para que no se le facture el saldo de estos servicios posteriores a su estabilización.

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

Cuando usted recibe servicios de un hospital o centro quirúrgico ambulatorio, algunos proveedores pueden estar fuera de la red. En estos casos, lo máximo que esos proveedores pueden facturarle es el costo compartido de su plan dentro de la red. Esto se aplica a los servicios de emergencia de medicamentos, anestesia, patología, radiología, laboratorio, neonatología, asistente del cirujano, hospitalista o intensivista.

Estos proveedores no pueden facturarle el saldo y no pueden pedirle que renuncie a sus protecciones para que no le facturen el saldo.

Si recibe otros servicios en estos centros dentro de la red, los proveedores fuera de la red no pueden facturarle el saldo a menos que usted dé su consentimiento por escrito y renuncie a sus protecciones.

Usted nunca está obligado a renunciar a su protección contra la facturación del saldo. Tampoco está obligado a recibir atención fuera de la red. Usted puede elegir un proveedor o centro de la red de su plan.

- Usted solo es responsable de pagar su parte del costo (como los copagos, coseguro y un deducible que pagaría si el proveedor o el centro estuvieran dentro de la red).
- Su plan de salud paga directamente a los proveedores y centros fuera de la red.
- En general, su plan de salud debe:
 - Cubrir servicios de emergencia sin requerir que usted obtenga la aprobación de los servicios por adelantado (autorización previa).
 - Cubrir servicios de emergencia de proveedores fuera de la red.
 - Basar lo que usted debe al proveedor o centro (costo compartido) en lo que pagaría a un proveedor o centro dentro de la red y mostrar esa cantidad en su explicación de los beneficios.
 - Contar cualquier monto que usted pague por servicios de emergencia o fuera de la red para su deducible y su límite de gastos de bolsillo.

Si usted cree que se le ha facturado erróneamente, puede contactar al servicio de ayuda No Sorpresas de los Centros de Servicios y Medicaid al **(800) 985-3059**.

Visite dmhc.ca.gov o llame al **(888) 466-2219** para más información sobre sus derechos bajo la ley estatal de California.