

Ley de facturación sin sorpresas (*No Surprises Act*)

Artículos 102, 104 y 105 (*Sections 102, 104, & 105*)

¿Qué es la ley de facturación sin sorpresas? <i>What is the No Surprises Act?</i>	
<p>La ley de facturación sin sorpresas (<i>No Surprises Act</i>, <i>NSA</i>) establece protecciones y directrices de la industria nuevas contra las facturas médicas sorpresa y otros servicios, a partir del 1 de enero de 2022. <i>(The No Surprises Act (NSA) establishes new protections and industry guidance against surprise medical bills and other services, beginning on or after January 1, 2022.)</i></p> <p>Las siguientes disposiciones están vigentes: <i>The following provisions are currently effective)</i></p>	
facturas médicas sorpresa <i>(Surprise medical bills)</i>	<p>También conocidas como facturas de saldo, surgen cuando se recibe atención por parte un proveedor fuera de la red (<i>out-of-network</i>, <i>OON</i>) (hospital, médicos, etc.), cuando es de emergencia o está fuera de control (no se aplica al transporte en ambulancia terrestre). <i>(Also known as balance bills, arise when care is received by an out-of-network (OON) provider (hospital, doctors, etc.), when emergent or out-of-control (ground ambulance transportation does not apply).)</i></p>
¿A qué servicios se aplican los artículos 102 y 104 de la ley de facturación sin sorpresas? <i>(What services does Sections 102 & 104 of the No Surprises Act apply to?)</i>	<p>Cualquier servicio o servicios de emergencia prestados por un proveedor <i>OON</i> que se realicen en un centro dentro de la red (como un anestesiólogo o un médico tratante) no estarán sujetos a ninguna facturación sorpresa. <i>(Any emergent service or services rendered by an OON provider which are performed at an in-network facility (such as an anesthesiologist or attending physician) will not be subject to surprise billing.)</i></p>
	<p>Estos servicios estarán cubiertos al costo compartido dentro de la red y se aplicarán a cualquier deducible dentro de la red y desembolso máximo correspondiente. <i>(These services will be covered at the in-network cost-sharing and apply toward any applicable in-network deductible and out-of-pocket maximum.)</i></p>
	<p>Situación de ejemplo: <i>(Example situation)</i></p> <p>Usted programa una colonoscopia de rutina en un centro dentro de la red. Para el procedimiento, usted consulta con un anestesiólogo <i>OON</i>. El anestesiólogo no puede facturar el saldo de la diferencia entre los cargos facturados y el costo compartido del plan/miembro. <i>(You schedule a routine colonoscopy at an in-network facility. For the procedure, you see an OON anesthesiologist. The anesthesiologist cannot balance bill the difference between billed-charges and the plan/member cost-sharing.)</i></p> <p>**Consulte la excepción a esta regla que se encuentra más adelante** <i>(**See the below exception to this rule**)</i></p>

<p>¿Aún se les permite a los proveedores fuera de la red facturar saldos? (Are out-of-network providers still permitted to balance-bill?)</p>	<p>¡Sí! Los proveedores deben avisar a los miembros con anticipación que los servicios son OON y deben obtener su consentimiento. Si el miembro presta su consentimiento, el proveedor OON puede facturar el saldo. Los servicios estarán cubiertos al costo compartido OON y se aplicarán a cualquier deducible y desembolso máximo OON aplicable.</p> <p><i>(Yes! Providers must give members advanced notice that services are OON and obtain consent. If the member gives consent, the OON provider may balance-bill. Services will be covered at the OON cost-sharing and apply toward any applicable OON deductible and out-of-pocket maximum.)</i></p> <p>El aviso por adelantado debe incluir una estimación de los cargos al menos 72 horas antes de los servicios (si no son de emergencia) o inmediatamente después del aviso de un servicio.</p> <p><i>(The advance notice must include an estimate of charges at least 72 hours prior to services (if non-emergent) or immediately upon notice of a service.)</i></p> <p>Conforme a la situación de ejemplo de arriba: <i>(Using the Example Situation from above)</i></p> <hr/> <p>Si el anestesiólogo OON le avisó con anticipación y usted prestó su consentimiento, podría estar sujeto a la facturación del saldo. El consentimiento debe acompañar el reclamo y se debe guardar una copia para sus registros.</p> <p>Si se niega, es posible que se cancele o retrase la colonoscopia hasta que se pueda programar una cita con un anestesiólogo dentro de la red.</p> <p><i>(If the OON anesthesiologist provided you with advanced notice and you provided consent, you could be subject to balance-billing. Consent should accompany the claim and a copy should be kept for your records. If you decline, the colonoscopy may be cancelled or delayed until an in-network anesthesiologist can be scheduled.)</i></p>
--	--

<p align="center">Ambulancia aérea (Air Ambulance)</p>	
<p>Ley de facturación sin sorpresas: artículo 105: servicios de ambulancia aérea (The No Surprises Act – Section 105: Air ambulance services)</p>	<p>Los miembros están exentos de responsabilidad por las facturas sorpresa de ambulancias aéreas y solo deberán pagar el costo compartido dentro de la red. Los proveedores tienen prohibido la facturación de saldos. No se aplicará el aviso por adelantado ni el consentimiento.</p> <p><i>(Members are held harmless from surprise air ambulance bills and will only be required to pay the in-network cost-sharing. Providers are barred from balance billing. Advanced notice and consent will not apply.)</i></p>

Ley de facturación sin sorpresas (*No Surprises Act*)

Artículo 113: continuidad de la atención (*Section 113: Continuity of Care*)

¿Qué es la continuidad de la atención? <i>(What is Continuity of Care?)</i>	
<p>La continuidad de la atención tiene lugar cuando un miembro está recibiendo tratamiento por una afección grave o compleja (por ejemplo, cáncer, embarazo, enfermedad terminal, cirugía programada no electiva) y su proveedor ya no está dentro de la red. Esto puede ocurrir en los siguientes casos: <i>(Continuity of care occurs when a member is undergoing treatment for a serious or complex condition (for example, cancer, pregnancy, terminal illness, scheduled non-elective surgery) and their provider is no longer in-network. This can occur if)</i></p> <ul style="list-style-type: none">• El proveedor ya no presta servicios en la red actual del plan; o <i>(the provider terminates with the plan's current network; or)</i>• El plan comienza a acceder a una nueva red de proveedores <i>(the plan begins accessing a new provider network).</i>	
¿Por cuánto tiempo puede el miembro seguir recibiendo la atención? <i>(How long can member continue to receive care?)</i>	<p>El miembro puede usar los servicios a través de su (ahora) proveedor fuera de la red hasta por 90 días. Los 90 días comienzan en la fecha del "suceso", ya sea la fecha en que el proveedor no presta más los servicios o de entrada en vigor del nuevo plan cuando cambia la red del miembro.</p> <p>Los reclamos deben continuar procesándose como dentro de la red. <i>(The member may continue to utilize services through their (now) out-of-network (OON) provider for up to 90 days. The 90-day clock starts upon the "event" date — either provider termination or new plan effective date when member's network changes. Claims should continue to be processed as in-network.)</i></p>
¿Qué sucede después de los 90 días? <i>(What happens after the 90 days?)</i>	<p>El miembro debe buscar un proveedor nuevo dentro de la red.</p> <p>Después de 90 días, si el miembro elige ver al proveedor OON, este será responsable del costo compartido del servicio OON y se le puede facturar el saldo de la diferencia. <i>(The member will need to find a new in-network provider. After 90 days, if the member chooses to see the OON provider, the member will be responsible for the OON cost-sharing and may be balance billed the difference.)</i></p>
¿Cómo avisar a Nova sobre una posible situación de continuidad de la atención? <i>(How to notify Nova of a potential Continuity of Care situation?)</i>	<p>Usted o su proveedor debe completar un formulario de continuidad de la atención (que se encuentra en la pestaña del Centro de conocimientos: recursos para miembros en www.novahealthcare.com) para identificar una situación potencial de continuidad de la atención. Una vez que se completen ambas páginas, se debe enviar el formulario a Nova para su revisión, como se indica en la parte inferior del formulario. <i>(A Continuity of Care Form (found in the Knowledge Center: Member Resources tab on www.novahealthcare.com) must be completed by you and your provider, to identify a potential Continuity of Care situation. Once both pages are completed, the form should be sent to Nova for review, as indicated on the bottom of the form.)</i></p>

**¿Qué sucede si no se ha visto al miembro recientemente?
(What if the member has not been seen recently?)**

Si el miembro se cambia de una red a otra y no ha visitado a su (ahora) proveedor fuera de la red dentro de los 90 días, esas visitas se procesarán como fuera de la red, se aplicará el costo compartido del servicio OON aplicable del plan y es posible que se le facture el saldo al miembro.
(If the member moves from one network to another and hasn't visited their (now) out-of-network provider within 90 days, those visits will be processed as out-of-network, the plan's applicable OON cost-sharing will apply, and the member may be balance billed.)

Preguntas: (Questions)

Si tiene preguntas o si considera que está recibiendo atención para una afección grave o compleja y su proveedor ahora se considera fuera de la red, envíe un correo electrónico a UMRequests@novahealthcare.com con el asunto "Ley de facturación sin sorpresas" o llame al número de servicio al cliente de Nova que se encuentra en su tarjeta de identificación.

(If you have any questions or if you believe you are receiving care for a serious or complex condition and your provider is now considered out-of-network, please email UMRequests@novahealthcare.com with the subject "No Surprises Act" or call Nova's Customer Service number on your ID card.)



Ley de facturación sin sorpresas (*No Surprises Act*)

Formulario de continuidad de la atención (*Continuity of Care Form*)

IMPRIMA toda la información con claridad
(Please clearly PRINT all information)

Opciones para devolver este formulario de 2 páginas
(Options to return this 2-page form)

Correo:

(Mail) Nova Healthcare Administrators
PO Box 1543, Buffalo, NY 14231

Fax: (716) 250-7170, Attn.: Medical Management

Correo electrónico:

(Email) UMRequests@novahealthcare.com,

Asunto: Continuidad de la atención conforme a la ley de facturación sin sorpresas

(Subject: *No Surprises Act Continuity of Care*)

EL MIEMBRO DEBE COMPLETAR ESTA SECCIÓN
(THIS SECTION TO BE COMPLETED BY MEMBER)

1	Nombre: (Name)	Número de identificación de miembro: (Member ID number)	Fecha de nacimiento: (Date of birth)
2	Dirección: (Address)	Ciudad: (City)	Estado/código postal: (State/zip)
3	Número de teléfono del hogar: (Home phone)	Número de celular: (Cell phone)	Número de teléfono del trabajo: (Work phone)
4	Nombre del empleador: (Employer name)	Inscripción en el plan del empleador: (Employer plan enrollment)	
5	Relación del miembro con el empleado: (Member's relationship to employee) <input type="checkbox"/> Es usted (Self) <input type="checkbox"/> Cónyuge (Spouse) <input type="checkbox"/> Dependiente (Dependent) <input type="checkbox"/> Otro (Other)	¿Está el miembro actualmente cubierto por otra compañía de seguros de salud? (Is the member currently covered by other health insurance carrier?) <input type="checkbox"/> Sí (Yes) <input type="checkbox"/> No (No) En caso afirmativo, nombre del transportista: (If yes, carrier name)	
6	Compañía de seguro de salud y nombre del plan anteriores: (Previous health insurance company and plan name)	Fecha de finalización de la cobertura: (Date coverage ended)	¿Se seguía ofreciendo el plan de salud anterior? (Was previous health plan still offered?) <input type="checkbox"/> Sí (Yes) <input type="checkbox"/> No (No)

Afección médica por la cual está completando esta solicitud: (Medical condition for which you are completing this application)

(complete un formulario para cada afección/proveedor) (complete one form for each condition/provider)

7	<input type="checkbox"/> Estoy embarazada o estoy recibiendo atención posparto. (I am pregnant or am receiving post-partum care.) <input type="checkbox"/> Recibo atención ambulatoria a largo plazo por afecciones como, entre otras, cáncer o diálisis. (I am receiving outpatient care on a long-term basis for conditions such as, but not limited to, cancer or dialysis.) <input type="checkbox"/> Recibo atención domiciliaria o servicios de cuidados paliativos. (I am receiving home care or hospice services.) <input type="checkbox"/> Veo a un médico de forma regular (una vez al mes) para controlar activamente una afección no estable. (I am seeing a physician regularly (once per month) to actively manage a condition that is not stable.) <input type="checkbox"/> Soy un candidato o receptor de trasplante que necesita atención continua debido a complicaciones asociadas con el trasplante. (I am a transplant candidate or recipient in need of ongoing care due to complications associated with the transplant.) <input type="checkbox"/> Tengo una próxima cirugía (no opcional) programada y autorizada. (I have an upcoming (non-elective) surgery scheduled and authorized.) <input type="checkbox"/> Me están tratando como paciente hospitalizado (hospital, enfermería especializada o centro de rehabilitación). (I am being treated inpatient (hospital, skilled nursing, or rehabilitation facility).) <input type="checkbox"/> Tengo equipo médico duradero (durable medical equipment, DME) en el hogar (como oxígeno, silla de ruedas, etc.) pagado por mi plan médico. (I have durable medical equipment (DME) in the home (such as oxygen, wheelchair, etc.) paid for by my medical plan.) <input type="checkbox"/> Otro (Otro)
---	---

8	Afección, servicios o tratamiento que recibe, o tipo de DME: (<i>Condition, services or treatment receiving, or type of DME</i>)		
9	Médico, cirujano u obstetra/ginecólogo (<i>Physician, surgeon, or OB/GYN</i>)	Nombre: (<i>Name</i>)	Dirección: (<i>Address</i>) Teléfono: (<i>Phone</i>)
10	Hospital, agencia, centro o proveedor de DME (<i>Hospital, agency, facility, or DME supplier</i>)	Nombre: (<i>Name</i>)	Dirección: (<i>Address</i>) Teléfono: (<i>Phone</i>)
11	Fecha de cirugía, trasplante, admisión o parto (si corresponde): (<i>Date of surgery, transplant, admission, or delivery (if applicable)</i>)		

Certificación de miembros y autorización para la divulgación de registros:
(*Member certification and authorization to release records*)

Certifico que todas las declaraciones en este y todos los documentos adjuntos son verdaderas y correctas y están completas a mi leal saber y entender. Autorizo a todos los médicos y otros profesionales de la salud, centros o proveedores de servicios médicos a proporcionar a Nova Healthcare Administrators, Inc., o a sus representantes o empleados, toda la información relacionada con la atención médica, el asesoramiento, el tratamiento o los suministros para los miembros mencionados antes. Esta información se usará para determinar la elegibilidad del miembro para los beneficios de la ley de facturación sin sorpresas: continuidad de la atención en virtud del plan.

(*I certify that all statements on this and all accompanying documents are true, correct, and complete to the best of my knowledge and belief. I authorize all physicians and other health care professionals, facilities or medical service providers to provide Nova Healthcare Administrators, Inc., or its agents or employees, all information concerning medical care, advice, treatment or supplies for the member names above. This information will be used to determine the member's eligibility for the No Surprises Act - Continuity of Care benefits under the plan.*)

También autorizo a Nova Healthcare Administrators, Inc. a dejar información confidencial en mi correo de voz en los números que figuran arriba.
(*I also authorize Nova Healthcare Administrators, Inc. to leave confidential information on my voicemail at the number(s) listed above.*)

Indique todos los que correspondan: (*Please indicate all that apply*) ____ Hogar (*Home*) ____ Celular (*Cell*) ____ Trabajo (*Work*) ____ **NO** dejar información confidencial en mi buzón de voz. (*Do NOT leave confidential information on my voicemail.*)

Nombre en letra de molde de la persona que responde:
(*Printed name of person responding*)

Firma del miembro/firma del padre, madre o tutor si el miembro es menor de edad: (<i>Member's signature/parent or guardian's signature if member is a minor</i>)	Fecha de la firma: (<i>Date of signature</i>)

Solicitud de transición de la atención/continuidad de la atención
(Continuity of Care/Transition of Care Application)

**EL PROVEEDOR DE SALUD DEBE COMPLETAR ESTA SECCIÓN
(THIS SECTION TO BE COMPLETED BY HEALTHCARE PROVIDER)**

12	Nombre: (Name)	Identificador de proveedor nacional o número de identificación del contribuyente: (National Provider Identifier (NPI) or TIN:)	Teléfono: (Phone)
13	Dirección: (Address)	Ciudad: (City)	Estado/código postal: (State/zip)
14	Nombre del hospital: (Hospital name)		Número de teléfono del hospital: (Hospital phone number)
15	Fecha de la última cita: (Date of last appointment)	Fecha de la próxima cita: (Date of next appointment)	Frecuencia de visitas: (Frequency of visits)
16	Diagnóstico: (Diagnosis)	Duración prevista del tratamiento: (Expected length of treatment)	En caso de maternidad: (If maternity) Fecha prevista de parto:
17	<p>¿El tratamiento es para una exacerbación de una lesión previa o una afección crónica? (Is the treatment for an exacerbation of a previous injury or chronic condition?) _____ Sí (Yes) _____ No (No)</p> <p>¿Tiene el miembro una afección terminal? (Does the member have a terminal condition?) _____ Yes (Yes) _____ No (No) ICD-10:</p>		
18	<p>Tratamientos y comentarios actuales (incluya todos los códigos CPT relevantes) asociados con la afección en esta solicitud: (Current treatments and comments (include all relevant CPT codes) associated with condition on this application)</p> <p>Adjunte lo siguiente: informe de consulta inicial del de los proveedores tratantes, el plan de tratamiento actual y las últimas tres notas de progreso. (Please attach: Initial consult report from the treating provider(s), current treatment plan, and last three progress notes.)</p>		
19	<p>¿Cuál es la tarifa actual dentro de la red que recibe por estos servicios? (What is the current in-network rate you receive for these services?)</p>		

El paciente mencionado es miembro de Nova Healthcare Administrators, Inc. Entendemos que usted no es, o pronto dejará de ser, un proveedor participante en la red del miembro. El miembro ha solicitado que, durante un tiempo específico, tratemos los reclamos por la afección definida en la página 1 como dentro de la red en virtud del plan de beneficios del miembro para los servicios cubiertos que brinda como proveedor no participante. Esto se debe a una afección que califica. Si aprobamos esta solicitud, usted acepta (1) brindar el servicio cubierto durante el tiempo definido, incluida cualquier atención de seguimiento cubierta por el plan del miembro, y (2) si corresponde, los términos y condiciones de su participación seguirán aplicándose al servicio cubierto, incluida cualquier atención de seguimiento cubierta por el plan del miembro. Tenga en cuenta lo siguiente:

- Si corresponde, el pago conforme a su acuerdo de participación, junto con cualquier copago o deducible por el cual el miembro es responsable en virtud del plan, es el pago total del servicio cubierto y no buscará recuperar ni aceptará ningún pago del miembro, Nova Healthcare Administrators, Inc., o cualquier pagador o cualquier persona que actúe en su nombre, en exceso del pago total, al margen de si dicho importe es menor que su cargo facturado o habitual.
- Previa solicitud y aprobación del paciente, compartirá información sobre el tratamiento del miembro con Nova Healthcare Administrators, Inc.
- Si corresponde, hará derivaciones para servicios, incluidos servicios de laboratorio, a proveedores de la red de acuerdo con los términos de su acuerdo de participación. Si tiene alguna pregunta sobre los proveedores dentro de la red, comuníquese con servicios para proveedores en la tarjeta de identificación de su paciente.

(The above-named patient is a Nova Healthcare Administrators, Inc. member. We understand you are not, or soon will not be, a participating provider under the member's Network. The member has asked that for a defined period of time, we treat claims for the condition defined on Page 1 as In-Network under the member's benefit plan for the covered services you provide as a non-participating provider. This is because of a qualifying condition. If we approve this request, you agree (1) to provide the covered service for the defined period of time, including any follow-up care covered under the member's plan, and (2) if applicable, the terms and condition of your participation will continue to apply to the covered service, including any follow-up care covered under the member's plan. Please note the following:

· If applicable, payment under your participation agreement, together with any copayment or deductible for which the member is responsible under the plan, is payment in full for the covered service and you will not seek to recover, and will not accept any payment from, the member, Nova Healthcare Administrators, Inc., or any payer or anyone acting on their behalf, in excess of payment in full, regardless of whether such amount is less than your billed or customary charge.

· Upon request and approval of the patient, you will share information regarding the member's treatment with Nova Healthcare Administrators, Inc.

· If applicable, you will make referrals for services including laboratory services to network providers in accordance with the terms of your participation agreement. For any questions on providers within network, please contact Provider Services on your patient's ID card.)

Firma del profesional de la salud:
(Signature of Health Care Professional)

Fecha de la firma:
(Date of signature)

Devuelva este formulario de 2 páginas a través de uno de los siguientes:

Correo	Correo electrónico	Fax
Nova Healthcare Administrators, Inc. Attn.: Medical Management Department PO Box 1543 Buffalo NY 14231	UMRequests@novahealthcare.com Asunto: Solicitud de continuidad de la atención conforme a la ley de facturación sin sorpresas aplicable <i>(Subject: No Surprises Act Continuity of Care Application)</i>	716-250-7170 Attn.: Medical Management Department

AVISO DE CONFIDENCIALIDAD:

(CONFIDENTIALITY NOTICE)

Esta información que ha recibido puede contener información médica protegida y privilegiada, altamente confidencial, información personal y de salud (información de salud protegida) o información legal. Solo la persona o entidad mencionada puede usar dicha información. Si usted no es el destinatario previsto de este material, no puede usarlo, publicarlo, debatirlo, diseminarlo o distribuirlo de ninguna manera. Si ha recibido esta información por error, notifique al remitente de inmediato y destruya de forma confidencial la información que se le envió por error.

(This information you have received may contain protected and privileged, highly confidential medical information, Personal and Health Information (PHI), and/or legal information. The information is intended only for the use of the individual or entity named above. If you are not the intended recipient of this material, you may not use, publish, discuss, disseminate or otherwise distribute it. If you have received this information in error, please notify the sender immediately and confidentially destroy the information that was sent in error.)