

Your Rights and Protections Against Surprise Medical Bills

When you get emergency care or get treated by an out-of-network provider at an in-network hospital or ambulatory surgical center, you are protected from surprise billing or balance billing.

What is “balance billing” (sometimes called “surprise billing”)?

When you see a doctor or other health care provider, you may owe certain out-of-pocket costs, like a copayment, coinsurance, or deductible. You may have additional costs or have to pay the entire bill if you see a provider or visit a health care facility that isn't in your health plan's network.

“Out-of-network” means providers and facilities that haven't signed a contract with your health plan to provide services. Out-of-network providers may be allowed to bill you for the difference between what your plan pays and the full amount charged for a service. This is called “**balance billing.**” This amount is likely more than in-network costs for the same service and might not count toward your plan's deductible or annual out-of-pocket limit.

“Surprise billing” is an unexpected balance bill. This can happen when you can't control who is involved in your care—like when you have an emergency or when you schedule a visit at an in-network facility but are unexpectedly treated by an out-of-network provider. Surprise medical bills could cost thousands of dollars depending on the procedure or service.

You're protected from balance billing for:

Emergency services

If you have an emergency medical condition and get emergency services from an out-of-network provider or facility, the most they can bill you is your plan's in-network cost-sharing amount (such as copayments, coinsurance, and deductibles). You **can't** be balance billed for these emergency services. This includes services you may get after you're in stable condition unless you give written consent and give up your protections not to be balance billed for these post-stabilization services.

Certain services at an in-network hospital or ambulatory surgical center

When you get services from an in-network hospital or ambulatory surgical center, certain providers there may be out-of-network. In these cases, the most those providers can bill you is your plan's in-network cost-sharing amount. This applies to emergency medicine, anesthesia, pathology, radiology, laboratory, neonatology, assistant surgeon, hospitalist, or intensivist services. These providers **can't** balance bill you and may **not** ask you to give up your protections not to be balance billed.

If you get other types of services at these in-network facilities, out-of-network providers can't balance bill you, unless you give written consent and give up your protections.

You're never required to give up your protections from balance billing. You also aren't required to get out-of-network care. You can choose a provider or facility in your plan's network.

When balance billing isn't allowed, you also have these protections:

- You're only responsible for paying your share of the cost (like the copayments, coinsurance, and deductible that you would pay if the provider or facility was in-network). Your health plan will pay any additional costs to out-of-network providers and facilities directly.
- Generally your health plan must:
 - Cover emergency services without requiring you to get approval for services in advance (also known as "prior authorization").
 - Cover emergency services by out-of-network providers.
 - Base what you owe the provider or facility (cost-sharing) on what it would pay an in-network provider or facility and show that amount in your explanation of benefits.
 - Count any amount you pay for emergency services or out-of-network services toward your in-network deductible and out-of-pocket limit.

If you think you've been wrongly billed, contact 831-464-5409.

Visit www.cms.gov/nosurprises for more information about your rights under federal law.

Sus Derechos y Protecciones Contra Facturas Médicas Sorpresa

Cuando usted recibe cuidados de emergencia o le atiende un proveedor médico que no pertenece a la red en un hospital o centro de cirugía ambulatoria de la red, usted está protegido contra facturas o facturaciones del saldo sorpresa.

¿Qué es «facturación del saldo» (en ocasiones llamada «facturación sorpresa»)?

Cuando le atiende un médico u otro proveedor médico, es posible que deba pagar ciertos costos mediante desembolso directo, como copagos, coaseguros o deducibles. Es posible que tenga otros gastos o tenga que pagar toda la factura si le atiende un proveedor o visita un centro médico que no pertenezca a su red de plan de salud.

El término «fuera de la red» se refiere a proveedores y centros médicos que no tienen contrato con su plan de salud. Los proveedores médicos fuera de la red pueden tener autorización para facturarle por la diferencia entre lo que su plan de salud acepta pagar y la cantidad total facturada por el servicio. A esto se le llama «**facturación del saldo**». Es muy probable que este importe sea superior a los costos dentro de la red por el mismo servicio y podría no considerarse para su límite anual de desembolso directo.

«La facturación sorpresa» es una factura inesperada del saldo. Esto puede suceder cuando usted no puede controlar quién participa en sus cuidados médicos; por ejemplo, cuando va a emergencias o programa una cita en un centro médico de la red, pero inesperadamente le atiende un proveedor médico que no pertenece a la red.

Usted está protegido contra la facturación del saldo para:

Servicios de emergencia

Si usted tuviera una emergencia médica y recibe los servicios de emergencia de un proveedor centro médico que no pertenece a la red, el importe máximo que puede facturarle ese proveedor o centro médico es el importe de costos compartidos de su plan de salud (como los copagos y coaseguros). A usted no le pueden facturar el saldo por estos servicios de emergencia. Esto incluye los servicios que usted pueda obtener después de que se encuentre en condición estable, excepto si usted da su consentimiento por escrito y renuncia a sus protecciones para que no le facturen el saldo por estos servicios post estabilización.

Algunos servicios en hospitales y centros de cirugía ambulatoria de la red

Cuando usted recibe servicios de un hospital o centro de cirugía ambulatoria de la red, es posible que haya proveedores médicos que no pertenezcan a la red. En estos casos, lo más que estos proveedores pueden facturarle es la cantidad de costos compartidos dentro de la red de su plan de salud. Esto aplica a la medicina de emergencia, anestesia, patología, radiología, laboratorios, neonatología, auxiliares de

cirugía, medicina hospitalaria y servicios de terapia intensiva. Estos proveedores **no pueden** facturarle el saldo y **no pueden** pedirle renunciar a sus protecciones contra la facturación del saldo.

Si usted recibiera otros servicios en estos centros de la red, los proveedores que no pertenezcan a la red **no pueden** facturarle el saldo, excepto si usted da su consentimiento por escrito y renuncia a sus protecciones.

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

Cuando no se permite la facturación del saldo, usted también cuenta con las siguientes protecciones:

- Usted es responsable solamente de pagar su parte de los costos (por ejemplo, los copagos, coaseguros y deducibles que pagaría a un proveedor o centro médico de la red). Su plan de salud pagará directamente a los proveedores y centros médicos fuera de la red.
- Por lo general, su plan de salud tiene que:
 - Cubrir los servicios de emergencia sin exigirle obtener aprobación a priori para los servicios (autorización previa).
 - Cubrir los servicios de emergencia prestados por proveedores médicos fuera de la red.
 - Calcular lo que usted debe al proveedor o centro médico (costo compartido) en base a lo que usted pagaría a un proveedor o centro médico de la red y reflejar ese importe en la explicación de sus beneficios.
 - Incluya cualquier importe que usted pague por los servicios de emergencia o por servicios fuera de la red a favor de su límite de deducible o pago por cuenta propia.

Si usted cree que le han facturado en forma incorrecta, puede ponerse en contacto 831-464-5409

Vaya en línea a www.cms.gov/nosurprises para obtener más información sobre sus derechos al amparo de la legislación federal.