

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, such as a copayment, coinsurance, and/or a deductible. You may have other 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” describes providers and facilities that haven’t signed a contract with your health plan. Out-of-network providers may be permitted to bill you for the difference between what your plan agreed to pay 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 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.

You are 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 the provider or facility may bill you is your plan’s in-network cost-sharing amount (such as copayments and coinsurance). 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 may 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 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 care out-of-network. You can choose a provider or facility in your plan’s network.

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

- You are only responsible for paying your share of the cost (like the copayments, coinsurance, and deductibles that you would pay if the provider or facility was in-network). Your health plan will pay out-of-network providers and facilities directly.
- Your health plan generally must:
 - Cover emergency services without requiring you to get approval for services in advance (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 deductible and out-of-pocket limit.

If you believe you've been wrongly billed, you may contact the federal No Surprises Help Desk at 800-985-3059. Visit <https://www.cms.gov/nosurprises> for more information about your rights under federal law.

Sus derechos y protecciones en contra facturas médicas sorpresa

Cuando recibe atención de emergencia o tratamiento por parte de un proveedor fuera de la red en un hospital o centro quirúrgico ambulatorio de la red, estará protegido de facturas sorpresa o cobros por saldo pendiente.

¿Qué es "cobro por saldo pendiente" (en ocasiones llamado "factura sorpresa")?

Cuando visita a un doctor u otro proveedor de atención médica, podría adeudar ciertos costos de bolsillo, como un copago, coaseguro, y/o deducible. Podría tener otros costos o tener que pagar toda la factura si ve a un proveedor o visita un centro de atención médica que no esté en la red de trabajo 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. Se le podría permitir a los proveedores fuera de la red cobrarle la diferencia entre lo que su plan aceptó pagar y el monto total cobrado por un servicio. Esto se llama "**cobro por saldo pendiente**." Es probable que este monto sea mayor a los costos dentro de la red por el mismo servicio y podría no contar para su límite de gastos de bolsillo anual.

La "factura sorpresa" es un cobro por saldo pendiente inesperado. Este puede suceder cuando no puede controlar quién participa en su atención, como cuando tiene una emergencia o cuando programa una visita a un centro dentro de la red pero lo trata inesperadamente un proveedor fuera de la red.

Está protegido del cobro por saldo pendiente por:

Servicios de emergencia

Si tiene una condición médica de emergencia y obtiene servicios de emergencia de un proveedor o centro fuera de la red, la cantidad máxima que el proveedor o el centro puede cobrarle es el monto de distribución de costos dentro de la red de su plan (como copagos y coaseguro). **No se le puede** cobrar el saldo por estos servicios de emergencia. Esto incluye servicios que puede obtener después de que se encuentre en una condición estable, a menos que dé su consentimiento por escrito y renuncie a sus protecciones para que no se le cobre el saldo por estos servicios posteriores a la estabilización.

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

Cuando obtiene servicios de un hospital o centro quirúrgico ambulatorio de la red, ciertos proveedores ahí podrían estar fuera de la red. En estos casos, lo máximo que esos proveedores pueden cobrarle es el monto de distribución de costos dentro de la red de su plan. Esto aplica a medicina de emergencia, anestesia, patología, radiología, laboratorio, neonatología, asistencia quirúrgica, medicina hospitalaria o cuidados intensivos. Estos proveedores **no pueden** cobrarle saldos pendientes y **no pueden** pedirle que renuncie a sus protecciones de no ser cobrado por el saldo.

Si recibe otros servicios en estos centros dentro de la red, los proveedores fuera de la red **no pueden** cobrarle saldos pendientes, a menos que brinde su consentimiento por escrito y renuncie a sus protecciones.

Nunca se le solicitará que renuncie a sus protecciones de cobros por saldos pendientes. Tampoco se le requiere obtener atención fuera de la red. Puede elegir un proveedor o centro en la red de su plan.

Cuando no se permite el cobro por saldos pendientes, también tiene las siguientes protecciones:

- Solo es responsable de pagar su distribución del costo (como los copagos, coaseguro y deducibles que pagaría si el proveedor o centro fuera de la red). Su plan de salud pagará a los proveedores y centros fuera de la red directamente.
- Su plan de salud generalmente debe:
 - Cubrir servicios de emergencia sin solicitarle que obtenga aprobación para los servicios por adelantado (previa autorización).
 - Cubrir los servicios de emergencia por los proveedores fuera de la red.
 - Determinar lo que adeuda al proveedor o al centro (distribución de costos) sobre lo que pagaría a un proveedor o centro dentro la red y mostrar dicho monto en su explicación de beneficios.
 - Contabilizar cualquier monto que paga por los servicios de emergencia o servicios fuera de red para efectos de su deducible y límite de gastos de bolsillo.

Si considera que le han cobrado incorrectamente, puede contactar a la Línea de Ayuda Federal de No Sorpresas al 800-985-3059. Visite <https://www.cms.gov/nosurprises> para obtener más información sobre sus derechos en virtud de la ley federal.