

Your Rights and Protections Against Surprise Medical Bills

Sus Derechos y Protecciones Ante Facturas Médicas Inesperadas



When you get emergency care or are treated by an out-of-network provider at an in-network hospital or ambulatory surgical center, you are protected from balance billing. In these cases, you shouldn't be charged more than your plan's copayments, coinsurance and/or deductible.

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.

The Knox-Keene Act prohibits balance billing for emergency care for HMOs and certain PPOs (Blue Shield and Anthem Blue Cross). California Assembly Bill 72 (AB 72) also prohibits balance billing by out-of-network physicians who perform non-emergency services at an in-network facility.

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, you may contact: California Department of Managed Care (DMHC): HealthHelp.ca.gov or 1 888 466 2219. California Department of Insurance (CDI): insurance.ca.gov/01-consumers/101-help/index.cfm or 1 800 927 4357.

Visit cms.gov/nosurprises for more information about your rights under federal law. Visit the following websites for more information about your rights under California's AB 72: DMHC: dmhc.ca.gov/portals/0/healthcareincalifornia/factsheets/fsab72.pdf CDI: insurance.ca.gov/01-consumers/110-health/60-resources/NoSurpriseBills.cfm

Quando recibe atención de emergencia o es tratado por un proveedor fuera de la red en un hospital o centro quirúrgico ambulatorio dentro de la red, está protegido de la facturación de balances. En estos casos, no se le cobrará más que los copagos, coaseguros y/o deducibles de su plan.

¿Qué es la “facturación de balances” (a veces llamada “facturación inesperada”)?

Quando vea a un médico u otro proveedor de atención médica, podría tener que pagar ciertos **gastos de su bolsillo**, como un **copago**, un **coaseguro** o **deducible**. Usted podría tener costos adicionales o tener que pagar la factura completa si visita a un proveedor o visita un centro de atención médica que no está en la red de su plan médico.

“Fuera de la red” significa proveedores e instalaciones que no han firmado un contrato con su plan médico para proporcionar servicios. Es posible que los proveedores fuera de la red puedan facturarle la diferencia entre lo que paga su plan y el importe total cobrado por un servicio. Esto se llama “**facturación de balances**.” Esta cantidad será probablemente mayor que los costos dentro de la red para el mismo servicio y podría no contar hacia el deducible de su plan o el límite anual de gastos de bolsillo.

“Facturación inesperada” es una factura de un balance inesperado. Esto puede ocurrir cuando usted no puede controlar quién está involucrado en su cuidado, como cuando tiene una emergencia o cuando programa una visita en un centro dentro de la red, pero es tratado inesperadamente por un proveedor fuera de la red. Las facturas médicas inesperadas podrían costar miles de dólares dependiendo del procedimiento o servicio.

Está protegido de la facturación de balances para:

Servicios de emergencia

Si usted tiene una condición médica de emergencia y recibe servicios de emergencia de un proveedor o instalación fuera de la red, lo más que le pueden facturar es la cantidad de costos compartidos dentro de la red de su plan (como copagos, coaseguro, y deducibles). Usted no podrá ser facturado por el balance de estos servicios de emergencia. Esto incluye los servicios que podría obtener después de estar en condición estable, a menos que dé su consentimiento por escrito

y renuncie a sus protecciones para no ser balanceado facturado por estos servicios post-estabilización.

La Ley Knox-Keene prohíbe la facturación de balances para la atención médica de emergencia de HMOs y ciertos PPOs (Blue Shield y Anthem Blue Cross). La Ley 72 de la Asamblea de California (AB 72) también prohíbe la facturación de balances por médicos fuera de la red que realizan servicios no de emergencia en una instalación dentro de la red.

Ciertos servicios en un hospital o centro quirúrgico ambulatorio

Quando usted recibe servicios de un hospital dentro de la red o un centro quirúrgico ambulatorio, ciertos proveedores podrían estar fuera de la red. En estos casos, lo más que los proveedores pueden facturarle es la cantidad de costos compartidos dentro de la red de su plan. Esto aplica a la medicina de emergencia, anestesia, patología, radiología, laboratorio, neonatología, cirujano asistente, hospital o servicios intensivos. Estos proveedores no pueden facturarle el balance y no pueden pedirle que renuncie a sus protecciones para no ser facturado por el balance.

Si obtiene otro tipo de servicios en estas instalaciones dentro de la red, los proveedores fuera de la red **no pueden** facturarle el balance, a menos que de su consentimiento por escrito y renuncie a sus protecciones.

Nunca será requerido a renunciar a sus protecciones de facturación de balances. Tampoco es requerido que reciba atención fuera de la red. Puede elegir un proveedor o instalación dentro de la red de su plan.

Quando la facturación de balance no está permitida, también tiene estas protecciones:

- Sólo es responsable de pagar su parte del costo (como los copagos, el coaseguro y el deducible que pagarías si

el proveedor o la instalación estuviera dentro de la red). Su plan médico pagará cualquier costo adicional a proveedores e instalaciones fuera de la red directamente.

- Generalmente, su plan médico debe:
 - Cubrir los servicios de emergencia sin requerir que obtenga aprobación previa para los servicios (también conocida como “autorización previa”).
 - Cubrir de servicios de emergencia por proveedores fuera de la red.
 - Base lo que le debe al proveedor o instalación (participación en los costos) en lo que pagaría a un proveedor o instalación en la red y mostrar esa cantidad en su explicación de los beneficios. Cuente cualquier cantidad que pague por servicios de emergencia o servicios fuera de la red para su deducible y límite de gastos dentro de la red.

Si cree que ha sido facturado erróneamente,

puede comunicarse con: California Department of Managed Care (DMHC): HealthHelp.ca.gov o 1 888 466 2219. California Department of Insurance (CDI): insurance.ca.gov/01-consumers/101-help/index.cfm o 1 800 927 4357.

Visite cms.gov/nosurprises para obtener más información sobre sus derechos bajo la ley federal. Visite los siguientes sitios web para obtener más información sobre sus derechos bajo AB 72 de California: DMHC: dmhc.ca.gov/portals/0/healthcareincalifornia/factsheets/fsab72.pdf CDI: insurance.ca.gov/01-consumers/110-health/60-resources/NoSurpriseBills.cfm