

Your Rights and Protections Against Surprise Medical Bills

Your rights and protections against surprise medical bills

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, and/or a 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.

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 deductible). 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.

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

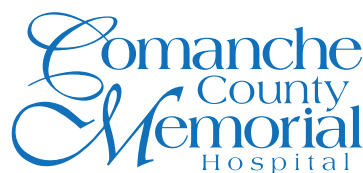
If you think you've been wrongly billed, you may contact us at 800-994-0371 or the federal phone number for information and complaints is 1-800-985-3059. Visit www.cms.gov/nosurprises/consumers for more information about your rights under federal law. For more information about your rights under Texas law, contact 888-973-0022.

Notice to All Patients

You have the right to receive a "Good Faith Estimate" explaining how much your medical care will cost

Under the law, health care providers need to give patients who don't have insurance or who are not using insurance an estimate of the bill for medical items and services.

- You have the right to receive a Good Faith Estimate for the total expected cost of any non-emergency items or services. This includes related costs like medical tests, prescription drugs, equipment, and hospital fees
- Make sure your health care provider gives you a Good Faith Estimate in writing at least 1 business day before your medical service or item. You can also ask your health care provider, and any other provider you choose, for a Good Faith Estimate before you schedule an item or service
- If you receive a bill that is at least \$400 more than your Good Faith Estimate, you can dispute the bill
- Make sure to save a copy or picture of your Good Faith Estimate



Sus derechos y protecciones contra facturas médicas inesperadas

Sus derechos y protecciones contra las facturas médicas inesperadas

Al recibir atención de emergencia o de proveedores fuera de la red en hospitales o centros quirúrgicos ambulatorios de la red, usted cuenta con protección contra la facturación del saldo. En estos casos, no deberían cobrarle más que los copagos, coaseguros o deducible de su plan.

¿Qué es la “facturación del saldo” (a veces conocida como “facturación inesperada”)?

Al ver a un médico u otro proveedor de atención médica, es posible que deba pagar ciertos gastos de bolsillo, como un copago, un coaseguro o un deducible. Podría tener que pagar costos adicionales o la totalidad de la factura si acude a un proveedor o visita un centro médico que no está en la red de su plan de salud.

El término “fuera de la red” define a los proveedores y centros que no han firmado un contrato con su plan de salud para proporcionar servicios. Los proveedores fuera de la red podrían estar autorizados para facturar la diferencia entre lo que su plan paga y el importe total que cobran por un servicio. Esto se conoce como “facturación del saldo”. Esta cantidad es probablemente superior a los costos dentro de la red que se cobran por el mismo servicio, y quizás no cuente para el deducible de su plan o su límite anual de gastos de bolsillo. La “facturación inesperada” es una factura por un saldo inesperado. Esto puede ocurrir cuando usted no puede controlar quién interviene en su atención, como cuando tiene una emergencia o cuando programa una visita en un centro de la red, pero inesperadamente recibe tratamiento de un proveedor fuera de la red. Las facturas médicas inesperadas pueden costar miles de dólares, dependiendo del procedimiento o servicio.

Servicios de emergencia

Si tiene una emergencia médica y recibe servicios de emergencia de un proveedor o centro fuera de la red, lo máximo que le pueden facturar es la cantidad del costo compartido dentro de la red de su plan (como copagos, coaseguros y deducible). No le pueden cobrar el saldo de los servicios de emergencia. Esto incluye los servicios que pudiera recibir después de estabilizarse, a menos que dé su consentimiento por escrito y renuncie a sus protecciones para que no le facturen el saldo de dichos servicios posteriores a la estabilización.

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

Al recibir servicios en un hospital o centro quirúrgico ambulatorio de la red, algunos proveedores podrían estar fuera de la red. En estos casos, lo máximo que pueden cobrarle esos proveedores es la cantidad de los costos compartidos dentro de la red de su plan. Esto se aplica a los servicios de medicina de emergencia, anestesia, patología, radiología, laboratorio, neonatología, cirujano asistente, hospitalista o intensivista. Estos proveedores no pueden facturarle el saldo y no pueden pedirle que renuncie a sus protecciones para que no le facturen dicho saldo. Si recibe otros tipos de servicios en estos centros de la red, los proveedores fuera de la red no pueden facturarle el saldo, a menos que dé su consentimiento por escrito y renuncie a sus protecciones.

Cuando no se permite la facturación del saldo, usted también cuenta con estas protecciones

Nunca se le debe exigir que renuncie a sus protecciones contra la facturación del saldo. Tampoco tiene la obligación de recibir atención

fuera de la red. 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, coaseguros y deducible que pagaría si el proveedor o centro estuviera dentro de la red). Su plan de salud pagará cualquier costo adicional directamente a los proveedores y centros fuera de la red. Por lo general, su plan de salud debe:

- Cubrir los servicios de emergencia sin exigir que se obtenga la aprobación de los servicios por adelantado (también conocida como “autorización previa”).
- Cubrir los servicios de emergencia de los proveedores fuera de la red.
- Basar lo que le debe al proveedor o centro (costo compartido) en lo que le pagaría a un proveedor o centro de la red y mostrar esa cantidad en su explicación de beneficios.
- Contar cualquier cantidad que pague por servicios de emergencia o fuera de la red para su deducible y límite de gastos de bolsillo en la red.

Si cree que le facturaron incorrectamente, comuníquese con nosotros al 800-994-0371 o al 1-800-985-3059, el número de teléfono federal para información y quejas. Visite

www.cms.gov/nosurprises/consumers para obtener más información sobre sus derechos según las leyes federales. Para obtener más información sobre los derechos que le otorgan las leyes de Texas, llame al 888-973-0022.

Aviso a todos los pacientes

Tiene derecho a recibir una “cotización de buena fe” en la que se le explique cuánto costará su atención médica

Según la ley, los proveedores de atención médica deben dar una cotización de los artículos y servicios médicos que se facturarán a los pacientes que no tienen seguro o que no lo utilizan.

- Usted tiene derecho a recibir una cotización de buena fe del costo total esperado por cualquier artículo o servicio que no sea de emergencia. Esto incluye los costos relacionados como exámenes médicos, medicamentos recetados, equipo y cargos del hospital.
- Asegúrese de que su proveedor de atención médica le dé una cotización de buena fe por escrito al menos 1 día hábil antes de recibir su servicio o artículo médico. También puede solicitar a su proveedor de atención médica, y a cualquier otro proveedor que elija, una cotización de buena fe antes de programar un artículo o servicio.
- Si recibe una factura que supere la cotización de buena fe por \$400 dólares o más, puede disputar la factura.
- Asegúrese de guardar una copia o imagen de su cotización de buena fe.

