

**SUS DERECHOS Y PROTECCIONES CONTRA
LA FACTURACIÓN MÉDICA INESPERADA
YOUR RIGHTS AND PROTECTIONS
AGAINST SURPRISE MEDICAL BILLS**

Cuando usted recibe atención médica de urgencia o le atiende un proveedor fuera de la red de proveedores de su seguro médico en un hospital o centro quirúrgico ambulatorio dentro de la red de su seguro médico, usted está protegido contra la facturación inesperada o facturación de saldos.

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

Cuando usted ve a un doctor o proveedor de servicios médicos, puede deber algunos costos de su bolsillo, como el copago, coaseguro, y deducibles. Usted puede tener que pagar otros costos o tener que pagar la factura completa si ve a un proveedor o va a un centro de salud que no está dentro la red de su seguro médico.

“Fuera de la red” describe a los proveedores y centros que no tiene un contrato firmado con su plan de seguro médico. Los proveedores de servicios que están fuera de la red pueden facturarle por la diferencia entre lo que su seguro médico accedió pagar y el costo total facturado por el servicio. Esto se le llama **“facturación de saldos”**. Esta cantidad es probablemente más alta que el costo por los mismos servicios dentro de la red y pueden no contar hacia su límite anual de gastos de su bolsillo.

La “facturación inesperada” es una facturación de saldos inesperada. Esto puede suceder cuando usted no tiene control de quién está involucrado en su atención médica; como cuando tiene una emergencia o cuando programa una visita en un centro dentro de la red, pero lo atiende inesperadamente un proveedor que está fuera de la red.

Usted está protegido de la facturación de saldos por:

Servicios de urgencias

Si usted tiene un problema médico urgente y recibe servicios de urgencia vitales de un proveedor o centro fuera de la red, lo más que el proveedor o centro pueden facturarle es la cantidad de los costos compartidos dentro de la red de su plan de salud (tales como copagos y coaseguros). **No pueden** hacer facturación de saldos por estos servicios de urgencia. Esto incluye los servicios que pueda recibir después que esté estable, a menos que usted dé su autorización por escrito y renuncie a sus protecciones para que no le facturen los saldos por los servicios después de que le establezcan.

Algunos servicios en un hospital o centro quirúrgico ambulatorio dentro de la red

Cuando usted recibe servicios en un hospital o centro quirúrgico ambulatorio dentro de la red, algunos proveedores ahí pueden estar fuera de la red. En estos casos, lo más que estos proveedores pueden facturarle es la cantidad de los costos compartidos dentro de la red de su plan de salud. Esto aplica a medicina de urgencias, anestesia, patología, radiología, laboratorios, neonatología, asistente del cirujano, hospitalistas, o servicios de intensivistas. Estos proveedores **no pueden** hacer facturación de saldos y **no pueden pedirle** que renuncie a sus protecciones para que no le facturen los saldos.

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

Usted nunca tiene la obligación de renunciar a sus protecciones sobre la facturación de saldos. Tampoco tiene la obligación de obtener tratamiento fuera de la red. Puede elegir a un proveedor o centro dentro de la red de su plan de seguro médico.

DO NOT RETAIN AS PART OF THE PERMANENT MEDICAL RECORD



**SUS DERECHOS Y PROTECCIONES CONTRA
LA FACTURACIÓN MÉDICA INESPERADA
YOUR RIGHTS AND PROTECTIONS
AGAINST SURPRISE MEDICAL BILLS**

Cuando no se permite la facturación de saldos, usted también tiene las siguientes protecciones:

- Usted es responsable únicamente de pagar su parte del costo (como copagos, coaseguro, y deducibles que usted pagaría si el proveedor de servicios médicos o centro estuviera dentro de la red). Su plan de salud pagará a los proveedores y centros fuera de la red directamente.
- Su plan de salud por lo general debe:
 - Cubrir los servicios de urgencia sin pedirle que usted obtenga aprobación antes de recibir estos servicios (autorización previa).
 - Cubrir los servicios de urgencias proporcionados por proveedores fuera de la red.
 - Basar lo que usted debe al proveedor o al centro (costos compartidos) en lo que debería pagar a un proveedor o centro dentro de la red y mostrar esta cantidad en su explicación de beneficios.
 - Contar cualquier monto que usted pague por servicios de urgencias o servicios fuera de la red hacia su deducible o al límite de pagos de su bolsillo.

Si usted cree que le facturaron de forma incorrecta, puede comunicarse con CMS al 1 (800) 985-3059.

Vaya a <https://www.cms.gov/nosurprises> para obtener más información sobre sus derechos ante las leyes federales.

DO NOT RETAIN AS PART OF THE PERMANENT MEDICAL RECORD

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.

DO NOT RETAIN AS PART OF THE PERMANENT MEDICAL RECORD

**YOUR RIGHTS AND PROTECTIONS
AGAINST SURPRISE MEDICAL BILLS****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 CMS at 1(800) 985-3059.

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

DO NOT RETAIN AS PART OF THE PERMANENT MEDICAL RECORD