

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**, 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 and your coverage is subject to New York law ("fully insured coverage"), contact the New York State Department of Financial Services at (800) 342-3736 or surprisemedicalbills@dfs.ny.gov. Visit <http://www.dfs.ny.gov> for information about your rights under state law. Contact CMS at 1-800-985-3059 for self-funded coverage or coverage bought outside New York. Visit <http://www.cms.gov/nosurprises/consumers> for information about your rights under federal law.

Sus derechos y protecciones contra las facturas médicas sorprendidas

Cuando reciba atención de emergencia o sea tratado por un proveedor fuera de la red en un hospital o centro quirúrgico ambulatorio de la red, usted está protegido contra la facturación de saldos. En estos casos, no deben cobrarle una cantidad mayor al importe de los copagos, coaseguros y deducible de su plan.

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

Cuando acude a un médico u otro proveedor de servicios de salud, usted puede deber ciertos **desembolsos personales, como un copago, coaseguro, o deducible**. Usted puede tener costos adicionales o podría tener que pagar toda la factura si acude a un proveedor o centro médico que no está en la red de su plan.

“Fuera de la red” se refiere a proveedores y centros que no han firmado un contrato con su plan de salud para prestarle servicios. Los proveedores fuera de la red podrían tener permitido facturarle la diferencia entre lo que paga su plan y el importe total cobrado por un servicio. Eso se llama **“facturación de saldos”**. Esta cantidad probablemente será mayor al costo dentro de la red del mismo servicio, y podría no contar para el deducible o el desembolso máximo anual de su plan.

Una “factura sorprendente” es una factura de saldo inesperada. Esto puede ocurrir cuando usted no controla quiénes participan en su atención; por ejemplo, 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 sorprendidas pueden costar miles de dólares, dependiendo del procedimiento o servicio.

Usted está protegido de la facturación de saldos por:

Servicios de emergencia

Si tiene un problema médico de emergencia y recibe servicios de emergencia de un proveedor o centro fuera de la red, la cantidad máxima que pueden facturarle es la cantidad del costo compartido dentro de la red de su plan (como sus copagos, coaseguros y deducibles). **No** pueden facturarle saldos por estos servicios de emergencia. Esto incluye a los servicios que reciba cuando esté en condición estable, a menos que usted conceda su consentimiento por escrito y renuncie a sus protecciones contra la facturación de saldos para estos servicios posteriores a la estabilización.

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

Cuando reciba servicios de un hospital o centro quirúrgico ambulatorio de la red, algunos de los proveedores que trabajan ahí podrían estar fuera de la red. En esos casos, la cantidad máxima que esos proveedores pueden cobrarle es el monto del costo compartido dentro de la red de su plan. Esto se aplica a servicios de medicina de emergencia, anestesia, patología, radiología, laboratorios, neonatología, cirujanos asistentes, hospitalistas o intensivistas. Estos proveedores **no pueden** facturarle el saldo y **no** pueden pedirle que renuncie a sus protecciones contra la facturación del saldo.

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

Usted nunca tiene la obligación de renunciar a sus protecciones contra la facturación de saldos. Tampoco tiene la obligación de recibir atención fuera de la red. Puede elegir a un proveedor o centro en la red de su plan.

Cuando no se permita facturar saldos, usted también tendrá estas protecciones:

- Usted solo es responsable de pagar su parte del costo (como los copagos, coaseguros y deducibles que usted pagaría si el proveedor o centro estuviera en la red). Su plan de salud pagará todos los costos adicionales directamente a los proveedores y centros fuera de la red.
- En general, su plan de salud debe:
 - o Cubrir servicios de emergencia sin exigir que usted obtenga la aprobación de los servicios por adelantado (también llamada “autorización previa”).
 - o Cubrir servicios de emergencia de proveedores fuera de la red.
 - o Basar lo que usted le debe al proveedor o centro (costo compartido) en lo que usted le pagaría a un proveedor o centro de la red y mostrar esa cantidad en su explicación de beneficios.
 - o Contar todos los importes que usted pague por servicios de emergencia y servicios fuera de la red para su deducible y límite de desembolso personal en la red.

Si cree que le han facturado indebidamente y su cobertura está sujeta a las leyes del estado de Nueva York (“cobertura completamente asegurada”), comuníquese con el Departamento de Servicios Financieros del Estado de Nueva York al (800) 342-3736 o surprisemedicalbills@dfs.ny.gov. Visita <http://www.dfs.ny.gov> para pedir información sobre sus derechos de acuerdo con las leyes estatales.

Llame a CMS al 1-800-985-3059 en el caso de coberturas autofinanciadas o coberturas adquiridas fuera de Nueva York. Visite <http://www.cms.gov/nosurprises/consumers> para ver información sobre los derechos que le confieren las leyes federales.