

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 California Department of Insurance at 1-800-927-4357 or The Department of Health and Human Services (HHS) at 1-800-985-3058.

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

Visit <http://www.insurance.ca.gov/01-consumers/101-help/index.cfm> for more information about your rights under California state law.

Quando recibe atención de emergencia o lo atiende un proveedor fuera de la red en un hospital o centro quirúrgico ambulatorio de la red, está protegido contra facturas inesperadas o facturación del saldo.

¿Qué es la “facturación del saldo” (a veces llamado “facturas inesperadas”)?

Cuando consulta a un médico u otro proveedor de atención médica, es posible que deba ciertos costos de bolsillo, como un copago, coaseguro y/o un deducible. Es posible que tenga otros costos o tenga que pagar la factura completa si visita a un proveedor o visita un centro de atención médica que no pertenece a la red de su plan de salud.

“Fuera de la red”, o que no pertenece a la red, describe a proveedores y centros que no han firmado un contrato con su plan de salud. Es posible que los proveedores que no pertenecen a la red puedan facturarle la diferencia entre lo que su plan acordó pagar y el monto total cobrado por un servicio. Esto se conoce como “facturación del saldo”. Es probable que esta cantidad sea mayor que los costos dentro de la red por el mismo servicio y es posible que no se tenga en cuenta para el límite anual de desembolso personal.

Las “facturas inesperadas” son facturaciones del saldo inesperadas. Esto puede suceder cuando no puede controlar quién está involucrado en su atención, como cuando tiene una emergencia o cuando programa una visita en un centro dentro de la red, pero un proveedor fuera de la red lo atiende inesperadamente.

Usted está protegido de la facturación del saldo para:

Servicios de emergencia

Si usted padece una afección médica de emergencia y recibe servicios de emergencia de un proveedor o centro que no pertenece a la red, lo máximo que el proveedor o centro puede facturarle es la cantidad de costo compartido dentro de la red de su plan (como copagos y coaseguro). No se le puede facturar el saldo por estos servicios de emergencia. Esto incluye los servicios que puede recibir después de estar en una condición estable, a menos que usted dé su consentimiento por escrito y renuncie a sus protecciones para que no se le facture en forma equilibrada por estos servicios de postestabilización.

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

Cuando recibe servicios de un hospital o de un centro quirúrgico ambulatorio perteneciente a la red, es posible que ciertos proveedores no pertenezcan a la red. En estos casos, lo máximo que esos proveedores pueden facturarle es la cantidad de costo compartido 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 se le facture el saldo. Si obtiene otros servicios en estos centros pertenecientes a 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.

Usted nunca está obligado a renunciar a sus protecciones frente a la facturación del saldo. Tampoco es necesario que reciba atención fuera de la red. Puede elegir un proveedor o un centro de la red de su plan.

Cuando no se permite la facturación del saldo, también tiene las siguientes protecciones:

- Usted solo es responsable de pagar su parte del costo (como los copagos, el coaseguro y los deducibles que pagaría si el proveedor o el centro formaran parte de la red). Su plan de salud pagará directamente a los proveedores y centros fuera de la red.
- Su plan de salud generalmente debe:
 - » Cubrir los servicios de emergencia sin necesidad de obtener una aprobación para los mismos por adelantado (autorización previa).
 - » Cubrir los servicios de emergencia de proveedores que no pertenecen a la red.
 - » Basar lo que usted le debe al proveedor o centro (costo compartido) en lo que le pagaría a un proveedor o centro dentro de la red e incluir ese monto en su explicación de beneficios.
 - » Contar cualquier monto que pague por servicios de emergencia o servicios fuera de la red para su deducible y límite de desembolso personal.

Si cree que le han facturado incorrectamente, puede comunicarse con el Departamento de Seguros de California al 1-800-927-4357 o con el Departamento de Salud y Servicios Humanos (Health and Human Services, HHS) al 1-800-985-3058.

Visite <http://www.cms.gov/nosurprises> para obtener más información sobre sus derechos bajo la ley federal.

Visite <http://www.insurance.ca.gov/01-consumers/101-help/index.cfm> para obtener más información sobre sus derechos según la ley estatal de California.