

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.

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:

- Federal: <https://www.cms.gov/Regulations-and-Guidance/Administrative-Simplification/Enforcements/FileaComplaint>
- North Carolina: <https://ncdoj.gov/file-a-complaint>

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



Sus derechos y protecciones ante facturas médicas de sorpresa

Cuando recibe atención de emergencia o recibe tratamiento de un proveedor “fuera de la red” en un hospital o centro quirúrgico ambulatorio “dentro de la red”, está protegido ante facturaciones médicas de sorpresa o facturaciones de saldo.

¿Qué es la “facturación del saldo” (a veces denominada “facturación inesperada” o “facturación médica de sorpresa”)?

Cuando recibe atención de un médico u otro proveedor de salud, es posible que deba pagar de su bolsillo ciertos costos correspondientes, por ejemplo: un copago, un coseguro o un deducible. Es posible que tenga que pagar otros costos o toda la factura si tiene una cita con un proveedor o acude a un centro de atención médica que no forma parte de la red de su plan de salud.

“Fuera de la red” corresponde a los proveedores y centros de atención médica que no tienen un contrato con la compañía de su plan de seguro médico. Es posible que los proveedores “fuera de la red” puedan cobrarle la diferencia entre lo que su plan aceptó pagar y el monto total cobrado por un servicio. Esto se llama “**facturación del saldo**”. Es probable que esta cantidad sea mayor a los costos que hubiese tenido que pagar “dentro de la red” por el mismo servicio y podría no contar para su límite anual de desembolso directo de su bolsillo.

“Una facturación médica de sorpresa” es aquella cuyo saldo a pagar es inesperado. Esto puede suceder cuando usted no puede controlar quién está involucrado en su atención, como cuando tiene una emergencia o cuando programa una consulta en un centro de atención médica “dentro de la red” pero, inesperadamente, lo trata un proveedor “fuera de la red”.

Usted está protegido contra la facturación del saldo restante por:

Servicios de emergencia

Si tiene una afección médica de emergencia y recibe servicios de emergencia de un proveedor o centro de atención médica “fuera de la red”, lo máximo que el proveedor o el centro puede facturarle es el monto de costo compartido “dentro de la red” de su plan de seguro médico (como copagos y coseguro). No se le puede facturar el costo total por estos servicios de emergencia. Esto incluye los servicios que puede recibir después de que se encuentre en estado estable, a menos que otorgue su consentimiento por escrito y renuncie a sus protecciones para que no se le facture el saldo de estos servicios recibidos luego de su estabilización.



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

Ciertos proveedores que le prestan servicios dentro de un hospital o centro quirúrgico ambulatorio pueden estar “fuera de la red”. En estos casos, lo máximo que esos proveedores pueden facturarle es el monto del costo compartido “dentro de la red” de su plan. Esto se aplica a los servicios de atención médica de emergencia, anestesia, patología, radiología, laboratorio, neonatología, cirujano asistente, internista o intensivista. Estos proveedores no pueden facturarle el saldo restante y no pueden pedirle que renuncie a sus protecciones contra el pago por facturas de saldo restante.

Si recibe otros servicios en estos centros de atención médica “dentro de la red”, los proveedores “fuera de la red” no pueden facturarle el saldo restante, a menos que usted otorgue su consentimiento por escrito y renuncie a sus protecciones.

Usted no está obligado a renunciar a sus protecciones contra la facturación del saldo bajo ninguna circunstancia. Tampoco está obligado a recibir atención médica fuera de la red. Puede elegir un proveedor o centro en la red de su plan.

La protección contra la facturación del saldo restante también incluye lo siguiente:

- Solo es responsable de pagar su parte del costo (como los copagos, coseguro y deducibles que pagaría si el proveedor o centro de atención médica estuvieran “dentro de la red”). Su plan de seguro médico le pagará directamente a los proveedores y centros de atención médica “fuera de la red”.
- Por lo general, su plan debe:
 - Cubrir servicios de emergencia sin que usted tenga que solicitar previa autorización.
 - Cubrir servicios de emergencia de proveedores de atención médica “fuera de la red”.
 - Determinar lo que usted le debe al proveedor o centro de atención médica (costo compartido) con lo que su seguro hubiese tenido que pagar si hubiese usado un proveedor o centro “dentro de la red”, y mostrar ese monto la explicación de sus beneficios.
 - Sumar cualquier monto que pague por servicios de emergencia o servicios fuera de la red a su valor límite de deducible y de desembolso directo de su bolsillo.



Si cree que el valor en su factura es incorrecto, puede comunicarse con:

- Federal: <https://www.cms.gov/Regulations-and-Guidance/Administrative-Simplification/Enforcements/FileaComplaint>
- Carolina del Norte: <https://ncdoj.gov/file-a-complaint>

Ingresa a <https://www.cms.gov/nosurprises> para obtener más información sobre sus derechos amparados en la ley federal.



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.

For questions or more information about your right to a Good Faith Estimate, visit www.cms.gov/nosurprises or call 800-788-4473.



Usted tiene derecho eive a a recibir una “estimación de buena fe” que le explique cuánto costará su atención médica

Conforme a la ley, los proveedores de atención médica deben dar a los pacientes que no tienen seguro o que no están usando seguro una estimación de la factura por el uso de insumos y servicios médicos.

- Usted tiene derecho a recibir una estimación de buena fe para el costo total esperado de cualquier insumo o servicio que no sea de emergencia. Esto incluye costos relacionados tales como pruebas y equipos médicos, medicamentos recetados, y honorarios del hospital.
- Asegúrese de que su proveedor de atención médica le otorgue una estimación de buena fe por escrito al menos un (1) día antes de recibir su servicio médico o insumos. También puede pedir a su proveedor de atención médica, y a cualquier otro proveedor que elija, una estimación de buena fe antes de programar un insumo o servicio.
- Si recibe una factura que es por lo menos \$400 superior a lo que indica su estimación de buena fe, puede impugnarla.
- Asegúrese de guardar una copia o foto de su estimación de buena fe.

Si tiene preguntas o necesita más información sobre su derecho a recibir una estimación de buena fe, ingrese a www.cms.gov/nosurprises o llame al 800-788-4473.

