

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 co-payment, coinsurance, and/or a deductible. You may have other costs or may 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. “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.

“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.

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 co-payments 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 co-payments, 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: U

- The Centers for Medicare and Medicaid Services (CMS) at 1-800-985-3059.
- Visit <https://www.cms.gov/nosurprises/consumers> for more information about your rights under federal law.
- See additional information for state websites on page 3.

Sus derechos y protecciones ante facturas médicas inesperadas

Cuando recibe atención de emergencia o tratamiento por parte de un proveedor fuera de la red en un hospital o un centro de cirugía ambulatoria dentro de la red, cuenta con protecciones ante la facturación de saldo o las facturas inesperadas.

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

Al consultar a un médico u otro proveedor de atención médica, es posible que deba ciertos costos de bolsillo, como un copago, un coseguro o un deducible. Posiblemente tenga otros costos o deba pagar la totalidad de la factura si consulta a un proveedor o visita un centro de atención de la salud que no forma parte de la red de su plan de salud. La “facturación inesperada” hace referencia a una facturación de saldo imprevista. Esto puede ocurrir cuando no puede controlar quién interviene en su atención (por ejemplo, cuando tiene una emergencia) o cuando programa una visita en un centro dentro de la red, pero inesperadamente le atiende un proveedor fuera de la red.

“Fuera de la red” hace referencia a proveedores y centros que no han firmado un contrato con su plan de salud. Es posible que los proveedores fuera de la red puedan facturarle la diferencia entre lo que su plan acordó pagar y el monto total cobrado por un servicio. Esto se denomina “facturación de saldo”. Este monto probablemente sea mayor que los costos del mismo servicio dentro de la red y es posible que no se tenga en cuenta para su límite anual de costos de bolsillo.

Cuenta con protecciones ante la facturación de saldo por lo siguiente:

Servicios de emergencia

Si tiene una afección médica de emergencia y recibe servicios de emergencia de un proveedor o un centro fuera de la red, el monto máximo que el proveedor o el centro pueden facturarle es el monto de costo compartido dentro de la red de su plan (como copagos y coseguro). No se le puede facturar el saldo de estos servicios de emergencia. Esto incluye los servicios que puede recibir después de que se estabiliza su condición, a menos que otorgue su consentimiento por escrito y renuncie a las protecciones para que no se le facture el saldo por estos servicios posteriores a la estabilización.

Ciertos servicios en un hospital o un centro de cirugía ambulatoria dentro de la red

Cuando recibe servicios de un hospital o un centro de cirugía ambulatoria dentro de la red, es posible que haya proveedores fuera de la red. En estos casos, el monto máximo que esos proveedores pueden facturarle es el monto 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, cirujanos auxiliares, médicos de asistencia hospitalaria o médicos intensivistas. Estos proveedores no pueden facturarle el saldo y no pueden pedirle que renuncie a sus protecciones para que no le facturen el saldo.

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

No está obligado a renunciar a sus protecciones ante la facturación de saldo. Tampoco está obligado a recibir atención fuera de la red. Puede elegir un proveedor o un centro de la red de su plan. Cuando no se permite la facturación de saldo, también tiene las siguientes protecciones:

- Solo es responsable de pagar su parte del costo compartido (como los copagos, el coseguro y los deducibles que pagaría si el proveedor o el centro formaran parte de la red).
- Su plan de salud les pagará directamente a los proveedores y los centros fuera de la red. Por lo general, el plan de salud debe hacer lo siguiente:
 - cubrir los servicios de emergencia sin exigir la aprobación de los servicios por adelantado (autorización previa);
 - cubrir los servicios de emergencia prestados por proveedores fuera de la red;
 - determinar lo que le debe al proveedor o al centro (costo compartido) según lo que le pagaría a un proveedor o un centro dentro de la red y detallar ese monto en su explicación de beneficios;
 - tener en cuenta cualquier monto que pague por servicios de emergencia o servicios fuera de la red para su límite de costos de bolsillo y deducible.
 -

If you believe you've been wrongly billed, you may contact:

- Comuníquese con los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (Centers for Medicare and Medicaid Services, CMS) al 1 800 985 3059.
- Visite <https://www.cms.gov/nosurprises/consumers> para obtener más información sobre sus derechos en virtud de la ley federal.

State Consumer Information

Iowa

Department of Attorney General

<https://www.iowaattorneygeneral.gov/for-consumers/file-a-consumer-complaint/complaint-form>

Department of Insurance

<https://iid.iowa.gov/insurance-consumer-complaint>

Illinois

Department of Attorney General

<https://illinoisattorneygeneral.gov/consumers/hcform.pdf>

Department of Insurance

<https://insurance2.illinois.gov/Complaints/UnderstandComplaintProcess.html>

Wisconsin

Department of Attorney General

<https://www.doj.state.wi.us/dls/consumer-protection/how-file-consumer-complaint>

Department of Insurance

<https://oci.wi.gov/Pages/Consumers/Filing-a-Complaint.aspx>