

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 get a surprise bill for more than your in-network cost share, file a grievance/complaint with your health plan and include a copy of the bill. Your health plan will review your grievance and should tell the provider to stop billing you. If you do not agree with your health plan's response, or they take more than 30 days to fix the problem, you can file a complaint with the Department of Managed Health Care, the state regulator of health plans. You can file a complaint by visiting www.HealthHelp.ca.gov or calling 1-888-466-2219.

Sus derechos y protecciones contra facturas médicas inesperadas

Cuando recibe atención de emergencia o es tratado por un proveedor fuera de la red en un hospital o centro quirúrgico ambulatorio dentro de la red, está protegido contra facturación sorpresa o facturación de saldo.

¿Qué es la "facturación del saldo" (a veces denominada "facturación sorpresa")?

Cuando consulta a un médico u otro proveedor de atención médica, es posible que deba ciertos costos de bolsillo, como un copago, coseguro 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 está en la red de su plan de salud.

"Fuera de la red" describe proveedores e instalaciones 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 acordó pagar su plan y el monto total cobrado por un servicio. A esto se le llama "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 cuente para su límite anual de desembolso personal.

La "facturación sorpresa" es una factura de saldo inesperada. 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 trata inesperadamente.

Está protegido contra la facturación del saldo de:

Servicios de emergencia

Si tiene una afección médica de emergencia y recibe servicios de emergencia de un proveedor o centro fuera de 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 coseguro). No se le puede facturar el saldo de estos servicios de emergencia. Esto incluye los servicios que puede recibir después de estar en una condición estable, a menos que dé su consentimiento por escrito y renuncie a sus protecciones para que no se le facture en forma equilibrada por estos servicios de posestabilización.

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

Cuando recibe servicios de un hospital dentro de la red o un centro quirúrgico ambulatorio, es posible que ciertos proveedores estén fuera de 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 estas instalaciones dentro de 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.

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:

- Solo es responsable de pagar su parte del costo (como los copagos, el coseguro y los deducibles que pagaría si el proveedor o el centro estuvieran dentro 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 servicios por adelantado (autorización previa).
 - Cubrir los servicios de emergencia de proveedores fuera de la red.
 - Base lo que le debe al proveedor o centro (costo compartido) en lo que le pagaría a un proveedor o centro de la red y muestre ese monto en su explicación de beneficios.
 - Cuente cualquier monto que pague por servicios de emergencia o servicios fuera de la red para su deducible y límite de desembolso personal.

Si recibe una factura sorpresa por más de su costo compartido dentro de la red, presente una queja / reclamo ante su plan de salud e incluya una copia de la factura. Su plan de salud revisará su reclamo y debe decirle al proveedor que deje de facturarle. Si no está de acuerdo con la respuesta de su plan de salud, o si tardan más de 30 días en solucionar el problema, puede presentar una queja ante el Departamento de Atención Médica Administrada, el regulador estatal de planes de salud. Puede presentar una queja visitando www.HealthHelp.ca.gov o llamando al 1-888-466-2219.