

Your Rights and Protections Against Surprise Medical Bills

You are protected from surprise billing or balance billing when:

- You get emergency care using out-of-network insurance
- You get treatment from an out-of-network provider at an in-network hospital or ambulatory surgical center

What is “balance billing” and “surprise billing”?

When you see a health care provider, you may owe certain out-of-pocket costs, such as copayment, coinsurance, and/or 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 do not have a contract with your health plan. Out-of-network providers may bill you for the difference between the amount they charge and the amount your insurance pays them. 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 a balance bill that you did not expect. This can happen when you can’t control who cares for you—like when you have an emergency or when you visit an in-network facility, but an out-of-network provider treats you.

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, they can only charge you the normal in-network cost-sharing amounts, (such as copayments and coinsurance). They can’t balance bill you for these emergency services. This includes services you may get after you’re stable. You can consent in writing to allow balance billing for the services you after you’re stable.
- **Certain services at an in-network hospital or ambulatory surgical center.** An in-network hospital or ambulatory surgical center may have some out-of-network provider providing care. The most these providers may bill you is your plan’s in-network cost-sharing charges for these services: emergency medicine, anesthesia, pathology, radiology, laboratory neonatology, assistant surgeon, hospitalist, or intensivist services. These providers can’t balance bill you or ask you to allow them to.

If you get other services at these in-network facilities, out-of-network providers can only balance bill you if you consent in writing to allow them to.

- **You are NEVER required to give up your protections from balance billing.**
- **You are NEVER required to get care out-of-network.**
- **You CAN choose a provider of facility in your plan’s network.**

When balance billing isn’t allowed, you also have the following protections:

- You only need to pay 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.
- our health plan must:
 - Cover emergency services without making you to get approval first (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. They must 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 think you’ve been wrongly balance billed, you may contact the U.S. Department of Health and Human Services at 1-800-985-3059 or the Oregon Department of Consumer and Business Services at 888-877-4894.

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

Sus derechos y protecciones de facturas médicas inesperadas

Usted está protegido de la facturación inesperada o de la facturación de saldos cuando:

- Recibe atención médica de emergencia usando un seguro fuera de la red
- Recibe tratamiento de un proveedor fuera de la red en un hospital de la red o centro de operaciones ambulatorio

¿Qué es la “facturación de saldos” y la “facturación inesperada”?

Cuando ve a un proveedor de atención médica, es posible que deba ciertos costos de bolsillo, como un copago, coseguro, o deducible. Es posible que tenga otros costos o tenga que pagar la factura completa si ve a un proveedor o visita un centro de atención médica que no está en la red de su plan médico.

“Fuera de la red” describe a los proveedores y centros que no tienen un contrato con su plan médico. Los proveedores fuera de la red podrían facturarle la diferencia entre la cantidad que cobran y la cantidad que su seguro les paga. Esto se llama “facturación de saldos”. Es probable que esta cantidad sea superior a los costos en la red para el mismo servicio y es posible que no se tome en cuenta su límite de gastos de bolsillo anual.

“Facturación inesperada” es una factura de un saldo que no esperaba. Esto puede pasar cuando no puede controlar quién lo atiende, como cuando tiene una emergencia o cuando visita un centro de la red, pero lo atiende un proveedor fuera de la red.

Usted está protegido de la facturación de saldos por:

- **Servicios de emergencia.** Si tiene una condición médica de emergencia y recibe servicios de emergencia de un proveedor o centro fuera de la red, sólo pueden cobrarle las cantidades compartidas habituales de la red, (como copagos y coseguros). No pueden facturarle saldos de estos servicios de emergencia. Esto incluye servicios que podría recibir después de que esté estable. Puede dar consentimiento por escrito para permitir la facturación de saldos por los servicios después de que esté estable.
- **Ciertos servicios en un hospital o centro de operaciones ambulatorio de la red.** Es posible que un hospital o centro de operaciones ambulatorio de la red tenga algunos proveedores fuera de la red atendiendo. Lo máximo que estos proveedores pueden facturarle son los cargos compartidos de la red de su plan por estos servicios: servicio de emergencias, anestesia, patología, radiología, laboratorio neonatología, cirujano asistente, médico internista o servicios de intensivista. Estos

proveedores no pueden facturarle el saldo ni pedirle que los autorice hacerlo.

Si recibe otros servicios en estos centros de la red, los proveedores fuera de la red sólo pueden facturar el saldo si usted da un consentimiento por escrito para autorizarles.

- **NUNCA estará obligado a renunciar a sus protecciones de la facturación de saldos.**
- **NUNCA estará obligado a recibir atención fuera de la red.**
- **Usted PUEDE elegir un proveedor o centro de la red de su plan.**

Cuando no se permite la facturación de saldos, también tiene las siguientes protecciones:

- Sólo debe pagar su parte de los costos (como los copagos, coseguro y deducibles que pagaría si el proveedor o el centro estuviesen en la red). Su plan médico pagará directamente a los proveedores y centros fuera de la red.
- Su plan médico debe:
 - Cubrir servicios de emergencia sin hacer que usted obtenga una aprobación primero (autorización previa).
 - Cubrir los servicios de emergencia por parte de proveedores fuera de la red.
 - Basar lo que debe al proveedor o centro (costo compartido) en lo que pagaría a un proveedor o centro de la red. Deben mostrar esa cantidad en la explicación de sus beneficios.
 - Contar cualquier cantidad que pague por servicios de emergencia o fuera de la red para su límite de gastos de bolsillo y deducibles.

Si cree que le facturaron el saldo de forma incorrecta, puede comunicarse al Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU. (U.S. Department of Health and Human Services) al 1-800-985-3059 o al Departamento del Consumidor y Servicios Comerciales (Department of Consumer and Business Services) de Oregón al 888-877-4894.

Visite www.cms.gov/nosurprises para obtener más información sobre sus derechos en virtud de la ley federal.