

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 the New York State Attorney General’s office at www.ag.ny.gov or call 1-800-428-9071 or the New York State Department of Financial Services at www.dfs.ny.gov or call 1-800-342-3736 for more information about your rights under New York State law.

Visit www.hhs.gov or call 1-877-696-6775 for more information about your rights under federal law.

Sus derechos y protecciones contra facturas médicas sorpresivas



Cuando usted obtiene atención médica de emergencia o recibe tratamiento de un proveedor fuera de la red en un hospital que está dentro de la red, cuenta con protección contra la facturación sorpresiva o “facturación del saldo”.

¿Qué es la “facturación del saldo” (a veces llamada “facturación sorpresiva”)?

Cuando usted consulta a un médico u otro proveedor de atención médica, es posible que deba pagar determinados costos de bolsillo, como un copago, coseguro y/o deducible. Es posible que tenga otros costos o deba pagar la factura entera si consulta a un proveedor o visita un establecimiento médico que no forma parte de la red de su plan de salud.

La expresión “fuera de la red” describe a proveedores y establecimientos que no han firmado un contrato con su plan de salud. Es posible que se les permita a los proveedores fuera de la red facturarle a usted la diferencia entre lo que su plan aceptó pagar y el monto completo que se cobra por un servicio. Esto se llama “**facturación del saldo**”. Es probable que este monto sea superior al costo dentro de la red del mismo servicio, y podría no contabilizarse para su límite anual de gastos de bolsillo.

La “facturación sorpresiva” es una facturación del saldo inesperada. Esto puede suceder cuando usted no puede controlar quién participa en su atención —por ejemplo, cuando tiene una emergencia o programa una visita a un establecimiento dentro de la red pero, inesperadamente, quien le brinda tratamiento es un proveedor fuera de la red.

Usted tiene protección contra la facturación del saldo para:

Servicios de emergencia

Si tiene una afección médica de emergencia y recibe servicios de emergencia de un proveedor o establecimiento fuera de la red, lo máximo que el proveedor o el establecimiento podrán facturarle es el monto de costo compartido dentro de la red de su plan (al igual que con los copagos y el coseguro). **No pueden** facturarle el saldo por esos servicios de emergencia. Esto incluye los servicios que usted pueda recibir después de estar en estado estable, a menos que usted proporcione su consentimiento por escrito y renuncie a sus protecciones contra la facturación del saldo para esos servicios posteriores a la estabilización.

Determinados servicios en un hospital o centro quirúrgico ambulatorio dentro de la red

Cuando usted recibe servicios de un hospital o centro quirúrgico ambulatorio dentro de la red, determinados proveedores que trabajan allí podrían estar fuera de la red. En esos casos, lo máximo que esos proveedores podrán 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, asistente de cirujano, hospitalista o intensivista. Estos proveedores **no pueden** facturarle el saldo y **no** podrán pedirle que renuncie a sus protecciones contra la facturación del saldo.

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

Nunca tiene la obligación de renunciar a sus protecciones contra la facturación del saldo. Tampoco tiene la obligación de obtener atención médica fuera de la red. Puede elegir un proveedor o establecimiento de la red de su plan.

Cuando no se permite la facturación del saldo, usted 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 establecimiento estuviese dentro de la red). Su plan de salud les pagará directamente a los proveedores y establecimientos fuera de la red.
- Por lo general, su plan de salud debe hacer lo siguiente:
 - Cubrir servicios de emergencia sin exigir que usted obtenga la aprobación de los servicios por adelantado (aprobación previa).
 - Cubrir servicios de emergencia de proveedores fuera de la red.
 - Basar lo que usted debe pagarle al proveedor o el establecimiento (costo compartido) en lo que le pagaría a un proveedor o establecimiento dentro de la red y mostrar ese monto en su explicación de beneficios.
 - Contabilizar cualquier monto que usted pague por servicios de emergencia o servicios fuera de la red para su deducible y su límite de gastos de bolsillo.

Si cree que le enviaron una factura incorrecta, puede comunicarse con la oficina del Fiscal General del Estado de Nueva York en www.ag.ny.gov o llamando al 1-800-428-9071, o con el Departamento de Servicios Financieros del Estado de Nueva York en www.dfs.ny.gov o llamando al 1-800-342-3736 para obtener más información sobre sus derechos según las leyes del Estado de Nueva York.

Visite www.hhs.gov o llame al 1-877-696-6775 para obtener más información sobre sus derechos según las leyes federales.