

## Your Rights and Protections Against Surprise Medical Bills

**When you get emergency care or are treated by an out-of-network provider at an in-network hospital or ambulatory surgical center, you are protected from balance billing. In these cases, you shouldn't be charged more than your plan's copayments, coinsurance and/or deductible.**

### **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, like a copayment, coinsurance or deductible. You may have additional 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" means providers and facilities that haven't signed a contract with your health plan to provide services. Out-of-network providers may be allowed to bill you for the difference between what your plan pays 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 plan's deductible or 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. Surprise medical bills could cost thousands of dollars depending on the procedure or service.

### **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 can 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 types of 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.

*Continued on back*

**You're never required to give up your protections from balance billing. You also aren't required to get out-of-network care. 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're only responsible for paying your share of the cost (like the copayments, coinsurance and deductible that you would pay if the provider or facility was in-network). Your health plan will pay any additional costs to out-of-network providers and facilities directly.
- Generally, your health plan must:
  - Cover emergency services without requiring you to get approval for services in advance (also known as "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 in-network deductible and out-of-pocket limit.

**If you believe you've been wrongly billed, you may contact 1-800-985-3059.**

Visit [www.cms.gov/nosurprises/consumers](http://www.cms.gov/nosurprises/consumers) for more information about your rights under federal law.

Vaya a [BlueCrossNC.com/Transparencia](http://BlueCrossNC.com/Transparencia) para ver en español sus derechos y las protecciones que existen contra la facturación por sorpresa.

## Sus derechos y protecciones contra las facturas médicas sorpresa

**Cuando recibe atención de emergencia o es atendido por un proveedor fuera de la red en un hospital o centro quirúrgico ambulatorio dentro de la red, está protegido contra la facturación de saldos. En estos casos, no se le debería cobrar más que los copagos, el coseguro o el deducible de su plan.**

### ¿Qué es la "facturación de saldo" (a veces llamada "facturación sorpresa")?

Cuando acude a un médico o a otro proveedor de atención médica, es posible que deba pagar ciertos gastos médicos personales, como un copago, un coseguro o un deducible. Es posible que tenga gastos adicionales o que tenga que pagar toda la factura si consulta a un proveedor o acude a un establecimiento médico que no está en la red de su plan de seguro médico.

"Fuera de la red" significa proveedores y establecimientos que no han firmado un contrato con su plan de seguro médico para proporcionar servicios. Los proveedores fuera de la red pueden facturarle la diferencia entre lo que paga su plan y el monto total cobrado por un servicio. Esto se llama "facturación de saldo". Este monto es probablemente mayor que los costos dentro de la red por el mismo servicio y podría no contar para el deducible de su plan o el límite anual de gastos médicos personales.

La "facturación sorpresa" es una factura de saldo inesperada. Esto puede ocurrir cuando usted no puede controlar quién está involucrado en su atención, como cuando usted tiene una emergencia o cuando usted programa una cita en un establecimiento dentro de la red, pero inesperadamente es tratado por un proveedor fuera de la red. Las facturas médicas sorpresa pueden costar miles de dólares, dependiendo del procedimiento o servicio.

### Está protegido de la facturación de saldos por:

#### Servicios de emergencia

Si tiene una situación de emergencia y recibe servicios de emergencia de un proveedor o establecimiento médico fuera de la red, lo máximo que el proveedor o el establecimiento puede facturarle es el monto de costo compartido dentro de la red de su plan (como los copagos y el coseguro). No se le puede facturar el saldo de estos servicios de emergencia. Esto incluye los servicios que pueda recibir después de estar estable, a menos que dé su consentimiento por escrito y renuncie a sus protecciones para que no le facturen el saldo de estos servicios posteriores a la estabilización.

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

Cuando recibe servicios de un hospital o centro quirúrgico ambulatorio dentro de la red, algunos proveedores pueden estar fuera de la red. En estos casos, lo 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, cirujano asistente, o servicios de personal hospitalario o de cuidados intensivos. 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 otro tipo de servicios en estos establecimientos 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.

*Continúa en el reverso*

**Nunca se le exige que renuncie a sus protecciones contra la facturación de saldos. Tampoco está obligado a recibir atención fuera de la red. Puede elegir un proveedor o establecimiento dentro de la red de su plan.**

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

- Usted únicamente es responsable de pagar su parte del costo (como los copagos, el coseguro y el deducible que pagaría si el proveedor o el establecimiento estuviera dentro de la red). Su plan de seguro médico pagará directamente cualquier gasto adicional a los proveedores y establecimientos fuera de la red.
- Por lo general, su plan de seguro médico debe:
  - Cubrir los servicios de emergencia sin exigir la aprobación de los servicios por adelantado (también conocido como "autorización previa")
  - Cubrir los servicios de emergencia proporcionados por proveedores fuera de la red
  - Calcular lo que debe al proveedor o establecimiento (costo compartido) en función de lo que pagaría a un proveedor o establecimiento dentro de la red y mostrar esa cantidad en su explicación de beneficios.
  - Contar cualquier cantidad que pague por los servicios de emergencia o por los servicios fuera de la red para el deducible y el límite de gastos médicos personales dentro de la red.

**Si cree que se le ha facturado erróneamente, puede comunicarse con el 1-800-985-3059.**

Visite [www.cms.gov/nosurprises/consumers](http://www.cms.gov/nosurprises/consumers) para obtener más información sobre sus derechos bajo la ley federal.