

YOUR RIGHTS & 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 Centers for Medicare & Medicaid Services No Surprises Help Desk at 1-800-985-3059 or www.cms.gov/nosurprises/consumers for more information about your rights under federal law, or to submit questions or complaints online.

If you think you’ve been wrongly billed and your coverage is subject to state law, you may visit https://doi.nv.gov/Consumers/Health_and_Accident_Insurance/Balance_Billing_FAQs/ or call 1-888-872-3234 for more information about your rights under Nevada law.

SUS DERECHOS Y PROTECCIONES CONTRA LAS FACTURAS MÉDICAS INESPERADAS



Cuando recibe atención de urgencia o de un proveedor fuera de la red en un hospital o centro quirúrgico ambulatorio de la red, usted tiene protección contra la facturación inesperada o la facturación de saldo.

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

Cuando acude a un médico o a otro proveedor de cuidados de la salud, es posible que deba pagar ciertos costos de su propio bolsillo, como un copago, un coseguro y/o un deducible. Es posible que tenga otros costos o que tenga que pagar la totalidad de la factura si acude a un proveedor o visita un centro médico que no pertenece a la red de su plan de salud.

“Fuera de la red” describe a los proveedores y centros médicos que no han suscrito un contrato con su plan de salud. Los proveedores fuera de la red pueden estar autorizados a facturarle y cobrarle la diferencia entre lo que su plan aceptó pagar y la cantidad total cobrada por un servicio. Esto se conoce como “**facturación de saldo**”. Esta cantidad es probablemente mayor que los costos dentro de la red para el mismo servicio y podría no contar para su límite anual de gastos de su propio bolsillo.

La “facturación inesperada” es una factura de saldo sorpresa o imprevista. Esto puede ocurrir cuando usted no puede controlar quién interviene en sus cuidados, de salud, como cuando tiene una emergencia o cuando programa una consulta en un centro de la red pero inesperadamente recibe atención de un proveedor fuera de la red.

Usted tiene protección contra la facturación de saldo en casos de:

Servicios de emergencia

Si tiene una afección médica que requiere tratamiento urgente y recibe servicios de emergencia de un proveedor o centro médico fuera de la red, lo máximo que el proveedor o centro médico puede facturarle es la cantidad de costo compartido dentro de la red de su plan (como los copagos y el coseguro). **No** le podrán facturar y cobrar saldo alguno por estos servicios de emergencia. Esto incluye los servicios que pueda recibir después de estar en condición estable, a menos que otorgue su consentimiento por escrito y renuncie a sus protecciones para que no se le facture saldo alguno por estos servicios posteriores a la estabilización.

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

Cuando recibe servicios de un hospital o centro quirúrgico ambulatorio de la red, algunos proveedores allí pueden ser ajenos a la red. En estos casos, lo máximo que pueden facturarle y cobrarle esos proveedores es la cantidad del 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, especialista en hospitalización o intensivista. Estos proveedores **no pueden** facturarle saldo alguno y **tampoco pueden** solicitarle que renuncie a sus protecciones contra la facturación y cobro de saldo.

Si recibe otros servicios en estos centros médicos de la red, los proveedores fuera de la red **no pueden** facturarle saldo alguno, a menos que usted otorgue su consentimiento por escrito y renuncie a las protecciones.

Usted nunca tendrá obligación alguna de renunciar a sus protecciones contra la facturación y cobro de saldo. Tampoco se le exigirá que reciba atención fuera de la red. Puede elegir un proveedor o centro médico de la red de su plan.

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

- Usted solo es responsable de pagar su parte de los costos (como los copagos, el coseguro y los deducibles que pagaría si el proveedor o centro médico fuera parte de la red). Su plan de salud les pagará directamente a los proveedores y centros médicos fuera de la red.
- Su plan de salud generalmente tiene que:
 - Cubrir los servicios de emergencia sin exigirle que obtenga la aprobación de los servicios por adelantado (autorización previa).
 - Cubrir los servicios de emergencia prestados por proveedores fuera de la red.
 - Establecer lo que adeuda al proveedor o centro médico (costo compartido) en función de lo que le pagaría a un proveedor o centro médico de la red y mostrar esa cantidad en la explicación de beneficios.
 - Incluir cualquier cantidad que usted pague por los servicios de emergencia o por los servicios fuera de la red en su límite de deducible y máximo de gastos de su propio bolsillo.

Si considera que se le ha facturado erróneamente, puede comunicarse con el Servicio de asistencia sin sorpresas de los centros de servicios de Medicare y Medicaid en el 1-800-985-3059 o www.cms.gov/nosurprises/consumers para obtener más información sobre sus derechos en virtud de las leyes federales, o para presentar preguntas o quejas en línea.

Si considera que le han facturado erróneamente y su cobertura está sujeta a la ley estatal, le sugerimos visitar https://doi.nv.gov/Consumers/Health_and_Accident_Insurance/Balance_Billing_FAQs/ o llamar al 1-888-872-3234, para obtener más información sobre sus derechos en virtud de las leyes de Nevada.