

Rights and Protections Against Surprise Medical Bills/ Right to Receive a Good Faith Estimate of Expected Charges

YOUR RIGHTS AND PROTECTIONS AGAINST SURPRISE MEDICAL BILLING

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 the copayments, coinsurance, and/or deductible that are offered by your health insurance plan.

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 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 is not in your health insurance plan's network.

"Out-of-network" means providers and facilities that have not signed a contract with your health insurance plan to provide services. Out-of-network providers may be permitted 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 health insurance plan's deductible or annual out-of-pocket limit.

"Surprise billing" is an unexpected balance bill. This happens when you cannot control who is involved in your care, which can happen when receiving emergency care or when you are treated at an in-network facility but are treated by an out-of-network provider.

FEDERAL AND STATE LAW PROTECTS YOU FROM SURPRISE BALANCE BILLING FOR:

Emergency services: If you have an emergency medical condition and receive emergency services from an out-of-network facility or provider, their bill cannot exceed your health insurance plan's in-network cost-sharing amount (such as copayments, coinsurance and deductibles). You cannot be balance billed for these emergency services. This includes any services received after you are in stable condition, unless you provide written consent in advance of the care and give up your protections against balance billing for care received after you are in stable condition.

Texas' law is the same as federal law. However, in Texas for non-emergency services (including services received after an emergency but once you are in stable condition) you cannot be balanced billed unless:

- You provide written consent in advance of the care and give up your protections against balance billing for such care; and
- The provider supplies you with a disclosure that explains that the provider or facility does not have a contract to be in-network with your health insurance plan; the estimated amount you may have to pay; and what must occur in order for you to have to pay balanced billed amounts.

Certain services at an in-network hospital or ambulatory surgical center: When you get services from an in-network hospital or ambulatory surgical center, some providers may be out of your health insurance plan's network. In these cases, out-of-network providers cannot charge more than your health insurance plan's in-network cost-sharing amount. This applies to emergency medicine, anesthesia, pathology, radiology, laboratory, neonatology, assistant surgeons, hospitalist or intensivist services. These providers cannot balance bill you and may not ask you to give up your protections against surprise balance billing. If you receive other types of services at these in-network facilities, out-of-network providers cannot balance bill you, unless you provide written consent and give up your protections.

You are never required to give up protections against surprise balance billing. You are also not required to receive out-of-network care. You can choose a provider or facility that is in your health insurance plan's network.

WHEN SURPRISE BALANCE BILLING IS NOT ALLOWED, YOU ALSO HAVE THESE PROTECTIONS:

- You are only responsible for paying your share of the cost that you would pay if the provider or facility was in your health insurance plan's network (copayments, coinsurance and deductibles). Your health insurance plan will pay any additional costs to out-of-network providers and facilities directly.
- Generally, your health insurance 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 that you pay for emergency services or out-of-network services toward your in-network deductible and out-of-pocket limit.

If you think that you have been wrongly billed, contact the U.S. Centers for Medicare & Medicaid Services (CMS) at 1 (800) 633-4227 or visit www.cms.gov/nosurprises for more information about your rights under federal law.

You can also contact the Texas Department of Insurance Consumer Help Line at 1 (800) 252-3439, or visit www.tdi.texas.gov/tips/texas-protects-consumers-from-surprise-medical-bills or www.tdi.texas.gov/medical-billing/surprise-balance-billing, for more information about your rights under Texas law.

Derechos y Protecciones Contra Facturas Médicas Sorpresa/Derechos al Recibir una Cotización de Buena Fe de Cargos Esperados

SUS DERECHOS Y PROTECCIONES CONTRA UNA FACTURACIÓN MÉDICA SORPRESA

Cuando recibe atención de emergencia o es atendido por un proveedor fuera de la red pero en un hospital o centro de cirugía ambulatoria que si está dentro de la red, usted está protegido contra la facturación de saldos. En estos casos, no se le debería cobrar más que los copagos, coaseguros o los deducibles que ofrece su plan de seguro médico.

¿QUÉ ES LA FACTURACIÓN DE SALDOS (A VECES TAMBIÉN LLAMADA FACTURACIÓN SORPRESA)?

Al consultar con un médico u otro proveedor de atención médica es posible que usted tenga que pagar ciertos gastos fuera del presupuesto, como un copago, un coaseguro o un deducible. También podría tener costos adicionales o hasta podría tener que pagar la factura completa si consulta con un proveedor o visita un centro de atención médica que no estén dentro de la red de su plan de seguro médico.

“Fuera de la red” significa proveedores e instituciones que no han firmado un contrato con su plan de seguro médico para prestarle servicios. Los proveedores fuera de la red podrían tener permitido facturarle la diferencia entre lo que paga su plan y el monto total cobrado por un servicio. A esto se le denomina “facturación de saldos” y es probable que este monto supere los costos por el mismo servicio de un proveedor que si está dentro de la red y podría no contar para el deducible o el límite anual de desembolsos personales de su plan de seguro médico.

La “facturación sorpresa” es un cobro de saldos inesperado. Esto ocurre cuando usted no puede controlar quién participa en su atención, lo cual puede ocurrir al recibir atención médica de emergencia o cuando recibe tratamiento en una institución que está dentro de la red, pero con un proveedor que está fuera de ella.

LA LEY FEDERAL Y ESTATAL LO PROTEGE DE LA FACTURACIÓN DE SALDOS SORPRESA POR:

Servicios de emergencia: Si tiene una condición médica de emergencia y recibe servicios de emergencia de un centro o proveedor que está fuera de la red, su factura no puede exceder el monto de costo compartido para instituciones dentro de la red de su plan de seguro médico (como copagos, coaseguro y/o deducibles). No se le puede facturar el saldo de estos servicios de emergencia. Esto incluye cualquier servicio recibido después de que usted se encuentre en condición estable, a menos que usted otorgue su consentimiento por escrito antes de la atención y renuncie de esta manera a su protección contra la facturación de saldos por la atención médica recibida.

La ley de Texas es igual a la ley federal. Sin embargo, en Texas, para servicios que no sean de emergencia (incluidos aquellos que se reciben después de una emergencia, una vez que usted se encuentra en condición estable), no se le puede cobrar un saldo adicional (“balance billing”), a menos que:

- Usted otorgue su consentimiento por escrito antes de recibir la atención y renuncie a sus protecciones contra el cobro de saldos adicionales por dichos servicios; y
- El proveedor le entregue una notificación explicando que dicho proveedor o centro no tiene un contrato para formar parte

de la red de su plan de seguro médico; el monto estimado que usted podría tener que pagar; y las condiciones bajo las cuales podría estar obligado a cubrir cargos adicionales por servicios fuera de la red.

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

Cuando usted recibe servicios en un hospital o centro quirúrgico ambulatorio que está dentro de la red de su seguro médico, algunos proveedores pueden no estar dentro de dicha red. En estos casos, los proveedores fuera de la red no pueden cobrarle más de lo que correspondería pagar por servicios dentro de la red según su plan. Esto aplica para servicios de medicina de emergencia, anestesiología, patología, radiología, laboratorio, neonatología, cirujanos asistentes, hospitalistas o médicos intensivistas. Estos proveedores no pueden cobrarle un saldo adicional ni pedirle que renuncie a sus protecciones contra facturación sorpresa. Si usted recibe otro tipo de servicios en estas instalaciones dentro de la red, los proveedores fuera de la red no pueden cobrarle un saldo adicional, a menos que usted otorgue su consentimiento por escrito y renuncie a dichas protecciones.

En ningún caso usted está obligado a renunciar a sus protecciones contra la facturación sorpresa. Tampoco está obligado a recibir atención de proveedores fuera de la red. Usted tiene derecho a elegir un proveedor o centro que forme parte de la red de su plan de seguro médico.

CUANDO NO SE PERMITE LA FACTURACIÓN DE SALDO SORPRESA, TAMBIÉN TIENE ESTAS PROTECCIONES:

- Usted solo es responsable de pagar la parte del costo que pagaría si el proveedor o centro estuviera dentro de la red de su plan de seguro médico (copagos, coseguro y deducibles). Su plan de seguro médico cubrirá directamente cualquier costo adicional a los proveedores y centros fuera de la red.
- Por lo general, su plan de seguro médico debe:
 - » Cubrir los servicios de emergencia sin requerir una autorización previa (también conocida como autorización anticipada).
 - » Cubrir los servicios de emergencia proporcionados por proveedores fuera de la red.
 - » Calcular lo que usted debe pagar al proveedor o centro (costos compartidos) en función de lo que pagaría a un proveedor o centro dentro de la red, y reflejar ese monto en su explicación de beneficios.
 - » Contabilizar cualquier monto que usted pague por servicios de emergencia o servicios fuera de la red como parte de su deducible y límite de gastos fuera del presupuesto dentro de la red.

Si considera que ha recibido una factura incorrecta, comuníquese con los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid de EE. UU. (CMS) al 1 (800) 633-4227 o visite www.cms.gov/nosurprises para obtener más información sobre sus derechos según la ley federal.

También puede comunicarse con la Línea de Ayuda al Consumidor del Departamento de Seguros de Texas al 1 (800) 252-3439, o visitar www.tdi.texas.gov/tips/texas-protects-consumers-from-surprise-medical-bills o www.tdi.texas.gov/medical-billing/surprise-balance-billing para obtener más información sobre sus derechos conforme a la ley de Texas.