

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're 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 they can bill you is your plan's in-network cost-sharing amount (such as copayments, coinsurance and deductibles). 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 balanced 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 types of services at these 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 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 these 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 think you've been wrongly billed, please contact the Indiana Department of Insurance at <https://www.in.gov/idoi/consumer-services> or 317.232.8582.

Please visit <https://www.cms.gov/nosurprises/consumers> for more information about your rights under federal law.

Facturas médicas sorpresa (*Surprise Medical Bills*): Sus derechos y protecciones

Cuando un profesional de la salud, que no está incluido en la red autorizada por su seguro, le presta servicios de emergencia o le proporciona tratamiento en un hospital o centro de cirugía ambulatoria que sí lo está, usted recibe protección contra la facturación de los saldos (*balance billing*). En estos casos, no deberían cobrarle más de lo que su plan establece como copagos (*copayments*), el porcentaje del costo que su seguro no cubre (*coinsurance* o seguro compartido) y, si corresponde, el deducible (*deductible*).

¿Qué es la facturación de saldos (*balance billing*), algunas veces denominada facturación sorpresa (*surprise billing*)?
Cuando un médico u otro profesional de la salud le atiende, es probable que usted deba pagar ciertos gastos con su propio dinero, tales como el copago, el seguro compartido o el deducible. Si este profesional o el centro de atención donde usted recibe los servicios no están incluidos en la red autorizada por su plan de salud, es posible que deba pagar otros costos o la totalidad de la factura.

La frase “no está(n) incluido(s) en la red autorizada” (*out-of-network*) se refiere a los profesionales de la salud y centros de atención que no han firmado un contrato de prestación de servicios con su plan de salud. Estos profesionales podrían facturarle por la diferencia o saldo entre lo que paga su seguro y el total que se le cobra por el servicio. A esto se le denomina **facturación de saldos (*balance billing*)**. Además, es posible que esta diferencia o saldo sea mayor que el costo del mismo servicio, si este se presta dentro de la red, y que no cuente a favor de su deducible o límite anual de los gastos que usted paga con su propio dinero.

La frase “facturación sorpresa” (*surprise billing*) se refiere a la solicitud de cobro de una factura inesperada. Esto puede suceder cuando usted no puede determinar quiénes participan en su atención médica, por ejemplo, cuando usted tiene una emergencia o programa una cita en un centro que está incluido en la red autorizada, pero inesperadamente, le atiende un profesional que no está incluido en esta. Las facturas sorpresas pueden costarle miles de dólares, dependiendo del tipo de intervención o servicio.

La protección contra la facturación de saldos incluye:
Servicios de emergencia
Si usted padece de una afección que requiere atención de emergencia y recibe estos servicios de un profesional o en un centro de atención que no está(n) incluido(s) en la red autorizada, el monto máximo que pueden facturarle es el costo compartido correspondiente a su plan, es decir, los copagos, el porcentaje del seguro compartido (*coinsurance*) y el deducible. **No pueden** facturarle el saldo por la prestación de estos servicios de emergencia, incluso los que usted reciba cuando su salud ya se encuentre estable, a menos que renuncie por escrito a esta protección.

Determinados servicios que se prestan en hospitales o centros de cirugía ambulatoria y que están incluidos en la red autorizada de servicios
Aunque usted reciba atención médica en un hospital o centro de cirugía ambulatoria que esté incluido en la red, es posible que no todos los profesionales que prestan servicios allí sean parte de ella. En estos casos, el monto máximo que pueden facturarle es el costo compartido correspondiente a su plan de seguro. Esto comprende los servicios de emergencia, de anestesiología, anatomía patológica, radiología, laboratorio, neonatología, honorarios del asistente quirúrgico, de los especialistas en medicina hospitalaria e intensivistas. Estos profesionales **no pueden** facturarle por el saldo ni pedirle que renuncie a la protección contra este tipo de facturación.

- Si usted recibe otro tipo de servicios en estos centros, los profesionales que no estén incluidos en la red **no pueden** facturarle los saldos, a menos que usted renuncie por escrito a esta protección.

Nadie puede exigirle que renuncie a su protección contra la facturación de saldos ni que reciba atención médica que no esté incluida en la red autorizada de servicios. Usted tiene la libertad de elegir a los profesionales o centros de atención que formen parte de la red autorizada de su plan de salud.

Cuando no se permite la facturación de saldos, usted también puede beneficiarse de las siguientes protecciones:

- Usted es responsable únicamente por el pago de su parte, esto es, los copagos, el seguro compartido y el deducible que, de otro modo pagaría si el profesional o el centro de atención estuvieran incluidos en la red autorizada de servicios. Su aseguradora les pagará, de manera directa cualquier monto adicional.
- En general, su plan de salud debe:
 - Cubrir los servicios de emergencia sin necesidad de solicitar una aprobación por adelantado (también conocida como autorización previa).
 - Cubrir los servicios de emergencia prestados por profesionales que no están incluidos en la red autorizada.
 - Determinar lo que usted le debe al profesional o al centro de atención (el costo compartido) en función de lo que su plan les pagaría si estos estuvieran incluidos en la red de servicios y mostrar este monto en su explicación de beneficios.
 - Hacer que, cualquier monto que usted pague por atención de emergencia u otros servicios fuera de la red cuente como parte de su deducible y del límite anual de gastos que usted paga con su propio dinero por servicios incluidos en la misma.

Si piensa que le han facturado erróneamente, por favor comuníquese con el departamento de seguros de Indiana (*Indiana Department of Insurance*). Consulte la página <https://www.in.gov/idoi/consumer-services>, o llame al 317-232-8582.

Si desea más información sobre los derechos contemplados en la ley federal, consulte la página <https://www.cms.gov/nosurprises/consumers>.