

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 balance billed for these post-stabilization services.

Under Illinois state law, if your health plan provides coverage for emergency services and you receive emergency services from an out-of-network provider or facility in Illinois, 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 and your health plan must cover these services without requiring you to get approval in advance (prior authorization).

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.

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.

Similarly, under Illinois state law, if you receive services from an out-of-network provider at an in-network hospital or ambulatory surgical center in Illinois and an in-network provider is not available, the most the out-of-network provider may bill you is your plan's in-network cost sharing amount. These providers **can't** balance bill you. This applies to radiology, anesthesiology, pathology, emergency physician, or neonatology services.

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, the federal phone number for information and complaints is: 1-800-985-3059. Visit www.cms.gov/nosurprises/consumers for more information about your rights under federal law.

Wisconsin patients may also contact the Wisconsin Office of the Commissioner of Insurance at 1-800-236-8517. **Illinois patients** may also contact the Illinois Attorney General Health Care Bureau at: <https://www.illinoisattorneygeneral.gov/consumers/healthcare.html> or call their Health Care Hotline at 1-877-305-5145 (TTY 1-800-964-3013).



Sus Derechos y Protecciones Frente a las Facturas Médicas Sorpresivas

Cuando recibe atención médica de emergencia o lo trata un proveedor fuera de la red en un hospital o centro quirúrgico ambulatorio dentro de la red, está protegido contra la facturación del saldo. En estos casos, no se le debe cobrar más que los copagos, coaseguro y/o deducible de su plan.

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

Cuando consulta a un doctor u otro proveedor de atención médica, es posible que deba ciertos costos de bolsillo, como un copago, coaseguro o deducible. Es posible que tenga costos adicionales o tenga que pagar la factura completa si consulta a un proveedor o visita un centro de atención médica que no esté en la red de su plan de salud.

“Fuera de la red” significa proveedores e instalaciones que no han firmado un contrato con su plan de salud para brindar servicios. Es posible que los proveedores fuera de la red puedan facturarle la diferencia entre lo que paga su plan y el monto total cobrado por un servicio. A esto se le llama **“facturación del saldo”**. Es probable que esta cantidad sea mayor que los costos dentro de la red por el mismo servicio y es posible que no cuente para el deducible o el límite anual de desembolso personal de su plan.

La “facturación sorpresa” es una factura de saldo inesperada. Esto puede suceder cuando no puede controlar quién está involucrado en su atención, como cuando tiene una emergencia o cuando programa una visita en un centro dentro de la red, pero un proveedor fuera de la red lo trata inesperadamente. Las facturas médicas sorpresa podrían costar miles de dólares según el procedimiento o servicio.

Está protegido contra la facturación del saldo para:

Servicios de emergencia

Si tiene un problema de salud de emergencia y recibe servicios de emergencia de un proveedor o centro fuera de la red, lo máximo que pueden facturarle es la cantidad de costo compartido dentro de la red de su plan (como copagos, coaseguro y deducibles). **No** se le puede facturar el saldo de estos servicios de emergencia. Esto incluye los servicios que puede recibir después de estar en condición estable, a menos que dé su consentimiento por escrito y renuncie a sus protecciones para que no se le facture en forma equilibrada por estos servicios posteriores a la estabilización.

Según la ley del estado de Illinois, si su plan de salud brinda cobertura para servicios de emergencia y usted recibe servicios de emergencia de un proveedor o centro fuera de la red en Illinois, lo máximo que el proveedor o centro puede facturarle es la cantidad de costo compartido dentro de la red de su plan (como copagos y coaseguro). **No** se le puede cobrar el saldo por estos servicios de emergencia y su plan de salud debe cubrir estos servicios sin necesidad de que obtenga una aprobación por adelantado (autorización previa).

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

Cuando recibe servicios de un hospital o un centro quirúrgico ambulatorio dentro de la red, es posible que ciertos proveedores estén fuera de la red. En estos casos, lo máximo que estos proveedores pueden facturarle es la cantidad de costo compartido dentro de la red de su plan. Esto se aplica a servicios de medicina de emergencia, anestesia, patología, radiología, laboratorio, neonatología, asistente de cirujano, doctor hospitalario o intensivista. Estos proveedores **no** pueden facturarle el saldo y **no** pueden pedirle que renuncie a sus protecciones para que no se le facture el saldo.

Si obtiene otros tipos de servicios en estas instalaciones 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.

Nunca está obligado a renunciar a sus protecciones contra la facturación del saldo. Tampoco es necesario que reciba atención fuera de la red. Puede elegir un proveedor o un centro de la red de su plan.

De manera similar, según la ley del estado de Illinois, si recibe servicios de un proveedor fuera de la red en un hospital o centro quirúrgico ambulatorio dentro de la red en Illinois y un proveedor dentro de la red no está disponible, lo máximo que el proveedor fuera de la red puede facturarle es el monto del costo compartido dentro de la red de su plan. Estos proveedores **no** pueden facturarle el saldo. Esto se aplica a los servicios de radiología, anestesiología, patología, médico de emergencia o neonatología.

Cuando no se permite la facturación del saldo, también tiene estas protecciones:

- Usted solo es responsable de pagar su parte del costo (como los copagos, el coaseguro y el deducible que pagaría si el proveedor o el centro estuvieran dentro de la red). Su plan de salud pagará los costos adicionales a los proveedores e instalaciones fuera de la red directamente.
- Generalmente, su plan de salud debe:
 - Cubrir los servicios de emergencia sin necesidad de obtener una aprobación para los servicios por adelantado (también conocida como "autorización previa").
 - Cubrir los servicios de emergencia de proveedores fuera de la red.
 - Basar lo que le debe al proveedor o centro (costo compartido) en lo que le pagaría a un proveedor o centro dentro de la red y mostrar ese monto en su explicación de beneficios.
 - Contar cualquier cantidad que pague por servicios de emergencia o servicios fuera de la red para su deducible dentro de la red y límite de desembolso personal.

Si cree que se le ha facturado incorrectamente, el número de teléfono federal para obtener información y presentar quejas es: 1-800-985-3059. Visite www.cms.gov/nosurprises/consumers para obtener más información sobre sus derechos según la ley federal.

Los pacientes de Wisconsin también pueden comunicarse con la Oficina del Comisionado de Seguros de Wisconsin al 1-800-236-8517. **Los pacientes de Illinois** también pueden comunicarse con la Oficina de Atención Médica del Procurador General de Illinois en: <https://www.illinoisattorneygeneral.gov/consumers/healthcare.html> o llamar a la Línea Directa de Atención Médica al 1-877-305-5145 (TTY 1-800-964 -3013).

