



YOUR RIGHTS AND PROTECTIONS AGAINST SURPRISE MEDICAL BILLS

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 co-payment, co-insurance, 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 co-payments and co-insurance). 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 co-payments, co-insurance, 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.

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

If you believe you've been wrongly billed, you may contact us at (864) 725-7800 or the Department of Health and Human Services by phone at 1-800-985-3059 or in writing at 200 Independence Avenue, SW, Washington, DC 20201.

YOU HAVE THE RIGHT TO RECEIVE A “GOOD FAITH ESTIMATE” EXPLAINING HOW MUCH YOUR MEDICAL CARE WILL COST

Under the law, health care providers need to give patients who don't have insurance or who are not using insurance an estimate of the bill for medical items and services.

- You have the right to receive a Good Faith Estimate for the total expected cost of any non-emergency items or services. This includes related costs like medical tests, prescription drugs, equipment, and hospital fees.
- Make sure your health care provider gives you a Good Faith Estimate in writing at least 1 business day before your medical service or item. You can also ask your health care provider, and any other provider you choose, for a Good Faith Estimate before you schedule an item or service.
- If you receive a bill that is at least \$400 more than your Good Faith Estimate, you can dispute the bill.
- Make sure to save a copy or picture of your Good Faith Estimate.

To discuss or dispute an estimate, please contact us at (864) 725-5000.

For questions or more information about your right to a Good Faith Estimate, visit [cms.gov/nosurprises](https://www.cms.gov/nosurprises) or call 1-800-985-3059.



SUS DERECHOS Y PROTECCIONES CONTRA LAS FACTURAS MÉDICAS SORPRESA

¿QUÉ ES LA “FACTURACIÓN DEL SALDO” (A VECES LLAMADA “FACTURACIÓN SORPRESA”)?

Cuando acuda a un médico u otro proveedor de atención médica, es posible que deba pagar ciertos gastos extra, como un copago, coaseguro y/o un deducible. Es posible que tenga otros costos o que tenga que pagar toda la factura si acude a un proveedor o visita un centro de asistencia médica que no esté en la red de su plan de salud.

“Fuera de la red” describe a los proveedores y centros que no han firmado un contrato con su plan de salud. Los proveedores fuera de la red pueden estar autorizados a facturar la diferencia entre lo que su plan acordó pagar y el importe total cobrado por un servicio. A esto se le llama “facturación del saldo”. Este importe es probablemente superior a los costos dentro de la red por el mismo servicio y podría no contar para su límite anual de gastos extra.

La “facturación sorpresa” es una facturación del saldo inesperada. Esto puede ocurrir cuando no puede controlar quién interviene en su atención, como cuando tiene una urgencia o cuando programa una consulta en un centro dentro de la red, pero inesperadamente le atiende un proveedor fuera de la red.

ESTÁ PROTEGIDO DE LA FACTURACIÓN DEL SALDO POR:

Servicios de urgencia

Si tiene una urgencia médica y recibe servicios de urgencia de un proveedor o centro fuera de la red, lo máximo que el proveedor o el centro puede facturarle es el importe de los gastos compartidos dentro de la red de su plan (como los copagos y el coaseguro). 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 se le facturen de forma equilibrada estos servicios posteriores a la estabilización.

Determinados 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 podrían estar fuera de la red. En estos casos, lo máximo que pueden facturar esos proveedores es el importe de los gastos compartidos dentro de la red de su plan. Esto se aplica a los servicios de medicina de urgencia, anestesia, patología, radiología, laboratorio, neonatología, cirujano asistente, hospitalista o intensivista. 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 otros servicios en estos centros 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 se le exige que renuncie a sus protecciones contra la facturación del saldo. Tampoco está obligado a recibir atención fuera de la red. Puede elegir un proveedor o centro de la red de su plan.

CUANDO NO SE PERMITE LA FACTURACIÓN DEL SALDO, TAMBIÉN TIENE LAS SIGUIENTES PROTECCIONES:

- Usted solo es responsable de pagar su parte del costo (como los copagos, el coaseguro y los deducibles que pagaría si el proveedor o el centro estuvieran dentro de la red). Su plan de salud pagará directamente a los proveedores y centros fuera de la red.
- Su plan de salud generalmente debe:
 - Cubrir los servicios de urgencia sin exigir la aprobación de los servicios por adelantado (autorización previa).
 - Cubrir los servicios de urgencia prestados por proveedores fuera de la red.
 - Basar lo que debe al proveedor o centro (costo compartido) en lo que pagaría a un proveedor o centro dentro de la red y mostrar esa cantidad en su explicación de beneficios.
 - Contar cualquier monto que pague por los servicios de urgencia o por los servicios fuera de la red para su deducible y límite de gastos extra.

Visite cms.gov/nosurprises para obtener más información sobre sus derechos según la ley federal.

Si cree que se le ha facturado erróneamente, puede ponerse en contacto con nosotros al (864) 725-7800 o con el Departamento de Salud y Servicios Humanos por teléfono al 1-800-985-3059 o por escrito a 200 Independence Avenue, SW, Washington, DC 20201.

TIENE DERECHO A RECIBIR UN “ESTIMADO DE BUENA

Según la ley, los proveedores de asistencia médica tienen que dar a los pacientes que no tienen seguro o que no lo utilizan un estimado de la factura de los artículos y servicios médicos.

- Tiene derecho a recibir un estimado de buena fe del costo total previsto de cualquier artículo o servicio que no sea de urgencia. Esto incluye los costos relacionados, como las pruebas médicas, los medicamentos recetados, los equipos y los gastos de hospitalización.
- Asegúrese de que su proveedor de asistencia médica le dé un estimado de buena fe por escrito al menos 1 día hábil antes de su servicio o artículo médico. También puede pedir a su proveedor de asistencia médica, y a cualquier otro proveedor que elija, un estimado de buena fe antes de programar un artículo o servicio.
- Si recibe una factura que supera en al menos \$400 su estimado de buena fe, puede disputar la factura.
- Asegúrese de guardar una copia o foto de su estimado de buena fe.

Para hablar o disputar un presupuesto, póngase en contacto con nosotros al (864) 725-5000.

Si tiene preguntas o desea más información sobre su derecho a un estimado de buena fe, visite cms.gov/nosurprises o llame al 1-800-985-3059.