



Your Rights and 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.

Illinois comprehensive balance billing protections requires insurers to hold enrollees harmless for amounts beyond in-network level of cost sharing and prohibits out-of-network providers from billing enrollees for any amount beyond in-



network level of cost sharing to HMO and PPO enrollees for emergency services provided by out-of-network professionals at in-network facilities, and non-emergency services provided by out-of-network professionals at in-network facilities provided by certain specific classes of health care professionals. Illinois state law also provides a dispute resolution process. Protections do not apply to services received at out-of-network facilities, enrollees who consent to non-emergency out-of-network services, and enrollees of self-funded plans.

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 Department of Health and Human Services: 1-800-985-3059 or Nebraska Department of Insurance: 1-877-564-7323.

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

Visit www.doi.nebraska.gov for more information about your rights under state law.



Sus derechos y protecciones contra las facturas médicas sorpresa

Cuando recibe atención de emergencia o de un proveedor fuera de la red en un hospital o centro quirúrgico ambulatorio de la red, no debe preocuparse por la facturación sorpresa o facturación compensatoria.

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

Cuando acude a un médico o a otro proveedor de atención médica, es posible que deba pagar determinados gastos de su bolsillo, como copagos, coseguros o deducibles. Es posible que incurra en otros costos o que tenga que pagar toda la factura si acude a un proveedor o visita un centro de salud fuera de la red de su plan de salud.

“Fuera de la red” se refiere a los proveedores y centros que no han firmado un contrato con su plan de salud. Los proveedores fuera de la red podrían estar autorizados a facturarle la diferencia entre lo que paga su plan y el importe total que se cobra por un servicio. Esto se llama **“facturación compensatoria”**. Este importe puede ser superior a los costos dentro de la red por el mismo servicio y podría no contar para el deducible de su plan o el límite anual de gastos de bolsillo.

La “facturación sorpresa” es una factura compensatoria inesperada. Esto puede ocurrir cuando no puede controlar quién interviene en su atención, como cuando tiene una emergencia o cuando programa una visita en un centro dentro de la red, pero inesperadamente lo atiende un proveedor fuera de la red.

Usted está protegido de la facturación compensatoria en los siguientes casos:

Servicios de emergencia

Si tiene una emergencia médica y recibe servicios de emergencia de un proveedor o centro fuera de la red, lo máximo que le pueden facturar es el importe de costo compartido dentro de la red de su plan (como copagos y coseguros). **No** se le puede hacer una factura compensatoria por estos servicios de emergencia. Esto incluye los servicios que pueda 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 haga una factura compensatoria por 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 pueden estar fuera de la red. En estos casos, lo máximo que pueden facturarle esos proveedores es el monto de costo compartido dentro de la red de su plan. Esto se aplica a los servicios de medicina, anestesia, patología, radiología, laboratorio, neonatología, cirujano asistente, hospitalista o intensivista de emergencias. Estos proveedores **no** pueden hacerle una factura compensatoria **ni** deben pedirle que renuncie a sus protecciones para que no le facturen.

Si recibe otros servicios en estos centros dentro de la red, los proveedores fuera de la red **no** pueden hacerle ninguna factura compensatoria, a menos que usted otorgue su consentimiento por escrito y renuncie a sus protecciones.

Nunca es obligatorio que renuncie a sus protecciones contra la facturación compensatoria. Tampoco tiene la obligación de recibir atención fuera de la red. Puede elegir un proveedor o centro dentro de la red de su plan.

En virtud de la ley de facturación compensatoria del estado de Nebraska, si una persona cubierta recibe servicios de urgencia en un centro de atención médica dentro o fuera de la red, el proveedor de atención médica que preste esos servicios no le facturará un importe superior a ningún deducible, copago ni coseguro aplicable a los servicios dentro de la red de acuerdo con el plan de beneficios de salud de la persona cubierta.

Cuando no se permite la facturación compensatoria, también tiene las siguientes protecciones:

- Solo debe pagar su parte del costo (como los copagos, coseguros y 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.
- Por lo general, su plan de salud debe realizar lo siguiente:
 - Cubrir los servicios de urgencia sin exigir la aprobación de los servicios por adelantado (autorización previa).
 - Cubrir los servicios de emergencia de proveedores fuera de la red.
 - Calcular lo que usted debe al proveedor o centro (repartición de costos) en base a lo que pagaría a un proveedor o centro dentro de la red y mostrar ese monto en su explicación de beneficios.
 - Contar todo importe que pague por los servicios de emergencia o por los servicios fuera de la red como parte de su deducible y del límite de gastos de bolsillo.

Si cree que ha recibido una factura por error, puede comunicarse con el Departamento de Salud y Servicios Humanos al 1-800-985-3059 o Departamento de Seguros de Nebraska: 1-877-564-7323.

Ingresa a <https://www.cms.gov/nosurprises> para obtener más información sobre sus derechos en virtud de las leyes federales.

Ingresa a www.doi.nebraska.gov para obtener más información sobre sus derechos en virtud la ley estatal.