

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 healthcare 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.

California law also protects consumers from surprise medical bills and prohibits balance billing when you receive emergency services provided by an out-of-network doctor or hospital. (See a summary of your rights and how to file a complaint below.)

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.

California law protects consumers from surprise medical bills and prohibits balance billing when you receive emergency services provided by an out-of-network doctor or hospital. California law also protects consumers from surprise medical bills when they receive non-emergency services at an in-network facility but are treated there by a professional who is out-of-network.

- A summary of your rights if you are covered by a health plan that is regulated by the California Department of Managed Health Care can be found at the following website:
<https://www.dmhc.ca.gov/Portals/0/HealthCareInCalifornia/FactSheets/fsab72.pdf>
- A summary of your rights if you are covered by an insurance company that is regulated by the California Department of Insurance can be found at the following website:
<https://www.insurance.ca.gov/01-consumers/110-health/60-resources/NoSurpriseBills.cfm>

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, please see the contact information below for the appropriate agency to contact.

- If you are covered by a health plan that is regulated by the California Department of Managed Health Care, you can contact the Department of Managed Health Care's Help Center at 1-888-466-2219, or file a complaint at <https://www.dmhc.ca.gov/file-a-complaint/contact-your-health-plan.aspx>.
- If you are covered by an insurance company that is regulated by the California Department of Insurance, you can contact the Department of Insurance's consumer help line at 1-800-927-4357, or file a complaint at <https://www.insurance.ca.gov/01-consumers/101-help/index.cfm>.

Cuando recibe atención de emergencia o es atendido por un proveedor fuera de la red en un hospital o centro de cirugía ambulatoria dentro de la red, usted está protegido contra la facturación sorpresa o facturación de saldos.

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

Cuando consulta a un médico u otro proveedor de atención médica, es posible que deba pagar ciertos costos de bolsillo, como un copago, un coseguro y/o un deducible. Posiblemente tendrá otros costos, o deba pagar la factura completa si visita a un proveedor o un centro de atención médica fuera de la red de su plan de salud.

“Fuera de la red” describe a proveedores y centros que no han firmado un contrato con su plan de salud. A los proveedores fuera de la red se les podría permitir facturarle la diferencia entre lo que su plan acordó pagar y el monto total cobrado por un servicio. A esto se le llama **“facturación de saldos”**. Este monto probablemente sea mayor que los costos dentro de la red por el mismo servicio, y es posible que no se tome en cuenta para el límite anual de los gastos de bolsillo de su plan.

La “facturación sorpresa” es una factura de saldos inesperada. Esto puede suceder cuando usted no puede controlar quién está involucrado en su atención médica, como cuando tiene una emergencia o cuando programa una consulta en un centro dentro de la red, pero es atendido inesperadamente por un proveedor fuera de la red.

Está protegido contra la facturación de saldos por:

Servicios de emergencia

Si tiene una afección médica de emergencia y recibe servicios de emergencia de un proveedor o centro fuera de la red, lo máximo que pueden facturarle es el monto del costo compartido dentro de la red de su plan (como copagos y coseguro). **No** le pueden facturar el saldo de estos servicios de emergencia. Esto incluye los servicios que puede recibir cuando se encuentra en una condición estable, a menos que dé su consentimiento por escrito y renuncie a sus protecciones en contra de la facturación de saldos por estos servicios posteriores a la estabilización.

La ley de California también protege a los consumidores de facturas médicas sorpresa y prohíbe la facturación de saldos cuando recibe servicios de emergencia proporcionados por un médico u hospital fuera de la red. (Consulte un resumen de sus derechos y de cómo presentar una queja a continuación).

Ciertos servicios en un hospital o en un centro de cirugía ambulatoria dentro de la red

Cuando recibe servicios de un hospital o un centro de cirugía ambulatoria dentro de la red, es posible que ciertos proveedores estén fuera de la red. En estos casos, lo máximo que pueden facturarle es la cantidad del costo compartido dentro de la red de su plan. Esto se aplica a los servicios de medicina de emergencia, anestesia, patología, radiología, laboratorio, neonatología, cirujano asistente, servicios de médicos hospitalistas o de cuidados intensivos. Estos proveedores **no** pueden facturarle el saldo y **no** pueden pedirle que renuncie a sus protecciones contra la facturación de saldos.

Si recibe otros servicios en estos centros dentro de la red, los proveedores fuera de la red **no** pueden facturarle saldos a menos que dé su consentimiento por escrito y renuncie a sus protecciones.

Nunca está obligado a renunciar a sus protecciones sobre la facturación de saldos. Tampoco está obligado a recibir atención fuera de la red. Puede elegir un proveedor o centro dentro de la red de su plan.

La ley de California protege a los consumidores de facturas médicas sorpresa y prohíbe la facturación de saldos cuando recibe servicios de emergencia proporcionados por un médico u hospital fuera de la red. La ley de California también protege a los consumidores de facturas médicas sorpresa cuando reciben servicios que no son de emergencia en un centro dentro de la red, pero son tratados allí por un profesional que está fuera de la red.

- Puede encontrar un resumen de sus derechos si está cubierto por un plan de salud regulado por el Departamento de Atención Médica Administrada (Department of Managed Health Care) de California en el siguiente sitio web:
<https://www.dmhc.ca.gov/Portals/0/HealthCareInCalifornia/FactSheets/fsab72.pdf>
- Puede encontrar un resumen de sus derechos si está cubierto por una compañía de seguros regulada por el Departamento de Seguros (Department of Insurance) de California en el siguiente sitio web:
<https://www.insurance.ca.gov/01-consumers/110-health/60-resources/NoSurpriseBills.cfm>

Cuando no se permite la facturación de saldos, también cuenta con las siguientes protecciones:

- Usted solo es responsable de pagar su parte del costo compartido (como los copagos, el coseguro y los deducibles que pagaría si el proveedor o el centro formaran parte 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 emergencia sin necesidad de obtener una aprobación por adelantado para los servicios (autorización previa);
 - cubrir los servicios de emergencia de proveedores fuera de la red;
 - tomar como base lo que le debe al proveedor o centro (costo compartido) en lo que le pagaría a un proveedor dentro de la red y mostrar esa cantidad en su explicación de beneficios;
 - tomar en cuenta cualquier monto que pague por servicios de emergencia o servicios fuera de la red para su deducible y el límite de gastos de bolsillo.

Si cree que le han facturado incorrectamente, consulte la información de contacto a continuación para conocer la agencia adecuada con la que debe contactarse.

- Si está cubierto por un plan de salud regulado por el Departamento de Atención Médica Administrada de California, puede comunicarse con el Centro de ayuda del Departamento de Atención Médica Administrada al 1-888-466-2219 o presentar una queja en <https://www.dmhc.ca.gov/file-a-complaint/contact-your-health-plan.aspx>.
- Si está cubierto por una compañía de seguros regulada por el Departamento de Seguros de California, puede comunicarse con la línea de ayuda al consumidor del Departamento de Seguros al 1-800-927-4357 o presentar una queja en <https://www.insurance.ca.gov/01-consumers/101-help/index.cfm>.