

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.

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.

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, contact The Georgia Secretary of State at 404-656-2881 or by email <https://sos.ga.gov/cgi-bin/email.asp>.

Visit www.cms.gov/nosurprises/consumers for more information about your rights under federal law.

Visit www.georgiawatch.org/factsheet-what-you-need-to-know-about-georgias-surprise-billing-law/ for more information about your rights under Georgia Subject 120-2-106 Surprise Billing.

Sus derechos y protecciones frente a facturas médicas sorpresa

Cuando recibe atención de emergencia o lo atiende un proveedor fuera de la red en un centro de la red, cuenta con protección contra la facturación de saldos. En estos casos, no deben cobrarle más que los copagos, el coseguro o el deducible de su plan.

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

Cuando consulta con un médico u otro proveedor de atención médica, es posible que deba pagar de su bolsillo costos como, por ejemplo, un copago, un coseguro o un deducible. Puede tener costos adicionales o tener que pagar la factura completa si consulta a un proveedor o visita un centro de atención médica que estén fuera de la red de su plan de salud.

“Fuera de la red” significa que los proveedores y los centros no firmaron un contrato con su plan de salud para proporcionar servicios. Es posible que los proveedores fuera de la red puedan cobrarle la diferencia entre lo que paga su plan y el monto total que se cobra por un servicio. Esto se denomina “**facturación de saldos**”. Este monto probablemente sea mayor que los costos de un centro de la red para el mismo servicio y probablemente no se los tenga en cuenta para el deducible o límite anual de su plan que paga de su bolsillo.

La “facturación sorpresa” es una facturación de saldos imprevista. Esto puede suceder cuando usted no puede controlar quién participa en su atención, como cuando tiene una emergencia o cuando programa una visita en un centro de la red, pero de manera inesperada lo atiende un proveedor fuera de la red. Las facturas médicas sorpresa podrían costar miles de dólares dependiendo del procedimiento o servicio.

Las aseguradoras deben informarle qué proveedores y centros se encuentran en sus redes. Los proveedores y centros deben informarle sobre las redes de proveedores con las que participan. Esta información se obtiene en el sitio web de la aseguradora, del proveedor o del centro, o bien, a pedido.

Cuenta con protección contra la facturación de saldos para lo siguiente:

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 cobrarle es el monto de costo compartido de la red de su plan (como deducibles, copagos y coseguros). **No** pueden cobrarle los saldos por estos servicios de emergencia. Esto incluye servicios en el mismo centro que podría recibir después de que se encuentre en condición estable, a menos que otorgue consentimiento por escrito y renuncie a sus protecciones de facturación de saldos para estos servicios posteriores a la Cuando recibe atención de emergencia o lo atiende un proveedor fuera de la red en un centro de la red, cuenta con protección contra la facturación de saldos. En estos casos, no deben cobrarle más que los copagos, el coseguro o el deducible de su plan. Formulario 405-A (revisado 9/2022) estabilización.

Determinados servicios en un centro de la red

Cuando recibe servicios de un centro de la red, es posible que determinados proveedores allí estén fuera de la red. En estos casos, lo máximo que aquellos proveedores pueden cobrarle es el monto de costo compartido de la red de su plan. Esto se aplica a medicina de emergencia, servicios de laboratorio, cirugías y servicios de asistente de cirujano, y servicios profesionales auxiliares como anestesia, patología, radiología, neonatología, servicios de hospitalistas o intensivistas. Estos proveedores **no pueden** cobrarle saldos y **no pueden** pedirle que renuncie a sus protecciones para que no se les cobren saldos.

Si recibe otros tipos de servicios en estos centros de la red, los proveedores fuera de la red **no pueden** cobrarle saldos a menos que usted otorgue consentimiento por escrito y renuncie a sus protecciones.

No se requiere que renuncie a sus protecciones de facturación de saldos. Tampoco se requiere que reciba atención fuera de la red. Puede elegir un proveedor o un centro en la red de su plan.

Cuando no se permita la facturación de saldos, también cuenta con estas protecciones:

- Usted es únicamente responsable de pagar su parte del costo (como copagos, coseguro y deducible que pagaría si el proveedor o el centro estuviera en la red). Su plan de salud pagará los costos adicionales a los proveedores y centros fuera de la red de manera directa.
- En general, su plan de salud debe:
 - o Cubrir servicios de emergencia sin requerir que reciba autorización por anticipado para recibir servicios (también conocida como “autorización previa”).
 - o Cubrir servicios de emergencia prestados por proveedores fuera de la red. o Basar lo que debe pagarle al proveedor
 - o al centro (costo compartido) teniendo en cuenta lo que le pagaría a un proveedor o centro de la red y mostrar dicho monto en su explicación de beneficios.
 - o Tener en cuenta todo monto que paga por servicios de emergencia o servicios fuera de la red para el deducible de la red y el límite de gastos de la red que paga de su bolsillo.

Si considera que le cobraron mal, comuníquese con los organismos federales responsables de hacer cumplir la ley federal de protección de saldos llamando al: 1-800-985-3059 o contacto con el Secretario de Estado de Georgia en: <https://sos.ga.gov/cgi-bin/email.asp> o llamar al 404-656-2881. Visite cms.gov/nosurprises/consumers para obtener más información sobre sus derechos de conformidad con la ley federal.