

When you get emergency care or get treated by an out-of-network provider at an in-network hospital or ambulatory (outpatient) surgical center, you are protected from “surprise billing” or “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, such as a copayment, coinsurance, and/or a 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.

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 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 outpatient surgical center

When you get services from an in-network hospital or outpatient surgical center, certain providers there may be out-of-network. In these cases, the most they 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 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).

When balance billing isn’t allowed, you also have these protections:

- You are only responsible for paying your share of the cost (like the copayments, coinsurance, and deductibles 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.

“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 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’s 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 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.

If you think you’ve been

wrongly billed, call UNITE HERE HEALTH. Use the phone number on the back of your medical ID card or posted on [uhh.org/contact](https://www.uhh.org/contact)

If you have questions about your rights, you may also contact the federal No Surprises Help Desk at (800) 985-3059

For more information about your rights under federal law, visit <https://www.cms.gov/nosurprises/consumers>

Cuando recibe atención de emergencia o es tratado por un proveedor fuera de la red en un hospital o centro quirúrgico ambulatorio (paciente externo) dentro de la red, está protegido contra la “facturación sorpresa” o “facturación de saldo”. En estos casos, no se le debe cobrar más que los copagos, coseguro y/o deducible de su plan.

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

Cuando consulta a un médico u otro proveedor de atención médica, es posible que deba ciertos gastos de su bolsillo, como un copago, un coseguro y/o un deducible. Es posible que tenga costos adicionales, o que tenga que pagar la factura completa, si ve a un proveedor o visita un centro de atención médica que no está en la red de su plan de salud.

Está protegido contra la facturación de saldos para:

• 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 le pueden facturar es el monto del costo compartido dentro de la red de su plan (como copagos, coseguro y deducibles).

No se le puede facturar el saldo por estos servicios de emergencia. Esto incluye los servicios que puede recibir después de estar en una condición estable, a menos que dé su consentimiento por escrito y renuncie a sus protecciones para no recibir una facturación equilibrada por estos servicios posteriores a la estabilización.

• Ciertos 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, es posible que ciertos proveedores estén fuera de la red. En estos casos, lo máximo que esos proveedores pueden facturarle es el monto del costo compartido dentro de la red de su plan. Esto aplica a los servicios de medicina de emergencia, anestesia, patología, radiología, laboratorio, neonatología, asistente de cirujano, hospitalista 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 servicios en estos centros 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.

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

- Solo es responsable de pagar su parte del costo (como los copagos, el coseguro y los deducibles que pagaría si el proveedor o el centro estuviera dentro de la red). Su plan de salud pagará cualquier costo adicional a los proveedores e instalaciones fuera de la red directamente.
- Por lo general, su plan de salud debe:
 - Cubrir los servicios de emergencia sin requerir que usted obtenga una aprobación por adelantado para los servicios (también conocido como “autorización previa”).
 - Cubrir los servicios de emergencia de proveedores fuera de la red.
 - Debe basar lo que debe al proveedor o centro (costo compartido) en lo que le pagaría a un proveedor o centro dentro de la red y muestre esa cantidad en su explicación de beneficios.
 - Cuente cualquier monto que pague por servicios de emergencia o servicios fuera de la red para su deducible dentro de la red y límite de gastos de bolsillo.

“Fuera de la red” significa a proveedores e instalaciones que no han firmado un contrato con su plan de salud para brindar servicios. Es posible que se permita a los proveedores fuera de la red facturarle la diferencia entre lo que su plan acordó pagar y el monto total cobrado por un servicio. Esto se 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 su límite anual de gastos de bolsillo.

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 recibe un tratamiento inesperado por parte de un proveedor fuera de la red. Las facturas médicas sorpresa pueden costar miles de dólares según el procedimiento o servicio.

NUNCA está obligado a renunciar a sus protecciones contra la facturación de saldos. Tampoco es necesario que obtenga atención fuera de la red. Puede elegir un proveedor o centro de la red de su plan.

Si cree que le han facturado incorrectamente, llame a UNITE HERE HEALTH. Utilice el número de teléfono que figura en el reverso de su tarjeta de identificación médica o el que se encuentra en [uhh.org/contact](https://www.uhh.org/contact)

Si tiene preguntas sobre sus derechos, también puede comunicarse con el servicio de asistencia federal Sin sorpresas al (800) 985-3059

Para más información sobre sus derechos bajo la ley federal, visite <https://www.cms.gov/nosurprises/consumers>