



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 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.

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 Idaho Department of Insurance by visiting the department's website at doi.idaho.gov/nosurprises or calling the Consumer Affairs section at 1-208-334-4319 or toll-free in Idaho at 1-800-721-3272

Visit doi.idaho.gov/nosurprises for more information about your rights under this law.

Sus Derechos y Protecciones Contra Facturas Médicas Sorpresa

Cuando usted recibe atención de emergencia o es atendido por un proveedor fuera de la red en un hospital o centro quirúrgico ambulatorio dentro de la red, usted está protegido contra la facturación sorpresa o la facturación de saldo

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

Cuando usted ve a un doctor u otro proveedor de salud, puede deber ciertos costos de su bolsillo, como un copago, coseguro y/o deducible. Usted puede tener otros costos o tener que pagar la factura completa si ve a un proveedor o visita una instalación de salud que no está en la red de su plan de salud.

“Fuera de la red” describe a los proveedores e instalaciones que no han firmado un contrato con su plan de salud. Los proveedores fuera de la red pueden tener permiso para cobrarle la diferencia entre lo que su plan acordó pagar y la cantidad total cobrada por un servicio. A esto se le llama “**facturación de saldo.**” Esta cantidad probablemente sea mayor que los costos dentro de la red por el mismo servicio y podría no contar para su límite anual de desembolso máximo.

La “**facturación sorpresa**” es una factura de saldo inesperada. Esto puede pasar cuando usted no puede controlar quién participa en su atención, como cuando tiene una emergencia o cuando programa una visita en una instalación dentro de la red pero es atendido inesperadamente por un proveedor fuera de la red.

Usted está protegido contra la facturación de saldo en:

Servicios de emergencia

Si usted tiene una condición médica de emergencia y recibe servicios de emergencia de un proveedor o instalación fuera de la red, lo máximo que el proveedor o la instalación pueden cobrarle es la cantidad de costo compartido de su plan dentro de la red (como copagos y coseguro). Usted **no puede** recibir facturación de saldo por estos servicios de emergencia. Esto incluye los servicios que pueda recibir después de que esté en condición estable, a menos que usted dé su consentimiento por escrito y renuncie a sus protecciones de no ser facturado por saldo por estos servicios posteriores a la estabilización.

Ciertos servicios en un hospital o centro quirúrgico ambulatorio dentro de la red

Cuando usted recibe servicios de un hospital o centro quirúrgico ambulatorio dentro de la red, algunos proveedores ahí pueden estar fuera de la red. En estos casos, lo máximo que esos proveedores pueden cobrarle es la cantidad de costo compartido de su plan dentro de la red. Esto aplica a servicios de medicina de emergencia, anestesia, patología, radiología, laboratorio, neonatología, cirujano asistente, hospitalista o intensivista. Estos proveedores **no pueden** facturarle saldo ni pedirle que renuncie a sus protecciones de no ser facturado por saldo.

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

Usted nunca está obligado a renunciar a sus protecciones contra la facturación de saldo.

Tampoco está obligado a recibir atención fuera de la red. Usted puede elegir un proveedor o una instalación dentro de la red de su plan.

Cuando la facturación de saldo no está permitida, usted también tiene las siguientes protecciones:

- Usted solo es responsable de pagar su parte del costo (como copagos, coseguro y deducibles que pagaría si el proveedor o instalación estuvieran dentro de la red). Su plan de salud pagará directamente a los proveedores y a las instalaciones fuera de la red.
- Su plan de salud generalmente debe:
 - Cubrir servicios de emergencia sin requerir que usted obtenga autorización previa (pre-autorización).
 - Cubrir servicios de emergencia por proveedores fuera de la red.
 - Basar lo que usted debe al proveedor o instalación (costo compartido) en lo que pagaría a un proveedor o instalación dentro de la red y mostrar esa cantidad en su explicación de beneficios.
 - Contar cualquier cantidad que usted pague por servicios de emergencia o servicios fuera de la red para su deducible y límite de desembolso máximo.

Si usted cree que ha sido facturado incorrectamente, puede contactar al Departamento de Seguros de Idaho visitando la página web del departamento en doi.idaho.gov/nosurprises o llamando a la sección de Asuntos al Consumidor al 1-208-334-4319 o sin costo en Idaho al 1-800-721-3272

Visite doi.idaho.gov/nosurprises para más información sobre sus derechos bajo esta ley.
