

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 cannot 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, deductibles 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 balanced billed for these post-stabilization services.

In accordance with the No Surprise Act requirement the beneficiary or guarantor receiving services at Community First ER will not be balanced billed for any amounts which are considered not allowable by your insurance company. The guarantor or beneficiary will only be billed for co-pays, deductibles and co-insurance amounts in accordance with the insurance plan.

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 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 **cannot** 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.

This facility is in compliance with HB2041 and SB1264. This information is provided to you in a separate disclosure. This facility does not balance bill for any out-of-network services.

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 Texas Health and Human Services at (800) 458-9848 or email hfc.complaints@hhs.texas.gov

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

For more information about your rights under Texas state laws visit:

<https://www.tdi.texas.gov/tips/texas-protects-consumers-from-surprise-medical-bills.html>

Usted Derechos y Protecciones Contra Sorpresa Médico Cuentas

Cuando recibe atención de emergencia o recibe tratamiento de un proveedor fuera de la red en un hospital o centro quirúrgico ambulatorio dentro de la red, está protegido de la facturación sorpresa o la facturación del saldo.

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

Cuando vea a un médico u otro proveedor de atención médica, es posible que deba ciertos costos de su bolsillo, como un copago, un coseguro y / o un deducible. Es posible que tenga otros costos o 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. "Fuera de la red" describe a los proveedores e instalaciones que no han firmado un contrato con su plan de salud. Es posible que a los proveedores fuera de la red se les permita facturarle la diferencia entre lo que su plan acordó pagar y el monto total cobrado por un servicio. Esto se llama "**facturación de saldo**". Es probable que esta cantidad sea mayor que los costos dentro de la red para el mismo servicio y es posible que no cuente para su límite anual de desembolso. 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 es tratado inesperadamente por un proveedor fuera de la red.

Usted está protegido de la facturación del saldo 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 el proveedor o centro puede facturarle es el monto de costos compartidos dentro de la red de su plan (como copagos, deducible y coseguros). No se le **puede** facturar el saldo de estos servicios de emergencia. Esto incluye los servicios que puede obtener después de estar en condición estable a menos que dé su consentimiento por escrito y renuncie a sus protecciones para que no se le facturen de manera equilibrada por estos servicios posteriores a la estabilización.

De acuerdo con el requisito de la No Surprise Act, el beneficiario o garante que reciba servicios en Community First ER no se le facturará de manera equilibrada por ningún monto que su compañía de seguros considere no permitido. Al garante o beneficiario solo se le facturarán los copagos, deducibles y montos de coseguro de acuerdo con el plan de seguro.

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, ciertos proveedores pueden estar fuera de la red. En estos casos, lo máximo que esos proveedores pueden facturarle es el monto de costos compartidos dentro de la red de su plan. Esto se aplica a la medicina de emergencia, anestesia, patología, radiología, laboratorio, neonatología, cirujano asistente, hospitalista o servicios intensivistas. Estos proveedores **no pueden** equilibrarlo y es posible que **no** le pidan que renuncie a sus protecciones para que no se les facture el saldo. Si obtiene otros servicios en estas instalaciones dentro de la red, los proveedores fuera de la red **no pueden** equilibrar la factura, a menos que usted dé su consentimiento por escrito y renuncie a sus protecciones.

Nunca se le pedirá que renuncie a sus protecciones de la facturación del saldo. Tampoco está obligado a

recibir atención fuera de la red. Puede elegir un proveedor o instalación en la red de su plan.

Esta instalación cumple con HB2041 y SB1264. Esta información se le proporciona en una divulgación separada. Esta instalación no equilibra la factura de ningún servicio fuera de la red.

Cuando no se permite la facturación de saldo, también tienes las siguientes protecciones:

Usted solo es responsable de pagar su parte del costo (como los copagos, el coaseguro y los deducibles que pagaría si el proveedor o la instalación estuviera dentro de la red). Su plan de salud pagará directamente a los proveedores e instalaciones fuera de la red. Su plan de salud generalmente debe:

- Cubra los servicios de emergencia sin necesidad de obtener la aprobación de los servicios por adelantado (autorización previa).
- Cubrir los servicios de emergencia de proveedores fuera de la red.
- Base lo que le debe al proveedor o instalación (costo compartido) en lo que pagaría a un proveedor o instalación dentro de la red y muestre esa cantidad en su explicación de beneficios.
- Cuenten cualquier cantidad que pague por servicios de emergencia o servicios fuera de la red para su deducible y límite de desembolso.

Si cree que se le ha facturado incorrectamente, puede comunicarse con Texas Health and Human Services al (800) 458-9848 o enviar un correo electrónico a hfc.complaints@hhs.texas.gov

Visite <https://www.cms.gov/nosurprises> para obtener más información sobre sus derechos bajo la ley federal.

Para más información sobre sus derechos bajo las leyes estatales de Texas visite:

<https://www.tdi.texas.gov/tips/texas-protects-consumers-from-surprise-medical-bills.html>