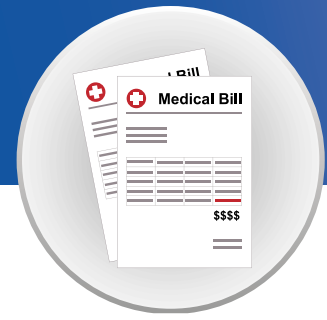


KNOW YOUR HEALTH CARE RIGHTS



Surprise Medical Bills

California law protects health plan members from surprise medical bills. Members are only responsible for **in-network** cost-sharing (for example, co-pay, co-insurance or deductible) when they use an **in-network facility**. Health plan members are also protected from surprise bills from ground ambulances.

What is a Surprise Bill?

A health plan member may receive an unexpected bill from an out-of-network provider when they receive services at an in-network facility. The bill is a result of a billing disagreement between the health plan and out-of-network providers. Under the law, consumers who go to an in-network facility must pay only for in-network cost-sharing.

A surprise bill could also come from an ambulance. Under the law, consumers are only responsible for the in-network cost-sharing amount for ground ambulance services, even if the ambulance is not in the health plan's network.

What If I Received a Surprise Bill? And What If I Already Paid?

If you received a surprise bill and already paid more than the in-network cost share, file a complaint, sometimes called a grievance or appeal, with your health plan with a copy of the bill.

Your health plan will review your complaint and should tell the provider to stop billing you. If you do not agree with your health plan's response or they take more than 30 days to fix the problem, you can file a complaint with the Department of Managed Health Care (DMHC) Help Center. You can file a complaint online at www.DMHC.ca.gov or call 1-888-466-2219 for help.

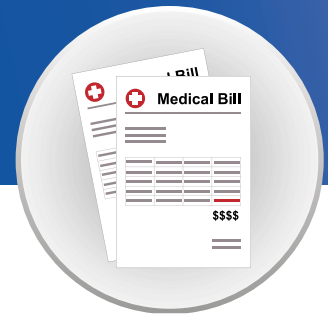
What does “in-network” mean?

The term “**in-network**” refers to providers and facilities such as doctors and hospitals under contract with your health plan. A provider who does not contract with your health plan is called an “out-of-network provider” or “non-contracted provider.”

February 12, 2024



CONOZCA SUS DERECHOS DE ATENCIÓN MÉDICA



Facturas médicas inesperadas

La ley de California protege a los miembros del plan de salud contra facturas médicas inesperadas. Los miembros solo son responsables del costo compartido **dentro de la red** (por ejemplo, copago, coseguro o deducible) cuando utilizan un **centro dentro de la red**. Los miembros del plan de salud también están protegidos contra facturas inesperadas de ambulancias terrestres.

¿Qué es una factura inesperada?

Un miembro del plan de salud puede recibir una factura inesperada de un proveedor fuera de la red cuando recibe servicios en un centro dentro de la red. La factura es el resultado de un desacuerdo en la facturación entre el plan de salud y los proveedores fuera de la red. Según la ley, los consumidores que acuden a un centro dentro de la red deben pagar únicamente el costo compartido dentro de la red.

Una factura inesperada también puede ser de una ambulancia. Según la ley, los consumidores solo son responsables del monto del costo compartido dentro de la red por los servicios de ambulancia terrestre, incluso si la ambulancia no está en la red del plan de salud.

¿Qué pasa si recibí una factura inesperada y ya la pagué?

Si recibió una factura inesperada y ya pagó más que el costo compartido dentro de la red, presente un reclamo, a veces llamada queja o apelación, ante su plan de salud con una copia de la factura.

Su plan de salud revisará su reclamo y deberá decirle a su proveedor que deje de facturarle. Si no está de acuerdo con la respuesta de su plan de salud o si se tardan más de 30 días para arreglar el problema, puede presentar un reclamo ante el Centro de Ayuda del Department of Managed Health Care (DMHC). Puede presentar un reclamo en línea en www.DMHC.ca.gov o llamar al 1-888-466-2219 para obtener ayuda.

¿Qué significa “dentro de la red”?

El término “**dentro de la red**” se refiere a proveedores e instalaciones como médicos y hospitales bajo contrato con su plan de salud. Un proveedor que no está contratado por su plan de salud se conoce como “proveedor fuera de la red” o “proveedores no contratados.”

2-12-2024

