

## **Model Disclosure Notice Regarding Patient Protections Against Surprise Billing**

### **Instructions for Group Health Plans and Health Insurance Issuers** **(For use for plan years beginning on or after January 1, 2022)**

Federal law requires group health plans and health insurance issuers offering group or individual health insurance coverage to make publicly available, post on a public website of the plan or issuer, and include on each explanation of benefits for an item or service with respect to which the requirements under section 9816 of the Internal Revenue Code (the Code), section 716 of the Employee Retirement Income Security Act (ERISA), and section 2799A-1 of the Public Health Service Act (PHS Act) apply, information in plain language on:

- (1) the federal restrictions on balance billing in certain circumstances,
- (2) any applicable state law protections against balance billing,
- (3) the requirements under Code section 9816, ERISA section 716, and PHS Act section 2799A-1, and
- (4) information on contacting appropriate state and federal agencies if an individual believes a provider or facility has violated the restrictions against balance billing.<sup>2</sup>

<sup>2</sup>Section 9820(c) of the Code, section 720(c) of ERISA, and section 2799A-5(c) of the PHS Act.

Plans and issuers can, but aren't required to, use this model notice to meet these disclosure requirements. To use this document properly, the plan or issuer should review, complete, and provide it in a manner consistent with applicable state and federal law. The Departments of Health and Human Services, Labor, and the Treasury (the Departments) consider use of this model notice, in accordance with these instructions, to be good faith compliance with the disclosure requirements of section 9820(c) of the Code, section 720(c) of ERISA, and section 2799A-5(c) of the PHS Act, if all other applicable requirements are met.

If a state develops model or required language for its disclosure notice that is consistent with section 9820(c) of the Code, section 720(c) of ERISA, and section 2799A-5(c) of the PHS Act, the Departments will consider a plan or issuer that makes good faith use of the state-developed language compliant with the federal requirement to include information about state law protections.

#### **Language access**

##### **Compliance with Federal Civil Rights Laws**

Entities that get federal financial assistance must comply with federal civil rights laws that prohibit discrimination. These laws include section 1557 of the Affordable Care Act, Title VI of the Civil Rights Act of 1964, and section 504 of the Rehabilitation Act of 1973. Section 1557 and title VI require covered entities to take reasonable steps to ensure meaningful access to

individuals with limited English proficiency, which may include offering language assistance services such as translation of written content into languages other than English.

Sections 1557 and 504 require covered entities to take appropriate steps to ensure effective communication with individuals with disabilities, including provision of appropriate auxiliary aids and services. Auxiliary aids and services may include interpreters, large print materials, accessible information and communication technology, open and closed captioning, and other aids or services for persons who are blind or have low vision, or who are deaf or hard of hearing. Information provided through information and communication technology also must be accessible to individuals with disabilities, unless certain exceptions apply. Plans and issuers are reminded that the disclosure notice must comply with applicable state or federal language-access standards.

### **Use of Plain Language**

Plans and issuers are encouraged to use plain language in the disclosure notice and test the notice for clarity and usability when possible.

Plain language, accessibility, and language access resources:

- [Plainlanguage.gov/guidelines](https://www.plainlanguage.gov/guidelines)
- [Section508.gov](https://www.section508.gov)
- [LEP.gov](https://www.lep.gov)

**NOTE:** The information provided in these instructions is intended to be only a general summary of technical legal standards. It isn't intended to take the place of the statutes, regulations, or formal policy guidance on which it is based. Refer to the applicable statutes, regulations, and other interpretive materials for complete and current information.

## 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.

*[Insert plain language summary of any applicable state balance billing laws or requirements OR state-developed language as appropriate]*

#### **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 [Centers for Medicare & Medical Services](#). The federal phone number for information and complaints is: 1-800-985-3059.

Many states offer help to consumers with health insurance problems through Consumer Assistance Programs\* (CAPS). Through a federal grant, many states have established CAPs in order to better assist consumers experiencing problems with their health insurance or seeking to learn about health coverage options. State CAPs offer direct assistance by phone, direct mail, email, or walk-in locations. Visit <https://www.cms.gov/CCIIO/Resources/Consumer-Assistance-Grants> to help locate surprise billing information in your particular state.

Here is a [link](#) to the Federal No Surprises Act translated in Spanish.

## **Modelo de aviso de divulgación sobre las protecciones de los pacientes contra la facturación sorpresa**

### **Instrucciones para los planes de salud grupales y los emisores de seguros de salud (para usar en el plan de años a partir del 1 de enero de 2022 o después)**

La legislación federal exige que los planes de salud grupales y los emisores de seguros médicos ofrezcan cobertura de seguros médicos colectivos o individuales para poner a disposición del público, publicar en un sitio web público del plan o emisor, e incluir en cada explicación de los beneficios de un artículo o servicio con respecto a los cuales los requisitos en virtud de la sección 9816 del Código de Impuestos Internos (el Código), Sección 716 de la Ley de Seguridad de los Ingresos de Jubilación para los Empleados (Employee Retirement Income Security Act, ERISA), y la sección 2799A-1 de la Ley de Servicio de Salud Pública (Public Health Service, PHS), información en lenguaje sencillo sobre:

- (1) las restricciones federales sobre la facturación de saldo en determinadas circunstancias,
  - (2) cualesquiera protecciones de la ley estatal aplicables contra la facturación de saldo.
  - (3) los requisitos de la sección 9816 del Código, la sección 716 de la Ley ERISA y la sección 2799A-1 de la Ley PHS, e
  - (4) información sobre cómo ponerse en contacto con las agencias estatales y federales correspondientes si una persona cree que un proveedor o instalación ha infringido las restricciones contra la facturación de saldo.<sup>2</sup>
- <sup>2</sup>Sección 9820(c) del Código, sección 720(c) de la Ley ERISA y sección 2799A-5(c) de la Ley PHS.

Los planes y emisores pueden, pero no es obligatorio, utilizar este aviso modelo para cumplir con estos requisitos de divulgación. Para utilizar este documento adecuadamente, el plan o emisor debe revisarlo, completarlo y proporcionarlo de manera coherente con las leyes estatales y federales aplicables. Los Departamentos de Salud y Servicios Humanos, Trabajo y Tesorería (los Departamentos) consideran el uso de este aviso modelo, de acuerdo con estas instrucciones, como cumplimiento de buena fe de los requisitos de divulgación de la sección 9820(c) del Código, la sección 720(c) de la Ley ERISA y la sección 2799A-5(c) de la Ley PHS, si se cumplen todos los demás requisitos aplicables.

Si un estado desarrolla un modelo o lenguaje requerido para su notificación de divulgación que sea coherente con la sección 9820(c) del Código, la sección 720(c) de la Ley ERISA y la sección 2799A-5(c) de la Ley PHS, los departamentos considerarán un plan o emisor que haga uso de buena fe del lenguaje desarrollado por el estado que cumpla con el requisito federal de incluir información sobre las protecciones de la ley estatal.

### **Acceso idiomático**

#### **Cumplimiento de las leyes federales de derechos civiles**

Las entidades que reciben asistencia financiera federal deben cumplir con las leyes federales de derechos civiles que prohíben la discriminación. Estas leyes incluyen la sección 1557 de la Ley de Cuidado de Salud Asequible, el Título VI de la Ley de Derechos Civiles de 1964 y la sección 504 de la Ley de Rehabilitación de 1973. La Sección 1557 y el título VI exigen que las entidades cubiertas tomen medidas razonables para garantizar un acceso significativo a:

Personas con un dominio limitado del inglés, lo que puede incluir ofrecer servicios de asistencia lingüística como la traducción de contenido escrito a idiomas distintos del inglés.

Las secciones 1557 y 504 requieren que las entidades cubiertas tomen las medidas adecuadas para garantizar una comunicación eficaz con las personas con discapacidades, incluida la prestación de los servicios y ayudas auxiliares adecuados. Las ayudas y servicios auxiliares pueden incluir intérpretes, materiales impresos de gran tamaño, tecnología de información y comunicación accesible, subtítulos abiertos y cerrados y otras ayudas o servicios para personas ciegas o con visión reducida, o personas sordas o con dificultades auditivas. La información proporcionada a través de la tecnología de la información y la comunicación también debe estar accesible para las personas con discapacidades, a menos que se apliquen ciertas excepciones. Se recuerda a los planes y emisores que el aviso de divulgación debe cumplir con los estándares de acceso a idiomas estatales o federales aplicables.

### **Uso de lenguaje sencillo**

Se anima a los planes y emisores a que utilicen un lenguaje sencillo en el aviso de divulgación y que evalúen el aviso con fines de claridad y usabilidad cuando sea posible.

Idioma sencillo, accesibilidad y recursos de acceso al idioma:

- [Plainlanguage.gov/guidelines](https://www.plainlanguage.gov/guidelines)
- [Section508.gov](https://www.section508.gov)
- [LEP.gov](https://www.lep.gov)

**NOTA:** la información proporcionada en estas instrucciones pretende ser solo un resumen general de los estándares legales técnicos. No está destinado a sustituir los estatutos, las normativas o las directrices formales de la política en las que se basa. Consulte los estatutos, normativas y otros materiales interpretativos aplicables para obtener información completa y actualizada.

## Sus derechos y protecciones contra facturas médicas sorpresa

Cuando recibe atención de emergencia o lo trata un proveedor fuera de la red en un hospital o centro quirúrgico ambulatorio dentro de la red, está protegido ante la facturación de saldo. En estos casos, no se le debe cobrar un monto superior a los copagos, coseguro o deducible de su plan.

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

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

“Fuera de la red” quiere decir los proveedores y centros que no han firmado un contrato con su plan de salud para proporcionar servicios. Los proveedores fuera de la red pueden estar autorizados a facturarle la diferencia entre lo que su plan paga y el monto completo cobrado por un servicio. Esto se llama “**facturación de saldo**”. Este monto probablemente es superior a los costos dentro de la red para el mismo servicio y es posible que no se cuenten para el deducible de su plan o su límite de costos de bolsillo anual.

La “facturación sorpresa” es una factura de saldo inesperada. Esta puede aparecer cuando usted 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. Las facturas médicas sorpresa podrían costar miles de dólares dependiendo del procedimiento o servicio.

### Usted está protegido de la facturación de saldo 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 le pueden facturar es el monto de participación en los costos dentro de la red de su plan (como por ejemplo copagos, coseguro y deducibles). **No se le podrá** facturar un saldo por estos servicios de emergencia. Esto incluye aquellos servicios que pueda recibir después de que esté en condición estable, a menos que dé su consentimiento escrito y renuncie a sus protecciones de que no se le facture saldo por estos servicios de postestabilización.

*[Insertar un resumen en lenguaje sencillo de cualquier ley o requisito de facturación de saldo estatal aplicable O texto desarrollado por el estado según corresponda]*

#### **Algunos servicios en un hospital o centro quirúrgico ambulatorio dentro de la red**

Cuando reciba servicios de un hospital o centro quirúrgico ambulatorio dentro de la red, es posible que algunos proveedores allí estén fuera de la red. En estos casos, lo máximo que dichos proveedores pueden facturarle es su monto de participación en costos dentro de la red de su plan. Esto se aplica a medicina de emergencia, anestesia,

patología, radiología, laboratorio, neonatología, cirujano asistente, médico de atención hospitalaria o servicios de intensivista. Estos proveedores **no pueden** facturarle saldo a usted y **no pueden** pedirle que renuncie a sus protecciones de que no se le facture saldo.

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

**Usted nunca está obligado a renunciar a sus protecciones de facturación de saldo. Usted tampoco está obligado a recibir atención fuera de la red. Usted puede elegir un proveedor o centro en la red de su plan.**

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

- Usted es el único responsable de pagar su parte del costo (como los copagos, coaseguro y deducibles que pagaría si el proveedor o centro estuviera dentro de la red). Su plan de salud pagará cualquier costo adicional directamente a los proveedores y centros fuera de la red.
- Por lo general, su plan de salud debe:
  - Cubrir servicios de emergencia sin exigirle que obtenga aprobación para los servicios con antelación (también conocido como “autorización previa”).
  - Cubrir servicios de emergencia por proveedores fuera de la red.
  - Basar lo que usted adeuda al proveedor o centro (participación en costos) en lo que este pagaría a un proveedor o centro dentro de la red y mostrar ese monto en su explicación de beneficios.
  - Contar cualquier monto que pague por servicios de emergencia o servicios fuera de la red respecto a su deducible dentro de la red y límite de costo de bolsillo.

**Si cree que se le ha facturado erróneamente**, póngase en contacto con los [Centros de Medicare y Servicios Médicos](#) . El número de teléfono federal para información y quejas es: 1-800-985-3059.

Muchos estados ofrecen ayuda a los consumidores con problemas de seguros médicos a través de programas de asistencia al consumidor\* (Consumer Assistance Programs, CAPS). A través de una subvención federal, muchos estados han establecido CAP con el fin de ayudar mejor a los consumidores que experimentan problemas con su seguro de salud o que buscan conocer las opciones de cobertura de salud. Los LÍMITES estatales ofrecen asistencia directa por teléfono, correo directo, correo electrónico o ubicaciones no incluidas. Visite <https://www.cms.gov/CCIIO/Resources/Consumer-Assistance-Grants> para localizar información de facturación sorpresa en su estado particular.

Este es un [enlace](#) a la Ley federal de No Sorpresas traducida al español.