

PATIENT RIGHTS

GOOD FAITH ESTIMATE

WHAT IS A "GOOD FAITH ESTIMATE?"

Patients have the right to receive a "Good Faith Estimate" explaining how much health care will cost. Under the law, health care providers need to give **patients who don't have certain types of health care coverage or who are not using certain types of health care coverage** an estimate of their bill for health care items and services before those items or services are provided.

- You have the right to receive a Good Faith Estimate for the total expected cost of any health care items or services upon request or when scheduling such items or services. This includes related costs like medical tests, prescription drugs, equipment, and hospital fees.
- If you schedule a health care item or service at least 3 business days in advance, make sure your health care provider or facility gives you a Good Faith Estimate in writing within 1 business day after scheduling. If you schedule a health care item or service at least 10 business days in advance, make sure your health care provider or facility gives you a Good Faith Estimate in writing within 3 business days after scheduling. You can also ask any health care provider or facility for a Good Faith Estimate before you schedule an item or service. If you do, make sure the healthcare provider or facility gives you a Good Faith Estimate in writing within 3 business days after you ask.
- If you receive a bill that is at least \$400 more for any provider or facility than your Good Faith Estimate from that provider or facility, you can dispute the bill.
- Make sure to save a copy or picture of your Good Faith Estimate and the bill.

This notice applies only to Dillon Surgery Center in Dillon.

CONTACT INFORMATION

For questions or more information about obtaining your Good Faith Estimate, please call **Insurance Support at (970) 569-7595**. For questions or more information about your right to a Good Faith Estimate, visit www.cms.gov/nosurprises/consumers, email FederalPPDRQuestions@cms.hhs.gov or call (800) 985-3059.

SURPRISE MEDICAL BILLS

PATIENT 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 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.

PROTECTIONS FOR PATIENTS

Patients are protected from balance billing in the following situations:

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 are 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.**

OTHER PATIENT PROTECTIONS

When balance billing isn't allowed, patients 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:
 - o Cover emergency services without requiring you to get approval for services in advance (prior authorization).
 - o Cover emergency services by out-of-network providers.
 - o 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.
 - o Count any amount you pay for emergency services or out-of-network services toward your deductible and out-of-pocket limit.

CONTACT INFORMATION

If you believe you've been wrongly billed, you may contact:

- Dillon Surgery Center Customer Service at (970) 569-7409
- Colorado Division of Insurance at (800) 930-3745

Other resources:

- Visit CMS.gov/nosurprises for more information about your rights under federal law.
- Visit <https://doi.colorado.gov/insurance-products/health-insurance/health-insurance-initiatives/out-of-network-health-care> for more information about your rights under Colorado state law.

ESTIMACIÓN DE BUENA FE

¿QUÉ ES UNA "ESTIMACIÓN DE BUENA FE"?

Los pacientes tienen derecho a recibir una "estimación de buena fe" que explique cuánto costará la atención médica. Según la ley, los proveedores de atención médica deben brindar a los **pacientes que no tienen determinados tipos de cobertura de atención médica o que no usan determinados tipos de cobertura de atención médica** una estimación de su factura por artículos y servicios de atención médica antes de que esos artículos o servicios sean proporcionados.

- Tiene derecho a recibir una estimación de buena fe por el costo total esperado de cualquier artículo o servicio de atención médica cuando lo solicite o cuando programe dichos artículos o servicios. Esto incluye los costos relacionados, como pruebas médicas, medicamentos recetados, equipos y tarifas hospitalarias.
- Si programa un artículo o servicio de atención médica con, al menos, 3 días hábiles de anticipación, asegúrese de que su proveedor o centro de atención médica le proporcione una estimación de buena fe por escrito dentro de 1 día hábil después de la programación. Si programa un artículo o servicio de atención médica con, al menos, 10 días hábiles de anticipación, asegúrese de que su proveedor o centro de atención médica le proporcione una estimación de buena fe por escrito dentro de los 3 días hábiles después de la programación. También puede pedir a cualquier centro o proveedor de atención médica una estimación de buena fe antes de programar un artículo o servicio. Si lo hace, asegúrese de que el centro o proveedor de atención médica le proporcionen una estimación de buena fe por escrito dentro de los 3 días hábiles posteriores a su solicitud.
- Si recibe una factura por cualquier proveedor o centro que supere por, al menos, \$400 su estimación de buena fe de ese proveedor o centro, puede disputar la factura.
- Asegúrese de guardar una copia o una fotografía de su estimación de buena fe y de la factura.

Este aviso se aplica únicamente a Dillon Surgery Center en Dillon.

INFORMACIÓN DE CONTACTO

Si tiene preguntas o desea recibir más información sobre cómo obtener su estimación de buena fe, llame a **Asistencia de seguros al (970) 569-7595**. Si tiene preguntas o desea recibir más información sobre su derecho a una estimación de buena fe, visite www.cms.gov/nosurprises/consumers, envíe un correo electrónico a FederalPPDRQuestions@cms.hhs.gov, o llame al (800) 985-3059.

FACTURAS POR SERVICIOS MÉDICOS SORPRESA

DERECHOS DEL PACIENTE Y PROTECCIONES CONTRA FACTURAS POR SERVICIOS MÉDICOS SORPRESA

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 contra facturación sorpresa o facturación de saldo.

¿QUÉ ES LA "FACTURACIÓN DE SALDO" (EN OCASIONES LLAMADA "FACTURACIÓN SORPRESA")?

Cuando consulta a un médico u otro proveedor de atención médica, es posible que deba determinados gastos de su bolsillo, como un copago, un coseguro o un deducible. Es posible que tenga otros costos 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.

"Fuera de la red" describe proveedores y centros que no han firmado un contrato con su plan de salud. 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 denomina "facturación de 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.

PROTECCIONES PARA PACIENTES

Los pacientes están protegidos de la facturación de saldo en las siguientes situaciones:

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 costo compartido dentro de la red de su plan (como copagos y coseguro). 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 de saldo por estos servicios posteriores a la estabilización.

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

Cuando recibe servicios de un hospital o centro de cirugía ambulatoria dentro de la red, es posible que determinados proveedores estén fuera de la red. En estos casos, lo máximo que esos proveedores pueden facturarle es el monto de 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. **Nunca se le exige que renuncie 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.**

OTRAS PROTECCIONES DEL PACIENTE

Cuando no se permite la facturación de saldos, los pacientes también tienen las siguientes protecciones:

- Usted 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 estuvieran dentro de la red). Su plan de salud pagará directamente a los proveedores y centros fuera de la red.
- Su plan de salud generalmente debe:
 - o Cubrir los servicios de emergencia sin necesidad de que obtenga la aprobación de los servicios por adelantado (autorización previa).
 - o Cubrir los servicios de emergencia de proveedores fuera de la red.
 - o Basar lo que le debe al proveedor o centro (costo compartido) en lo que le pagaría a un proveedor o centro dentro de la red y mostrar esa cantidad en su explicación de beneficios.
 - o Contar cualquier monto que pague por servicios de emergencia o servicios fuera de la red a favor de su deducible y límite de gastos de bolsillo.

INFORMACIÓN DE CONTACTO

Si cree que le han facturado incorrectamente, puede comunicarse con:

- Servicio de atención al cliente de Dillon Surgery Center al (970) 569-7409
- División de seguros de Colorado al (800) 930-3745

Otros recursos:

- Visite CMS.gov/nosurprises para obtener más información sobre sus derechos en virtud de la ley federal.
- Visite <https://doi.colorado.gov/insurance-products/health-insurance/health-insurance-initiatives/out-of-network-health-care> para obtener más información sobre sus derechos en virtud de la ley estatal de Colorado.