



Your Rights and Protections Against Surprise Medical Bills

The Oregon Essential Workforce Health Care Fund is providing you this notice as a participant in the Fund's Health Plan ("Plan"). This notice provides you with important information regarding protections available under federal law.

As a participant in the Plan, you are protected from provider balance billing for the following services:

- Emergency Services at an out-of-network facility
- Air Ambulance services
- Services provided at an in-network facility by an out-of-network provider that fall into one of the following categories:
 - emergency medicine
 - anesthesia
 - pathology
 - radiology
 - laboratory
 - neonatology
 - assistant surgeon
 - hospitalist
 - intensivist services
- Services provided at an in-network facility by any other out-of-network provider, unless you consent to receive such services from an out-of-network provider.

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 the 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.
- Generally, your 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.

1. 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 Plan's network provider. If you obtain services or treatments from an out-of-network health care provider, your provider can bill you for the difference between what the Plan agreed to pay and the full amount charged for a service. This is called "balance billing." Balance billing charges are often significant and do not count towards your deductible or annual out-of-pocket maximum.



“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.

2. How does the law protect me from balance bills?

The new law prohibits health care providers from balance billing you when you obtain emergency care at an out-of-network facility; when you receive care, as described above, by an out-of-network provider at an in-network facility; or when you receive emergency air ambulance services.

3. What if a provider asks me to waive my rights and permit balance billing?

Always remember: You are never required to give up your protections from balance billing and you should review any document you are asked to sign regarding billing. You also aren’t required to get care out-of-network. You can choose a provider or facility in your plan’s network.

With the exception of the specific service categories listed above, the law’s protections generally do not apply if you sign a consent to be balance billed by the out-of-network provider.

You must also be provided with an estimate of the cost for the service or treatment and additional information.

4. What if I receive a balance bill for services or treatments from an out-of-network emergency department or air ambulance, or from an out-of-network provider at an in network facility for which I did not sign a consent form?

You have options under federal law to enforce your right to not be balance billed.

If you believe you’ve been wrongly billed, you may contact Oregon’s Division of Financial Regulation (DFR) at 1-888-877-4894 or CMS at 1-800-985-3059.

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

Visit <https://.dfr.oregon.gov> for more information about your rights under Oregon laws.



Sus Derechos Y Protecciones Contra Facturas Médicas Sorpresa

El Fondo de Salud de la Fuerza Laboral Esencial de Oregón le proporciona este aviso como participante en el Plan de Salud del Fondo ("Plan"). Este aviso le proporciona información importante sobre las protecciones disponibles bajo la ley federal.

Como participante en el Plan, usted está protegido de la facturación de saldo del proveedor por los siguientes servicios:

- Servicios de Emergencia en una instalación fuera de la red
- Servicios de ambulancia aérea
- Servicios prestados en una instalación dentro de la red por un proveedor fuera de la red que se incluyen en una de las siguientes categorías:
 - Medicina de emergencia
 - anestesia
 - Patología
 - radiología
 - laboratorio
 - neonatología
 - cirujano asistente
 - hospitalista
 - Servicios intensivistas
- Servicios proporcionados en una instalación dentro de la red por cualquier otro proveedor fuera de la red, a menos que usted dé su consentimiento para recibir dichos servicios de un proveedor fuera de la red.

Nunca se le pedirá que renuncie a sus protecciones contra la facturación de saldo. Tampoco está obligado a recibir atención fuera de la red. Puede elegir un proveedor o centro en la red del Plan.

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

- Usted solo es responsable de pagar su parte del costo (como los copagos, coseguros y deducibles que pagaría si el proveedor o centro estuviera dentro de la red). Su plan de salud pagará directamente a los proveedores y centros fuera de la red.
- En general, su Plan debe:
 - Cubrir los servicios de emergencia sin requerir que obtenga aprobación para los servicios por adelantado (también conocida como "autorización previa").
 - Cubrir los servicios de emergencia de proveedores fuera de la red.
 - Basar lo que le debe al proveedor o instalación (costos compartidos) 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 pague por servicios de emergencia o servicios fuera de la red para su deducible dentro de la red y límite de gastos de bolsillo.

1. ¿Qué es la "facturación de saldo"? (a veces llamado "facturación sorpresa")

Cuando vea a un médico u otro proveedor de atención médica, es posible que deba ciertos costos de bolsillo, como un copago, 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 el proveedor de la red de su Plan. Si obtiene servicios o tratamientos de un proveedor de atención médica fuera de la red, su proveedor puede facturarle la diferencia entre lo que el Plan acordó pagar y el monto



total cobrado por un servicio. Esto se llama "facturación de saldo". Los cargos de facturación del saldo a menudo son significativos y no cuentan para su deducible o límite 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 un proveedor fuera de la red lo trata inesperadamente.

2. **¿Cómo me protege la ley de las facturas de saldo?**

La nueva ley prohíbe a los proveedores de atención médica facturarle el saldo cuando obtiene atención de emergencia en un centro fuera de la red; cuando recibe atención, como se describió anteriormente, por parte de un proveedor fuera de la red en un centro dentro de la red; o cuando recibe servicios de ambulancia aérea de emergencia.

3. **¿Qué sucede si un proveedor me pide que renuncie a mis derechos y permita la facturación de saldo?**

Recuerde siempre: nunca se le requerirá que renuncie a sus protecciones contra la facturación del saldo y debe revisar cualquier documento que se le pida que firme con respecto a la facturación. Tampoco está obligado a recibir atención fuera de la red. Puede elegir un proveedor o centro en la red de su plan.

Con la excepción de las categorías de servicios específicas enumeradas anteriormente, las protecciones de la ley generalmente no se aplican si firma un consentimiento para que el proveedor fuera de la red facture el saldo.

También se le debe proporcionar una estimación del costo del servicio o tratamiento e información adicional.

4. **¿Qué sucede si recibo una factura de saldo por servicios o tratamientos de un departamento de emergencias o ambulancia aérea fuera de la red, o de un proveedor fuera de la red en un centro dentro de la red para el cual no firmé un formulario de consentimiento?**

Usted tiene opciones bajo la ley federal para hacer cumplir su derecho a no ser facturado el saldo.

Si cree que se le ha facturado incorrectamente, puede comunicarse con la División de Regulación Financiera de Oregón (DFR) al 1-888-877-4894 o con CMS al 1-800-985-3059.

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

Visite dfr.oregon.gov para obtener más información sobre sus derechos bajo las leyes de Oregon.