Rights & Protections Against
SURPRISE MEDICAL BILLS

MEMORIAL HEALTH SYSTEM OF SOUTHWEST OKLAHOMA

This disclosure does not apply to patients who are uninsured or who are insured through a federal government program (like Medicare or Medicaid).

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're 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.

This is also called "surprise billing" because the balance bill may be unexpected. 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.

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 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 balanced billed for these post-stabilization services.

To the extent Illinois law applies to the insurer, provider, and item or service involved, Illinois also offers protection against surprise medical billing if you receive emergency department services at an in-network facility from an out-of-network provider. In such a situation, the provider cannot charge you more than the out-of-pocket costs that would have been incurred by you if you received services at an in-network provider. While these protections exist under state law, the scope is not as broad as the federal protections.

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 are not required to get care out-of-network. You can choose a provider or facility in your plan's network.

When balance billing isn't allowed, you may also have these protections.

You are only responsible for paying your share of the cost (such as copayments, coinsurance, and deductibles) if the provider or facility is in-network. Your health plan will pay any additional fees 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 (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:

While is never our intention to balance bill our patients, if you believe that this may have happened to you, please contact one of our Patient Financial Service team members at 580.357.9984 option 1 to review your account. If we fail to address your concern, you may file a complaint with the No Surprises Help Desk by calling 1.800.985.3059 or online at www.cms.gov/nosurprises. For more information about your rights under federal laws, visit cms.gov/medical-bill-rights. You also may contact the Oklahoma Department of Insurance: 800.522.0071 (in-state callers); 405.521.2828 (out-of-state callers).

You have the right to receive a "Good Faith Estimate" explaining how much your medical care will cost.

Under the law, healthcare providers need to give patients who do not have certain types of healthcare coverage or who are not using certain types of healthcare coverage an estimate of their bill for healthcare 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 healthcare 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 healthcare item or service at least 3 business days in advance, make sure your healthcare provider or facility gives you a good faith estimate in writing within 1 business day after scheduling. If you schedule a healthcare item or service at least 10 business days in advance, make sure your healthcare provider or facility gives you a good faith estimate in writing within 3 business days after scheduling. You can also ask any healthcare 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.

For questions or more information about your right to a good faith estimate, visit cms.gov/medical-bill-rights, email FederalPPDRQuestions@cms.hhs.gov or call 1.800.985.3059.

Visit https://www.memorialhealthswok.com/price-transparency/for more information about your rights.

Sus Derechos y Protecciones Contra
FACTURAS MÉDICAS INESPERADAS

Esta información no se aplica a los pacientes que no tienen seguro o que están asegurados a través de un programa del gobierno federal (como Medicare o Medicaid).

SUS DERECHOS Y PROTECCIONES CONTRA LAS FACTURAS MÉDICAS SORPRESA

Cuando recibe atención de emergencia o es atendido por un proveedor fuera de la red en un hospital o centro de cirugía ambulatoria que forma parte de la red, usted está protegido contra la facturación sorpresa o el cobro del saldo restante.

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

Al acudir a un médico u otro proveedor de atención médica, es posible que deba pagar ciertos gastos de su propio bolsillo, como un copago, coseguro y/o deducible. Podría incurrir en otros costos o tener que pagar la factura completa si visita a un proveedor o a un centro de atención médica que no forma parte de la red de su plan de salud.

El término "fuera de la red" se refiere a proveedores y centros que no han firmado un contrato con su plan de salud. A los proveedores fuera de la red se les puede permitir cobrarle la diferencia entre lo que su plan acordó pagar y el monto total facturado por un servicio. A esto se le llama "facturación de saldo" (*balance billing*). Es probable que esta cantidad sea mayor que los costos dentro de la red por el mismo servicio y es posible que no se contabilice para su límite anual de gastos de bolsillo.

Esto también se conoce como "facturación sorpresa", ya que el cobro del saldo puede resultar inesperado. Esta situación puede ocurrir cuando usted no puede controlar quién participa en su atención médica; por ejemplo, en caso de emergencia o cuando programa una visita en un centro dentro de la red, pero inesperadamente recibe atención de un proveedor fuera de la red.

Está protegido contra la facturación de saldos por servicios de emergencia.

Si usted presenta una emergencia médica y recibe servicios de emergencia de un proveedor o centro fuera de la red, el monto máximo que dicho proveedor o centro puede facturarle es el importe de costos compartidos correspondiente a la red de su plan (como copagos y coseguro). No se le puede facturar el saldo restante (*balance billing*) por estos servicios de emergencia. Esto incluye los servicios que reciba una vez que su estado se haya estabilizado, a menos que otorgue su consentimiento por escrito y renuncie a la protección contra la facturación del saldo restante para dichos servicios posteriores a la estabilización.

En la medida en que la legislación de Illinois sea aplicable a la aseguradora, al proveedor y al artículo o servicio en cuestión, Illinois también ofrece protección contra la facturación médica sorpresa si recibe servicios en el departamento de emergencias de un centro dentro de la red, pero prestados por un proveedor fuera de la red. En tal situación, el proveedor no puede cobrarle más de los costos de su propio bolsillo que habría asumido si hubiera recibido los servicios de un proveedor dentro de la red. Si bien estas protecciones existen conforme a la ley estatal, su alcance no es tan amplio como el de las protecciones federales.

Determinados servicios en un hospital o centro de cirugía ambulatoria de la red.

Cuando recibe servicios en un hospital o centro de cirugía ambulatoria que forma parte de la red, es posible que algunos proveedores de dicho centro no pertenezcan a la red. En estos casos, el monto máximo que estos proveedores pueden facturarle es el importe de costos compartidos de su plan para servicios dentro de la red. Esto se aplica a los servicios de medicina de urgencia, anestesia, patología, radiología, laboratorio, neonatología, cirujano asistente, médico hospitalista o intensivista. Estos proveedores no pueden facturarle la diferencia (práctica conocida como *balance billing*) ni pedirle que renuncie a sus protecciones contra dicha facturación. Si recibe otros servicios en estos centros de la red, los proveedores fuera de la red no pueden facturarle la diferencia, a menos que usted otorgue su consentimiento por escrito y renuncie a sus protecciones.

Nunca está obligado a renunciar a sus protecciones contra la facturación de saldo. Tampoco está obligado a recibir atención fuera de la red. Puede elegir un proveedor o centro que forme parte de la red de su plan.

Cuando no se permite la facturación de saldos, es posible que también cuente con estas protecciones.

Usted solo es responsable de pagar su parte del costo (como copagos, coseguro y deducibles) si el proveedor o el centro médico pertenecen a la red. Su plan de salud pagará directamente cualquier cargo adicional a los proveedores y centros médicos fuera de la red. Por lo general, su plan de salud debe:

- Cubrir los servicios de emergencia sin exigirle que obtenga aprobación previa para dichos servicios (autorización previa).
- Cubrir los servicios de emergencia prestados por proveedores fuera de la red; basar el monto que usted debe pagar al proveedor o centro médico (costo compartido) en lo que pagaría a un proveedor o centro médico dentro de la red, e indicar dicho monto en su explicación de beneficios.
- Computar cualquier monto que usted pague por servicios de emergencia o servicios fuera de la red para el cálculo de su deducible y de su límite de gastos de bolsillo.

Si cree que se le ha cobrado indebidamente:

Aunque nunca es nuestra intención cobrar a los pacientes la diferencia entre la tarifa del proveedor y lo cubierto por el seguro (*balance billing*), si cree que esto le ha sucedido, comuníquese con un miembro de nuestro equipo de Servicios Financieros para Pacientes llamando al 580.357.9984, opción 1, para revisar su cuenta. Si no logramos resolver su inquietud, puede presentar una queja ante el Centro de Ayuda de la Ley "No Surprises" (No Surprises Help Desk) llamando al 1.800.985.3059 o en línea a través de www.cms.gov/nosurprises. Para obtener más información sobre sus derechos según las leyes federales, visite cms.gov/medical-bill-rights. También puede comunicarse con el Departamento de Seguros de Oklahoma (Oklahoma Department of Insurance): 800.522.0071 (para llamadas dentro del estado) o 405.521.2828 (para llamadas desde fuera del estado).

Usted tiene derecho a recibir una «estimación de buena fe» que explique cuánto costará su atención médica.

Según la ley, los proveedores de atención médica deben proporcionar a los pacientes que no tienen ciertos tipos de cobertura de salud, o que no están utilizando dichos tipos de cobertura, una estimación de la factura por los artículos y servicios médicos antes de que estos se suministren.

- Usted tiene derecho a recibir una estimación de buena fe del costo total previsto de cualquier artículo o servicio médico, ya sea al solicitarlo o al programar dichos artículos o servicios. Esto incluye costos relacionados, como pruebas médicas, medicamentos recetados, equipos y tarifas hospitalarias.
- Si programa un artículo o servicio médico con al menos 3 días hábiles de antelación, asegúrese de que su proveedor o centro de atención médica le entregue una estimación de buena fe por escrito en un plazo de 1 día hábil tras la programación. Si programa un artículo o servicio médico con al menos 10 días hábiles de antelación, asegúrese de que su proveedor o centro de atención médica le entregue una estimación de buena fe por escrito en un plazo de 3 días hábiles tras la programación. También puede solicitar una estimación de buena fe a cualquier proveedor o centro de atención médica antes de programar un artículo o servicio. Si lo hace, asegúrese de que el proveedor o centro le entregue dicha estimación por escrito en un plazo de 3 días hábiles tras su solicitud.
- Si recibe una factura de un proveedor o centro que supera en al menos $400 la estimación de buena fe proporcionada por dicho proveedor o centro, puede impugnar la factura.

Si tiene preguntas o desea más información sobre su derecho a recibir una estimación de buena fe, visite cms.gov/medical-bill-rights, envíe un correo electrónico a FederalPPDRQuestions@cms.hhs.gov o llame al 1.800.985.3059.

Visite https://www.memorialhealthswok.com/price-transparency/ para obtener más información sobre sus derechos.

NON DISCRIMINATION & ACCESSIBILITY
No discriminación y accesibilidad

Memorial Health System of Southwest Oklahoma complies with applicable Federal laws and does not discriminate on the basis of race, color, national origin, age, disability, or sex. Memorial Health System of Southwest Oklahoma does not exclude people or treat them differently because of race, color, national origin, age, disability, or sex. Memorial Health System of Southwest Oklahoma:

- Provides free aids and services to people with disabilities to communicate effectively with us, such as: qualified sign language interpreters, written information in other formats (large print, audio, accessible electronic formats, other formats)
- Provides free language services to people whose primary language is not English, such as: qualified interpreters, information written in other languages

If you need these services, contact Taylor Farmer, Administrative Director – Human Resources, Compliance, and HIPAA Privacy Officer at 580.585.5505 or Taylor.Farmer@memorialhealthswok.com.

If you believe that Memorial Health System of Southwest Oklahoma has failed to provide these services or discriminated in another way on the basis of race, color, national origin, age, disability, or sex, you can file a grievance with: Taylor Farmer. You can file a grievance in person or by mail, fax or email. If you need help filing a grievance, Taylor Farmer is available to help you.

You can also file a civil rights compliant with the U.S. Department of Health and Human Services, Office for Civil Rights, electronically through the Office for Civil Rights Complaint Portal, available at

https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf, or by mail or phone at:

U.S. Department of Health and Human Services
200 Independence Avenue, SW
Room 509F, HHH Building
Washington, D.C. 20201
1-800-368-1019, 800-537-7697 (TDD)
Complaint forms are available at http://www.hhs.gov/ocr/office/fi1e/index.html

SPANISH

Memorial Health System of Southwest Oklahoma cumple con las leyes federales aplicables y no discrimina por motivos de raza, color, origen nacional, edad, discapacidad o sexo. Memorial Health System of Southwest Oklahoma no excluye a las personas ni las trata de manera diferente por motivos de raza, color, origen nacional, edad, discapacidad o sexo. Memorial Health System of Southwest Oklahoma:

- Ofrece asistencia y servicios gratuitos a personas con discapacidad para que se comuniquen eficazmente con nosotros, tales como: intérpretes de lengua de señas cualificados e información por escrito en otros formatos (letra grande, audio, formatos electrónicos accesibles u otros formatos).
- Ofrece servicios lingüísticos gratuitos a personas cuyo idioma principal no es el inglés, tales como: intérpretes cualificados e información escrita en otros idiomas.

Si necesita estos servicios, comuníquese con Taylor Farmer, directora administrativa de Recursos Humanos y Cumplimiento, y oficial de privacidad de HIPAA, al 580.585.5505 o a Taylor.Farmer@memorialhealthswok.com.

Si considera que Memorial Health System of Southwest Oklahoma no ha proporcionado estos servicios o ha discriminado de alguna otra manera por motivos de raza, color, origen nacional, edad, discapacidad o sexo, puede presentar una queja ante: Taylor Farmer. Puede presentar la queja en persona, por correo postal, por fax o por correo electrónico. Si necesita ayuda para presentar una queja, Taylor Farmer está a su disposición para ayudarle.

También puede presentar una queja sobre derechos civiles ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU. por vía electrónica, a través del portal de quejas de la Oficina de Derechos Civiles, disponible en

https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf, o por correo o teléfono a:

Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU.
200 Independence Avenue, SW
Sala 509F, Edificio HHH
Washington, D.C. 20201
1.800.368.1019, 800.537.7697 (TDD)
Los formularios de queja están disponibles en http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html

---

Spanish: ATENCIÓN: Si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1-580-585-5505.

Korean: 주의: 한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. 1-580-585-5505 번으로 전화해 주십시오.

Hmong: LUS CEEV: Yog tias koj hais lus Hmoob, cov kev pab txog lus, muaj kev pab dawb rau koj. Hu rau 1-580-585-5505.

Tagalog: PAUNAWA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, maaari kang gumamit ng mga serbisyo ng tulong sa wika nang walang bayad. Tumawag sa 1-580-585-5505.

Japanese: 注意事項：日本語を話される場合、無料の言語支援をご利用いただけます。1-580-585-5505 まで、お電話にてご連絡ください。

Vietnamese: CHÚ Ý: Nếu bạn nói Tiếng Việt, có các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho bạn. Gọi số 1-580-585-5505.

German: ACHTUNG: Wenn Sie Deutsch sprechen, stehen Ihnen kostenlos sprachliche Hilfsdienstleistungen zur Verfügung. Rufnummer: 1-580-585-5505.

French: ATTENTION: Si vous parlez français, des services d'aide linguistique vous sont proposés gratuitement. Appelez le 1-580-585-5505.

Laotian: ໂປດຊາບ: ຖ້າວ່າທ່ານເວົ້າພາສາລາວ, ການບໍລິການຊ່ວຍເຫຼືອທາງພາສາ, ມີໃຫ້ທ່ານຟຣີ. ໂທຫາ 1-580-585-5505.

Farsi (Persian): توجه: اگر به زبان فارسی صحبت می‌کنید، تسهیلات زبانی بصورت رایگان برای شما فراهم می‌باشد. با 1-580-585-5505 تماس بگیرید.

Chinese: 注意：如果您使用繁體中文，您可以免費獲得語言援助服務。請致電 1-580-585-5505.

Arabic: ملحوظة: إذا كنت تتحدث اذكر اللغة، فإن خدمات المساعدة اللغوية تتوافر لك بالمجان. اتصل برقم 1-580-585-5505.

Cherokee: ᎠᏓᏥᎾᏍᏛᏗ: ᎢᎦ ᏣᏪᏴ ᎭᏛᏂᏍᏴ ᎠᏥ ᎦᏓᏫᏛᏗ ᎠᏥ ᎤᏬᏂᏍᏴ ᎠᏓᏥᎾᏍᏛᏗ ᏲᏒᎢ ᎾᏍᏴ ᎠᏓᏥᎾᏍᏛᏗ ᎠᏓᏫᏛᏗ ᎠᏥ ᎤᏬᏂᏍᏴ ᎠᏓᏥᎾᏍᏛᏗ ᏲᏒᎢ. ᏍᏴᏔ 1-580-585-5505.

Burmese: သတိပြုရန်: အကယ်၍ သင်သည် မြန်မာစကား ပြောပါက, ဘာသာစကား အကူအညီ ဝန်ဆောင်မှုများကို အခမဲ့ ရရှိနိုင်ပါသည်။ 1-580-585-5505. သို့ ခေါ်ဆိုပါ။

Gujarati: ધ્યાન: જો તમે ગુજરાતી બોલતા હો, તો નિ:શુલ્ક ભાષા સહાય સેવાઓ તમારા માટે ઉપલબ્ધ છે. ફોન કરો 1-580-585-5505.