

KNOW YOUR HEALTH CARE RIGHTS



Surprise Medical Bills

California law protects health plan members from surprise medical bills, sometimes called balance billing. Members have protections against surprise bills when they receive covered services at in-network health care facilities or emergency services, including ground and air ambulances.

What is a Surprise Medical Bill (Balance Billing)?

A surprise medical bill happens when a health care provider bills a health plan member after services are provided for a balance not paid by the member's health plan.

A health plan member receives services from a provider (e.g., doctor, hospital, or ambulance).

The provider bills the health plan for services provided, and the plan pays part or none of the bill.

The provider bills the health plan member for the remaining balance of the bill.

Common causes of surprise bills

Health plan members may receive a surprise bill when they receive care at an in-network facility but unknowingly receive treatment from an out-of-network provider working at the in-network facility. Under the law, members who get covered services at an in-network facility are only responsible for the in-network cost-sharing amount.

Members may also receive a surprise bill after getting emergency care from an out-of-network ambulance or hospital. However, under the law, out-of-network emergency services providers are not allowed to bill members any balance not paid by the member's health plan. Additionally, members are only responsible for the in-network cost-sharing amount for emergency services from ground and air ambulances, even if the ambulance is out-of-network.

In-network

Providers and facilities, such as doctors, hospitals, labs, or clinics with a contract with your health plan to provide services.

VS.

Out-of-network

Providers or facilities without a contract with your health plan to provide services.

Assistance for health plan members

Health plan members who believe they have been illegally balance billed should file a complaint, also called a grievance, with their health plan. If the health plan doesn't fix the problem or takes more than 30 days to resolve the issue, members should file a complaint with the DMHC Help Center at www.DMHC.ca.gov or by calling 1-888-466-2219.

January 2026

DEPARTMENT OF
**Managed
Health Care**

CONOZCA SUS DERECHOS DE ATENCIÓN MÉDICA



Facturas médicas sorpresa

La ley de California protege a los miembros de planes de salud contra facturas médicas sorpresa, a veces llamadas facturación de saldo. Los miembros tienen protecciones contra facturas sorpresa cuando reciben servicios cubiertos en centros de atención médica dentro de la red o servicios de emergencia, incluyendo ambulancias terrestres y aéreas.

¿Qué es una factura médica sorpresa (facturación de saldo)?

Una factura médica sorpresa ocurre cuando un proveedor de atención médica le factura al miembro de un plan de salud, después de que se prestan los servicios, por un saldo que el plan de salud del miembro no pagó.

Un miembro de un plan de salud recibe servicios de un proveedor (por ejemplo, médico, hospital o ambulancia).

El proveedor le factura al plan de salud por los servicios prestados, y el plan paga parte o nada de la factura.

El proveedor le factura al miembro del plan de salud por el saldo restante de la factura.

Causas comunes de facturas sorpresa

Los miembros de un plan de salud pueden recibir una factura sorpresa cuando reciben atención en un centro dentro de la red, pero sin saberlo reciben tratamiento de un proveedor fuera de la red que trabaja en dicho centro. Según la ley, los miembros que reciben servicios cubiertos en un centro dentro de la red solo son responsables del monto de costo compartido (copago o deducible) correspondiente por estar dentro de la red.

Los miembros también pueden recibir una factura sorpresa después de recibir atención de emergencia de una ambulancia o un hospital fuera de la red. Sin embargo, según la ley, los proveedores de servicios de emergencia fuera de la red no tienen permitido facturar a los miembros ningún saldo que no haya sido pagado por el plan de salud del miembro. Además, los miembros solo son responsables del monto de costo compartido dentro de la red por los servicios de emergencia de ambulancias terrestres y aéreas, incluso si la ambulancia está fuera de la red.

Dentro de la red

Proveedores y centros, tales como médicos, hospitales, laboratorios o clínicas que tienen un contrato con su plan de salud para prestar servicios.

VS.

Fuera de la red

Proveedores o centros que no tienen un contrato con su plan de salud para prestar servicios.

Asistencia para los miembros de planes de salud

Los miembros de planes de salud que crean que se les ha facturado el saldo de manera ilegal deben presentar una queja, también llamado reclamo, ante su plan de salud. Si el plan de salud no corrige el problema o tarda más de 30 días en resolver el asunto, los miembros deben presentar una queja ante el Centro de Ayuda del DMHC en www.DMHC.ca.gov o llamando al 1-888-466-2219.

