

حقوقك وحمايتك ضد الفواتير الطبية المفاجئة وفواتير الرصيد (غير المتوقعة)

عندما تحصل على رعاية طارئة أو تتلقى العلاج من قبل مزود خارج الشبكة في مستشفى داخل الشبكة أو من مركز جراحي متنقل، فأنت تكون محميًا من الفواتير المفاجئة أو فواتير الرصيد (غير المتوقعة).

عندما تراجع طبيبًا أو مقدم رعاية صحية آخر، فقد تكون مدينًا بتكاليف معينة من جيبك الخاص، مثل الدفع المشترك و/أو التأمين المشترك و/أو الخصم. قد تكون لديك تكاليف أخرى أو يتعين عليك دفع الفاتورة بالكامل إذا راجعت مقدم رعاية أو قمت بزيارة منشأة رعاية صحية غير موجودة في شبكة خطتك الصحية.

تصف عبارة "خارج الشبكة" مقدمي الخدمات والمنشآت التي لم توقع عقدًا مع خطتك الصحية. قد يُسمح لمقدمي الخدمات من خارج الشبكة بمطالبتك بالفارق بين ما وافقت خطتك على دفعه والمبلغ الكامل الذي يتم مطالبته مقابل الخدمة. وهذا ما يسمى "فواتير الرصيد (غير المتوقعة)". من المحتمل أن يكون هذا المبلغ أكثر من التكاليف من داخل الشبكة لنفس الخدمة وقد لا يتم احتسابه ضمن الحد السنوي لنفقاتك الشخصية.

"الفاتورة المفاجئة" هي فاتورة رصيد غير متوقعة. يمكن أن يحدث هذا عندما لا يمكنك التحكم في من يشارك في رعايتك - على سبيل المثال عندما يكون لديك حالة طارئة أو عندما تحدد موعدًا لزيارة في منشأة داخل الشبكة ولكن تتم معالجتك بشكل غير متوقع من قبل مقدم رعاية من خارج الشبكة.

يتعين على شركات التأمين إعلامك، عبر مواقعها الإلكترونية أو عند الطلب، بمقدمي الخدمة والمستشفيات والمنشآت الموجودة داخل شبكاتهم. يجب أن تخبرك المستشفيات والمرافق الجراحية ومقدمي الخدمات بشبكات المزودين المشاركة فيها على موقع الويب الخاص بهم أو عند الطلب.

ما هي "فواتير الرصيد (غير المتوقعة)" (تسمى أحيانًا "الفواتير المفاجئة")؟

أنت محميًا من فواتير الرصيد (غير المتوقعة) للتالي:

خدمات الطوارئ

إذا كنت تعاني من حالة طبية طارئة وحصلت على خدمات الطوارئ من مزود أو منشأة خارج الشبكة، فإن أقصى مبلغ قد يطالبك به المزود أو المنشأة هو مبلغ تقاسم التكاليف داخل الشبكة لخطتك (مثل المدفوعات المشتركة والتأمين المشترك). لا يمكن محاسبتك على التكلفة غير المتوقعة لخدمات الطوارئ هذه. يتضمن ذلك الخدمات التي قد تحصل عليها بعد أن تصبح في حالة مستقرة، ما لم تمنح موافقة كتابية وتتخلى عن تدابير الحماية الخاصة بك لكي لا تتم محاسبتك على التكلفة غير المتوقعة لخدمات ما بعد الاستقرار هذه.

خدمات معينة في مستشفى داخل الشبكة أو في مركز جراحي متنقل

عندما تحصل على خدمات من مستشفى داخل الشبكة أو من مركز جراحي متنقل، فقد يكون بعض مقدمي الخدمة هناك من خارج الشبكة. في هذه الحالات، يكون أقصى ما يمكن لهؤلاء المزودين مطالبتك به هو مبلغ مشاركة التكلفة داخل الشبكة لخطتك. ينطبق هذا على طب الطوارئ والتخدير وعلم الأمراض والأشعة والمختبرات وطب الأطفال حديثي الولادة والجراحين والجراحين المساعدين والمستشفيات أو خدمات العناية المركزة. لا يمكن لمقدمي الخدمة هؤلاء مطالبتك بالفواتير غير المتوقعة ولا يمكنهم مطالبتك بالتخلي عن إجراءات الحماية الخاصة بك لكي لا تتم محاسبتك.

إذا حصلت على خدمات أخرى في هذه المرافق من داخل الشبكة، فلن يتمكن مقدمو الخدمة من خارج الشبكة من مطالبتك بالفواتير غير المتوقعة، ما لم تمنح موافقة كتابية وتتخلى عن الحماية الخاصة بك.

خدمات الترجمة الفورية المجانية

- من داخل المستشفى، الرجاء الاستفسار لدى الممرض/الممرضة الخاص/الخاصة بك.
- من خارج المستشفى، الرجاء الاتصال على الرقم المجاني لخدمات الترجمة الفورية المخصص للعائلات، 1-866-583-1527. الرجاء إعلام المترجم الفوري بالاسم أو برقم التحويل المطلوب.



لست مطالبًا أبدًا بالتخلي عن الحماية الخاصة بك من فواتير الرصيد غير المتوقعة. أنت أيضًا غير مطالب بالحصول على رعاية من خارج الشبكة. يمكنك اختيار مزود أو منشأة من داخل شبكة خطتك.

عندما لا يُسمح بفواتير الرصيد (غير المتوقعة)، لديك أيضًا وسائل الحماية التالية:

- أنت مسؤول فقط عن دفع حصتك من التكلفة (مثل المدفوعات المشتركة والتأمين المشترك والخصومات التي ستدفعها إذا كان مقدم الخدمة أو المنشأة داخل الشبكة). ستدفع خطتك الصحية بشكل مباشر لمقدمي الخدمات والمرافق من خارج الشبكة.
- يتوجب على خطتك الصحية القيام بما يلي بشكل عام:
 - تغطية خدمات الطوارئ دون مطالبتك بالحصول على موافقة مسبقة للخدمات (إذن مسبق).
 - تغطية خدمات الطوارئ من قبل مقدمي الخدمات من خارج الشبكة.
 - حساب ما تُدين به أنت لمقدم الخدمة أو المنشأة (تقاسم التكلفة) على أساس ما ستدفعه (خطتك الصحية) لمزود أو منشأة من داخل الشبكة وإظهار هذا المبلغ في شرح المزايا الخاصة بك.
 - حساب أي مبلغ تدفعه أنت مقابل خدمات الطوارئ أو الخدمات من خارج الشبكة في حدود المبلغ القابل للخصم والنفقات الشخصية.

إذا كنت تعتقد أنه تم إصدار فاتورة بحقك دون حق، فيمكنك تقديم شكوى إلى الحكومة الفيدرالية:

• من خلال زيارة cms.gov/nosurprises/consumers

• الاتصال على الرقم 1-800-985-3059

و/أو يمكنك تقديم شكوى إلى مكتب ولاية واشنطن لمفوض التأمين:

• من خلال زيارة insurance.wa.gov/file-complaint-or-check-your-complaint-status

• الاتصال على الرقم 1-800-562-6900

قم بزيارة cms.gov/nosurprises للحصول على مزيد من المعلومات حول حقوقك بموجب القانون الفيدرالي.

قم بزيارة موقع قانون مفوض التأمين للحماية من فواتير الرصيد (غير المتوقعة) على

insurance.wa.gov/what-consumers-need-know-about-surprise-or-balance-billing للحصول على مزيد من المعلومات حول حقوقك بموجب قانون ولاية واشنطن.

إذا كنت تعتقد أنه تم إصدار فاتورة لك دون حق

Your Rights and Protections Against Surprise Medical Bills and Balance Billing

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 healthcare 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 healthcare 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.

Insurers are required to tell you, via their websites or on request, which providers, hospitals and facilities are in their networks. Hospitals, surgical facilities and providers must tell you which provider networks they participate in on their website or on request.

You are 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 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, surgeons and assistant surgeons, hospitalists, or intensivist services. These providers can't balance bill you and cannot 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.

1 of 2

Free Interpreter Services

- In the hospital, ask your nurse.
- From outside the hospital, call the toll-free Family Interpreting Line, 1-866-583-1527. Tell the interpreter the name or extension you need.

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 your 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.
 - Your health plan generally 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

If you believe you've been wrongly billed, you may file a complaint with the federal government:

- Visit cms.gov/nosurprises/consumers
- Call 1-800-985-3059

And/or you may file a complaint with the Washington State Office of the Insurance Commissioner:

- Visit insurance.wa.gov/file-complaint-or-check-your-complaint-status
- Call 1-800-562-6900

Visit cms.gov/nosurprises for more information about your rights under federal law.

Visit the Office of the Insurance Commissioner Balance Billing Protection Act website at insurance.wa.gov/what-consumers-need-know-about-surprise-or-balance-billing for more information about your rights under Washington state law.