

Ваши права и меры защиты от неожиданных медицинских счетов и счетов за остаток суммы

Когда вам оказывают экстренную медицинскую помощь или когда вас обслуживает внесетевой провайдер в сетевой больнице или амбулаторном хирургическом центре, вы защищены от неожиданных счетов или счетов за остаток суммы.

Что такое счета за остаток суммы (их иногда также называют неожиданными счетами)?

Когда вас принимает врач или другой провайдер медицинских услуг, с вас могут причитаться определенные собственные платежи [out-of-pocket costs], например, доплата [copayment], сострахование [coinsurance] и/или франшиза [deductible]. Если вы обратитесь к провайдеру или в медицинское учреждение, которые не входят в сеть вашего медицинского плана, с вас могут причитаться другие платежи или полная сумма счета.

Слово «внесетевые» означает провайдеров и учреждения, которые не подписывали контракт с вашим медицинским планом. Внесетевые провайдеры могут иметь право выставлять вам счета за разницу между суммой, которую обязался уплатить ваш план, и полной суммой, взимаемой за услугу. Такой счет называется счетом за остаток суммы. Его сумма обычно больше суммы внутрисетевых платежей за такую же услугу и может не засчитываться в ваш годовой лимит собственных расходов.

Неожиданный счет - это счет за непредусмотренный остаток. Он может быть выставлен, когда от вас не зависит, кто участвует в вашем лечении: например, при экстренной ситуации, или если вы запишетесь на прием во внутрисетевом учреждении, но неожиданно пройдете лечение у внесетевого провайдера.

Страховые компании обязаны сообщать вам, на своих веб-сайтах или по требованию, какие провайдеры, больницы и учреждения входят в их сети. Больницы, хирургические учреждения и провайдеры обязаны сообщать вам, на своем веб-сайте или по требованию, в каких сетях провайдеров они участвуют.

Вы защищены от счетов за остаток суммы за:

Услуги экстренной помощи

Если вы в критическом состоянии, и внесетевой провайдер или учреждение оказали вам экстренные услуги, то максимальная сумма, на которую этот провайдер или это учреждение имеют право выставить вам счет, – это указанная в вашем плане сумма внутрисетевых совместных платежей [in-network cost-sharing amount] (например, доплата или сострахование). За эти экстренные услуги вам не имеют право выставлять счет за остаток суммы. В их число входят услуги, которые могут быть оказаны вам после стабилизации вашего состояния, за исключением случаев, когда вы даете письменное согласие и отказываетесь от мер защиты от выставления счетов за остаток суммы за эти послестабилизационные услуги.

Определенные услуги во внутрисетевой больнице или амбулаторном хирургическом центре

Когда вам оказывают услуги во внутрисетевой больнице или амбулаторном хирургическом центре, некоторые из их провайдеров могут являться внесетевыми провайдерами. В таких случаях максимальная сумма, на которую эти провайдеры могут выставить вам счет, это указанная в вашем плане сумма внутрисетевых совместных платежей. В нее входят экстренные медикаменты, анестезия, обследования на патологию, рентгеновские обследования, лабораторные анализы, неонатология, услуги хирургов и их ассистентов, госпиталистов и реаниматологов. Эти провайдеры не имеют права выставлять вам счета за остаток и требовать от вас отказа от мер защиты от выставления счетов за остаток.

Если вам будут предоставлены другие услуги в этих внесетевых учреждениях, то внесетевые провайдеры не имеют права выставлять вам счета за остаток, если вы не давали письменного согласия на отказ от мер защиты.

Бесплатные услуги устного перевода

- В больнице спросите свою медсестру.
- Если вы находитесь не в больнице, позвоните по бесплатному телефону переводческой службы (Family Interpreting Line), 1-866-583-1527. Сообщите переводчику фамилию или добавочный номер нужного вам сотрудника.

Вы не обязаны отказываться от мер защиты от выставления счетов за остаток. Вы также не обязаны заказывать внесетевое лечение. Вы имеете право выбрать провайдера или учреждение в сети вашего плана.

Когда выставление счетов за остаток не разрешено, у вас также есть следующие меры защиты:

- Вы обязаны оплачивать только вашу часть платежа (например, доплату, сострахование и франшизы, которые вы оплачивали бы, если бы провайдер или учреждение входило в сеть). Ваш медицинский план произведет прямые выплаты внесетевым провайдерам и учреждениям.
 - Ваш медицинский план в целом должен:
 - Покрывать стоимость экстренных услуг, не требуя от вас получения заблаговременного разрешения на услуги (предварительного утверждения).
 - Покрывать стоимость экстренных услуг, оказываемых внесетевыми провайдерами.
 - Основывать сумму, которую вы должны провайдеру или учреждению (совместный платеж), исходя из суммы, которую он уплатил бы внутрисетевому провайдеру или учреждению, и отражать эту сумму в вашем разъяснении льгот.
 - Засчитывать все суммы, которые вы платите за экстренные или внесетевые услуги, в вашу франшизу и ваш лимит собственных расходов.
-

Если вы считаете, что выставленный вам счет содержит ошибки

Если вы считаете, что выставленный вам счет содержит ошибки, вы имеете право подать жалобу федеральным властям:

- Посетите [cms.gov/nosurprises/consumers](https://www.cms.gov/nosurprises/consumers)
- Позвоните 1-800-985-3059

И/или вы можете подать жалобу в Страховую комиссию штата Вашингтон [Washington State Office of the Insurance Commissioner]:

- Посетите [insurance.wa.gov/file-complaint-or-check-your-complaint-status](https://www.insurance.wa.gov/file-complaint-or-check-your-complaint-status)
- Позвоните 1-800-562-6900

Чтобы получить дополнительную информацию о ваших правах в соответствии с федеральным законодательством, посетите [cms.gov/nosurprises](https://www.cms.gov/nosurprises).

Чтобы получить дополнительную информацию о ваших правах в соответствии с законодательством штата Вашингтон, посетите веб-сайт Страховой комиссии штата Вашингтон о Законе о защите от выставления счетов за остаток: [insurance.wa.gov/what-consumers-need-know-about-surprise-or-balance-billing](https://www.insurance.wa.gov/what-consumers-need-know-about-surprise-or-balance-billing).

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.