

# Quyền của bạn để được bảo vệ đối với hóa đơn y tế bất ngờ và hóa đơn tính phí chênh lệch

Khi bạn được chăm sóc cấp cứu hoặc nhận dịch vụ điều trị từ một nhà cung cấp dịch vụ ngoài mạng lưới tại một bệnh viện hay trung tâm phẫu thuật ngoại trú trong mạng lưới thì bạn được bảo vệ đối với các hóa đơn bất ngờ hay hóa đơn tính phí chênh lệch.

"Hóa đơn tính phí chênh lệch" (đôi khi còn được gọi là "hóa đơn bất ngờ") là gì?

Sau khi gặp một bác sĩ hay người cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe khác thì bạn có thể phải trả một số chi phí bằng tiền túi, ví dụ như các khoản đồng trả, đồng bảo hiểm và/hoặc khoản khấu trừ. Bạn có thể được yêu cầu trả các chi phí khác hoặc phải trả toàn bộ số tiền trong hóa đơn nếu gặp một nhà cung cấp dịch vụ hay đến một cơ sở chăm sóc sức khỏe không thuộc mạng lưới của chương trình bảo hiểm y tế của bạn.

"Ngoài mạng lưới" là cụm từ được dùng để miêu tả các nhà cung cấp dịch vụ và cơ sở chưa ký hợp đồng với chương trình bảo hiểm y tế của bạn. Các nhà cung cấp dịch vụ ngoài mạng lưới có thể được phép gửi hóa đơn yêu cầu bạn phải trả phần tiền chênh lệch giữa khoản tiền chương trình bảo hiểm đồng ý thanh toán và mức phí đầy đủ của dịch vụ. Việc này được gọi là "tính phí chênh lệch". Khoản tiền chênh lệch rất có thể sẽ lớn hơn so với chi phí bạn phải trả nếu nhận được cùng dịch vụ đó từ một nhà cung cấp trong mạng lưới, và chương trình bảo hiểm có thể không tính khoản này vào mức giới hạn tiền tự trả hàng năm của bạn.

"Hóa đơn bất ngờ" là trường hợp bị tính tiền chênh lệch ngoài dự tính. Việc này có thể xảy ra khi bạn không thể biết trước được ai là người chăm sóc cho mình—ví dụ như khi cần được cấp cứu hoặc khi bạn lên lịch hẹn khám tại một cơ sở trong mạng lưới nhưng lại được điều trị bởi một nhà cung cấp dịch vụ ngoài mạng lưới mà không được báo trước.

Các công ty bảo hiểm phải thông báo trên trang web của mình hoặc theo yêu cầu của bạn về các nhà cung cấp dịch vụ, bệnh viện và cơ sở đang tham gia mạng lưới của họ. Các bệnh viện, cơ sở phẫu thuật và nhà cung cấp dịch vụ phải thông báo trên trang web của mình hoặc theo yêu cầu của bạn về các mạng lưới nhà cung cấp mà họ đang tham gia.

Bạn được bảo vệ đối với các hóa đơn tính phí chênh lệch cho:

## Dịch vụ cấp cứu

Nếu bạn gặp trường hợp y tế khẩn cấp và nhận được dịch vụ cấp cứu từ một nhà cung cấp dịch vụ hay cơ sở ngoài mạng lưới thì số tiền tính cho bạn không được phép vượt quá mức chi phí chia sẻ mà bảo hiểm của bạn dành cho các dịch vụ trong mạng lưới (ví dụ như các khoản đồng trả và đồng bảo hiểm). Không ai được phép yêu cầu bạn phải trả phí chênh lệch cho các dịch vụ cấp cứu. Điều này gồm cả các dịch vụ có thể được cung cấp sau khi tình trạng của bạn đã ổn định, trừ phi bạn ký giấy đồng ý và từ bỏ quyền được bảo vệ đối với các hóa đơn tính phí chênh lệch cho các dịch vụ sau khi bệnh tình ổn định.

## Dịch vụ thông dịch miễn phí

- Nếu ở bệnh viện, hãy hỏi y tá của bạn.
- Nếu ở bên ngoài bệnh viện, hãy gọi Đường dây Thông dịch dành cho Gia đình miễn phí theo số 1-866-583-1527. Báo cho thông dịch viên biết tên hay số máy lẻ của người bạn cần gặp.

### Một số dịch vụ cung cấp tại bệnh viện hay trung tâm phẫu thuật ngoại trú trong mạng lưới

Khi bạn nhận dịch vụ tại một bệnh viện hay trung tâm phẫu thuật ngoại trú trong mạng lưới thì đôi khi có một số chuyên gia cung cấp dịch vụ ở đó mà không thuộc mạng lưới. Trong trường hợp này, chuyên gia cung cấp dịch vụ không được phép tính phí cao hơn mức chi phí chia sẻ mà bảo hiểm của bạn dành cho dịch vụ trong mạng lưới. Điều này áp dụng cho các dịch vụ y tế cấp cứu, gây mê/tê, bệnh lý học, chụp hình quang tuyến, phòng xét nghiệm, chăm sóc trẻ sơ sinh, bác sĩ phẫu thuật, trợ lý phẫu thuật và dịch vụ của bác sĩ chuyên khoa y học bệnh viện hay chuyên khoa điều trị tập trung. Các nhà cung cấp dịch vụ này không được phép gửi hóa đơn tính phí chênh lệch cho bạn và cũng không được yêu cầu bạn từ bỏ quyền được bảo vệ đối với loại hóa đơn này.

Nếu bạn nhận các loại dịch vụ khác tại một cơ sở trong mạng lưới thì nhà cung cấp dịch vụ ngoài mạng lưới không được phép gửi hóa đơn tính phí chênh lệch, trừ phi bạn ký giấy đồng ý và từ bỏ quyền được bảo vệ.

Không có trường hợp nào mà bạn bắt buộc phải từ bỏ quyền được bảo vệ đối với hóa đơn tính phí chênh lệch. Bạn cũng không bao giờ bị buộc phải nhận dịch vụ ngoài mạng lưới. Bạn có quyền chọn một nhà cung cấp dịch vụ hay cơ sở trong mạng lưới của chương trình bảo hiểm.

Trong trường hợp việc tính phí chênh lệch là không được phép thì bạn cũng có các quyền được bảo vệ sau đây:

- Trách nhiệm duy nhất của bạn là phải trả phần chi phí thông thường (như các khoản đồng trả, đồng bảo hiểm và khoản khấu trừ mà bạn vẫn sẽ trả nếu nhận dịch vụ từ một nhà cung cấp hay cơ sở trong mạng lưới). Chương trình bảo hiểm y tế của bạn sẽ thanh toán trực tiếp cho các nhà cung cấp dịch vụ và cơ sở ngoài mạng lưới.
- Nhìn chung, chương trình bảo hiểm y tế của bạn phải:
  - Chi trả các dịch vụ cấp cứu mà không yêu cầu bạn phải làm thủ tục xin sự chấp thuận từ trước cho các dịch vụ đó (sự chấp thuận trước).
  - Chi trả cho các dịch vụ cấp cứu từ nhà cung cấp dịch vụ ngoài mạng lưới.
  - Tính toán số tiền bạn phải trả cho nhà cung cấp dịch vụ hay cơ sở đó (phần chia sẻ chi phí) căn cứ vào mức tiền sẽ được chi trả cho một nhà cung cấp hay cơ sở trong mạng lưới, và ghi rõ số tiền đó trong bản giải thích quyền lợi cho bạn.
  - Tính bất kỳ khoản nào mà bạn tự trả cho các dịch vụ cấp cứu hay dịch vụ ngoài mạng lưới vào khoản khấu trừ và mức giới hạn tiền tự trả của bạn.

Nếu bạn tin rằng mình bị yêu cầu trả một khoản tiền không đúng

Nếu tin rằng mình bị yêu cầu trả một khoản tiền không đúng thì bạn có thể nộp khiếu nại với chính phủ liên bang:

- Truy cập [cms.gov/nosurprises/consumers](https://cms.gov/nosurprises/consumers)
- Gọi số 1-800-985-3059

Và/hoặc quý vị có thể nộp đơn khiếu nại lên Văn phòng Vụ trưởng Vụ Bảo hiểm Washington (Office of the Insurance Commissioner):

- Truy cập [insurance.wa.gov/file-complaint-or-check-your-complaint-status](https://insurance.wa.gov/file-complaint-or-check-your-complaint-status)
- Gọi số 1-800-562-6900

Truy cập [cms.gov/nosurprises](https://cms.gov/nosurprises) để biết thêm thông tin về các quyền của bạn theo luật pháp liên bang.

Truy cập trang web về Điều luật Bảo vệ Đối với Hóa đơn Tính phí Chênh lệch của Văn phòng Vụ trưởng Vụ Bảo hiểm tại [insurance.wa.gov/what-consumers-need-know-about-surprise-or-balance-billing](https://insurance.wa.gov/what-consumers-need-know-about-surprise-or-balance-billing) để biết thêm thông tin về các quyền của quý vị theo luật pháp tiểu bang Washington.

# 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](https://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](https://insurance.wa.gov/file-complaint-or-check-your-complaint-status)
- Call 1-800-562-6900

Visit [cms.gov/nosurprises](https://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](https://insurance.wa.gov/what-consumers-need-know-about-surprise-or-balance-billing) for more information about your rights under Washington state law.