

حقوق و حمایت‌های شما برای صورتحساب‌های پزشکی غافلگیرکننده

اگر شما در یک بیمارستان یا مرکز جراحی سرپایی درون شبکه، مراقبت‌های اورژانسی دریافت نمایید یا توسط یک ارائه‌دهنده خارج از شبکه‌ای تحت درمان قرار بگیرید، از پرداخت صورتحساب مانده بدهی در امان هستید. در این موارد، شما نباید بیش از پرداخت‌های مشترک، بیمه مشترک و/یا کسر فرانشیز، هزینه پرداخت نمایید.

«صورتحساب مانده بدهی» چیست (گاهی اوقات «صورتحساب غافلگیرکننده» نامیده می‌شود)؟

شما ممکن است مقادیر مشخصی از هزینه‌های بدون پوشش بیمه، مانند یک پرداخت مشترک، بیمه مشترک، یا فرانشیز را هنگامی که به یک پزشک یا دیگر ارائه‌دهنده‌های مراقبت بهداشتی مراجعه می‌کنید، بدهکار شوید. در صورت مراجعه شما به یک ارائه‌دهنده یا بازدید از یک مرکز مراقبت بهداشتی که در شبکه طرح سلامت شما نیست، ممکن است هزینه‌های اضافی به شما تعلق گیرد یا مجبور شوید کل صورتحساب را خودتان پردازید.

«خارج از شبکه» یعنی ارائه‌دهندگان و مراکزی که فاقد یک قرارداد امضا شده با طرح سلامت شما برای ارائه خدمات باشند. ارائه‌دهندگان خارج از شبکه می‌توانند صورتحساب مابه‌التفاوت مبلغی که طرحتان تقبل می‌کند و کل مبلغی که برای یک خدمت دریافت می‌شود را از شما درخواست نمایند. که «صورتحساب مانده بدهی» نامیده می‌شود. این مبلغ احتمالاً برای خدمات مشابه، بیشتر از مبلغ درون شبکه است و ممکن است به‌عنوان فرانشیز طرح شما یا حد بدون پوشش بیمه سالانه مورد قبول شما در نظر گرفته نشود.

«صورتحساب غافلگیرکننده» یک صورتحساب مانده بدهی غیرمنتظره است. این امر زمانی اتفاق می‌افتد که شما کنترلی بر اینکه چه کسی در مراقبت از شما نقش داشته باشد، ندارید - مانند زمانی که یک وضعیت اورژانسی دارید یا شما یک قرار ملاقات برای یک مرکز درون شبکه برنامه‌ریزی می‌کنید اما به طور غیرمنتظره توسط یک ارائه‌دهنده خارج از شبکه مورد درمان قرار می‌گیرید. براساس نوع پروسه و خدمات، صورتحساب‌های پزشکی غافلگیرکننده می‌توانند تا هزاران دلار هزینه بر داشته باشند.

شما در برابر صورتحساب مانده بدهی برای موارد زیر، تحت حمایت قرار می‌گیرید:

خدمات اورژانسی

اگر شما یک وضعیت پزشکی اورژانسی دارید و از یک ارائه‌دهنده یا مرکز خارج از شبکه، خدمات اورژانسی دریافت نمایید، حداکثر مبلغی که آنها می‌توانند به شما صورتحساب دهند، مبلغ اشتراک هزینه طرح شما در شبکه است (مانند پرداخت‌های مشترک، بیمه مشترک، و فرانشیزها). شما نباید برای چنین خدمات اورژانسی، صورتحساب مانده بدهی دریافت کنید. این خدمات شامل مواردی می‌شود که شما ممکن است بعد از پایدار شدن وضعیت تان دریافت کنید، مگر اینکه رضایت کتبی بدهید و از حمایت‌های خود برای دریافت خدمات صورتحساب مانده بدهی پس از پایداری، چشم‌پوشی کنید.

قانون کالیفرنیا، در صورتیکه اعضا در طرح‌های تنظیم شده ایالتی برای صورتحساب‌های پزشکی غافلگیرکننده، خدمات اورژانسی را از پزشک یا بیمارستانی دریافت کنند که با طرح سلامت یا گروه پزشکی بیمار قرارداد ندارد، آنها را تحت حمایت قرار می‌دهد. در شرایط تحت پوشش، ارائه‌دهندگان نمی‌توانند بیش از اشتراک هزینه‌های درون شبکه مشتریان به آنها صورتحساب تحویل دهند.

خدمات مشخص در بیمارستان درون شبکه یا مرکز جراحی سرپایی

وقتی که شما از یک بیمارستان درون شبکه یا مرکز جراحی سرپایی، خدمات دریافت می‌کنید، ممکن است بعضی از ارائه‌دهندگان، خارج از شبکه باشند. در این شرایط، حداکثر مبلغی که آن ارائه‌دهندگان می‌توانند به شما صورتحساب بدهند، مبلغ اشتراک هزینه طرح شما در شبکه است. این امر در مورد پزشکی اورژانس، بیهوشی،

آسیب‌شناسی، رادیولوژی، آزمایشگاه، پزشکی نوزادان، دستیار جراح، بیمارستان یا خدمات مراقبت‌های ویژه صدق می‌کند. این ارائه‌دهندگان نمی‌توانند صورتحساب مانده بدهی به شما بدهند و نباید از شما درخواست کنند که از حمایت خود برای عدم دریافت صورتحساب مانده بدهی چشم‌پوشی نمایید.

اگر در این مراکز درون شبکه‌ای، از خدمات دیگری بهره می‌برید، ارائه‌دهندگان خارج از شبکه نمی‌توانند صورتحساب‌های مانده بدهی به شما بدهند، مگر اینکه رضایت کتبی بدهید و از حمایت‌های خود چشم‌پوشی نمایید.

شما هرگز لازم نیست که از حمایت خود در برابر صورتحساب مانده بدهی صرف‌نظر کنید. شما همچنین نیازی به دریافت مراقبت خارج از شبکه ندارید. شما می‌توانید یک ارائه‌دهنده یا مرکز را تحت شبکه طرح خود انتخاب نمایید.

قانون کالیفرنیا، در صورتیکه اعضا در طرح‌های تنظیم‌شده ایالتی برای صورتحساب‌های پزشکی غافلگیرکننده، از مراقبت‌های برنامه‌ریزی‌شده در یک مرکز درون شبکه مانند بیمارستان، آزمایشگاه یا مرکز تصویربرداری استفاده نماید، اما این خدمات توسط یک ارائه‌دهنده خارج از شبکه ارائه گردد، آنها را تحت حمایت قرار می‌دهد. در شرایط تحت پوشش، ارائه‌دهندگان نمی‌توانند بیش از اشتراک هزینه‌های درون شبکه مشتریان به آنها صورتحساب تحویل دهند. علاوه بر این، برای افراد فاقد بیمه، بیمارستان‌ها باید یک برآورد کتبی از مبلغ موردنیاز بیمارستان برای خدمات مورد نظر در زمان ارائه خدمات، به بیمار ارائه دهند.

اگر صورتحساب مانده بدهی مجاز نباشد، شما از حمایت‌های زیر نیز برخوردار می‌شوید:

- شما فقط مسئول پرداخت سهم خود از هزینه هستید (مانند پرداخت‌های مشترک، بیمه مشترک، و فرانشیز که اگر ارائه‌دهنده یا تسهیلات، درون شبکه‌ای بود، پرداخت می‌کردید). هرگونه هزینه اضافی، مستقیماً توسط طرح سلامت شما به ارائه‌دهندگان و مراکز خارج از شبکه پرداخت می‌گردد.
- به طور کلی، برنامه سلامت شما باید:
 - بدون نیاز شما به دریافت تأییدیه از قبل خدمات، خدمات اضطراری را پوشش دهد (همچنین به عنوان "مجوز قبلی" شناخته می‌شود).
 - خدمات اضطراری را توسط ارائه‌دهندگان خارج از شبکه پوشش دهد.
 - بدهی شما به ارائه‌دهنده یا مراکز (اشتراک هزینه) بر اساس مبلغی که به ارائه‌دهنده یا تسهیلات درون شبکه پرداخت می‌شود را تعیین کند و آن مبلغ را در توضیح مزایای شما نشان دهد.
 - هر مبلغی را که شما برای خدمات اضطراری یا خدمات خارج از شبکه به‌عنوان فرانشیز در شبکه و حد بدون پوشش بیمه پرداخت می‌کنید را حساب نماید.

اگر شما فکر می‌کنید که به صورت اشتباه، صورتحساب دریافت کرده‌اید، برای مسائل اجرایی مرتبط با طرح‌های تنظیم شده ایالتی، با بخش مراقبت‌های بهداشتی مدیریت‌شده کالیفرنیا به شماره 1-888-466-2219 یا بخش بیمه کالیفرنیا به شماره 1-800-927-4357 یا برای مسایل اجرایی مرتبط با برنامه‌های تنظیم‌شده فدرال، برای خدمات Medicare و Medicaid با مراکز ایالات متحده به شماره 1-800-985-3059 تماس بگیرید.
(<https://www.cms.gov/nosurprises/consumers>)

برای اطلاعات بیشتر در مورد حقوق خود تحت قوانین فدرال، به www.cms.gov/nosurprises مراجعه نمایید.

برای اطلاعات بیشتر در مورد حقوق خود تحت قوانین ایالتی، به www.HealthHelp.ca.gov مراجعه نمایید.