

Quyền Lợi Và Các Biện Pháp Bảo Vệ Quý Vị Tránh Hóa Đơn Y Tế Bất Ngờ

Khi quý vị được chăm sóc khẩn cấp hoặc được điều trị bởi một nhà cung cấp dịch vụ ngoài mạng lưới tại một bệnh viện hoặc trung tâm phẫu thuật cấp cứu trong mạng lưới, quý vị sẽ được bảo vệ tránh các khoản thanh toán bất ngờ hay thanh toán số dư.

“Thanh toán số dư” (đôi khi được gọi là “thanh toán bất ngờ”) là gì?

Khi quý vị khám tại một bác sĩ hoặc nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe khác, quý vị có thể nợ một số chi phí tự trả nào đó, như khoản đồng thanh toán, đồng bảo hiểm và/hoặc khoản khấu trừ chẳng hạn. Quý vị có thể phải thanh toán các chi phí khác hoặc toàn bộ hóa đơn nếu khám tại một nhà cung cấp dịch vụ hoặc đến khám tại một cơ sở chăm sóc sức khỏe không nằm trong mạng lưới chương trình bảo hiểm sức khỏe của quý vị.

Cụm từ “Ngoài mạng lưới” mô tả các nhà cung cấp dịch vụ và cơ sở không ký hợp đồng với chương trình bảo hiểm sức khỏe của quý vị. Các nhà cung cấp dịch vụ ngoài mạng lưới có thể được phép lập hóa đơn cho quý vị phần chênh lệch giữa số tiền mà chương trình bảo hiểm sức khỏe của quý vị đã đồng ý thanh toán và toàn bộ số tiền được tính cho một dịch vụ. Đây được gọi là **“thanh toán số dư”**. Số tiền này có thể nhiều hơn chi phí cho cùng một dịch vụ trong mạng lưới và có thể không được tính vào hạn mức chi phí tự trả hàng năm của quý vị.

“Thanh toán bất ngờ” là một hóa đơn số dư ngoài dự kiến. Điều này có thể xảy ra khi quý vị không thể kiểm soát những người tham gia chăm sóc quý vị—chẳng hạn như khi quý vị cần chăm sóc cấp cứu hoặc khi quý vị lên lịch hẹn khám tại một cơ sở trong mạng lưới nhưng lại được một nhà cung cấp dịch vụ ngoài mạng lưới điều trị ngoài dự kiến.

Quý vị được bảo vệ khỏi thanh toán số dư đối với:

Các dịch vụ khẩn cấp

Nếu quý vị ở trong tình trạng cần cấp cứu y tế và nhận các dịch vụ khẩn cấp từ một nhà cung cấp dịch vụ hoặc cơ sở ngoài mạng lưới, thì số tiền tối đa mà nhà cung cấp dịch vụ hoặc cơ sở đó có thể lập hóa đơn cho quý vị sẽ bằng số tiền chia sẻ chi phí trong mạng lưới theo chương trình bảo hiểm sức khỏe của quý vị

(chẳng hạn như các khoản đồng thanh toán và đồng bảo hiểm). Quý vị **không phải** thanh toán số dư cho các dịch vụ khẩn cấp này. Trong đó bao gồm các dịch vụ quý vị có thể nhận sau khi tình trạng của quý vị đã ổn định, trừ khi quý vị đưa ra chấp thuận bằng văn bản và từ bỏ các biện pháp bảo vệ tránh thanh toán số dư cho các dịch vụ sau khi ổn định sức khỏe như vậy.

Một số dịch vụ tại bệnh viện hoặc trung tâm phẫu thuật cấp cứu trong mạng lưới

Khi nhận dịch vụ từ một bệnh viện hoặc trung tâm phẫu thuật cấp cứu trong mạng lưới, quý vị có thể sẽ được điều trị bởi một số nhà cung cấp dịch vụ ngoài mạng lưới. Trong những trường hợp này, số tiền tối đa mà các nhà cung cấp dịch vụ đó có thể lập hóa đơn cho quý vị sẽ bằng số tiền chia sẻ chi phí trong mạng lưới theo chương trình bảo hiểm sức khỏe của quý vị. Điều này áp dụng cho các dịch vụ thuốc cấp cứu, gây mê, nghiên cứu bệnh lý, chụp X-quang, phòng thí nghiệm, sơ sinh, trợ lý phẫu thuật, bác sĩ hoặc bác sĩ hồi sức. Các nhà cung cấp dịch vụ này **không được phép** lập hóa đơn cho quý vị và **không được** yêu cầu quý vị từ bỏ các biện pháp bảo vệ tránh thanh toán số dư.

Nếu quý vị nhận các dịch vụ khác tại các cơ sở trong mạng lưới này, thì các nhà cung cấp dịch vụ ngoài mạng lưới **không được phép** lập hóa đơn số dư cho quý vị, trừ khi quý vị đưa ra chấp thuận bằng văn bản và từ bỏ các biện pháp bảo vệ.

Quý vị không bắt buộc phải từ bỏ các biện pháp bảo vệ tránh thanh toán số dư. Quý vị cũng không bắt buộc phải nhận dịch vụ chăm sóc ngoài mạng lưới. Quý vị có thể chọn một nhà cung cấp dịch vụ hoặc cơ sở trong mạng lưới chương trình bảo hiểm của quý vị.

Khi không phải thanh toán số dư, quý vị cũng được hưởng các biện pháp bảo vệ sau:

- Quý vị chỉ chịu trách nhiệm thanh toán phần chia sẻ chi phí của mình (như khoản đồng thanh toán, đồng bảo hiểm và các khoản khấu trừ mà quý vị phải thanh toán nếu nhà cung cấp dịch vụ hoặc cơ sở nằm trong mạng lưới). Chương trình bảo hiểm sức khỏe của quý vị sẽ thanh toán trực tiếp cho các nhà cung cấp dịch vụ và cơ sở ngoài mạng lưới.
- Nói chung, chương trình bảo hiểm sức khỏe của quý vị phải:
 - o Bao trả các dịch vụ khẩn cấp mà không được yêu cầu quý vị xin chấp thuận trước cho các dịch vụ đó (ủy quyền trước).

o Bao trả các dịch vụ khẩn cấp từ các nhà cung cấp dịch vụ ngoài mạng lưới.

o Tính số tiền quý vị nợ nhà cung cấp dịch vụ hoặc cơ sở (chia sẻ chi phí) dựa trên số tiền họ sẽ thanh toán cho nhà cung cấp dịch vụ hoặc cơ sở trong mạng lưới và liệt kê số tiền đó trong phần giải thích quyền lợi của quý vị.

o Tính bất kỳ số tiền nào quý vị phải thanh toán cho các dịch vụ khẩn cấp hoặc dịch vụ ngoài mạng lưới vào hạn mức khấu trừ và chi phí tự trả của quý vị.

Nếu cho rằng mình bị lập hóa đơn sai, quý vị có thể liên hệ theo số (800)-985-3059

Truy cập <https://www.cms.gov/nosurprises> để biết thêm thông tin về các quyền của quý vị theo luật liên bang.