

## حقوق و مزایای حمایتی شما در برابر صورت‌حساب‌های پزشکی غیرمنتظره

زمانی که مراقبت‌های اورژانسی دریافت می‌کنید یا توسط ارائه‌دهنده خارج از شبکه در یک بیمارستان یا مرکز جراحی سرپایی عضو شبکه تحت درمان قرار می‌گیرید، در مقابل دریافت صورت‌حساب مانده‌مبلغ خارج از بیمه محافظت می‌شوید. در این موارد، نباید بیش از مبلغ پرداخت‌های مشترک، بیمه مشترک و/یا فرانشیز طرح از شما مطالبه شود.

### **«صورت‌حساب مانده‌مبلغ خارج از بیمه» (که بعضاً «صورت‌حساب غیرمنتظره» گفته می‌شود) چیست؟**

زمانی که به پزشک یا ارائه‌دهنده مراقبت‌های بهداشتی دیگری مراجعه می‌کنید، ممکن است مشمول هزینه‌هایی نظیر مبلغ پرداخت مشترک، بیمه مشترک یا فرانشیز شوید که باید از جیب بپردازید. اگر به ارائه‌دهنده یا مرکز مراقبت‌های بهداشتی که در شبکه طرح سلامت شما نیست مراجعه کنید، در این صورت ممکن است مشمول هزینه‌های اضافی یا پرداخت کل صورت‌حساب شوید.

«خارج از شبکه» یعنی ارائه‌دهندگان یا مراکز درمانی که با طرح سلامت شما قراردادی جهت ارائه خدمات امضا نکرده‌اند. ارائه‌دهندگان خارج از شبکه ممکن است در مقابل ارائه یکی از خدمات، مجاز به صدور صورت‌حساب برای مابه تفاوت مبالغ پرداختی طرح شما و کل مبلغ مطالبه‌شده باشند. به این «صورت‌حساب مانده‌مبلغ خارج از بیمه» (balance billing) گفته می‌شود. این مبلغ احتمالاً بیش از هزینه‌های داخل شبکه برای همان سرویس می‌باشد و ممکن است در محاسبه فرانشیز طرح شما یا سقف سالانه مبالغ پرداختی از جیب لحاظ نشود.

«صورت‌حساب غیرمنتظره» نوعی صورت‌حساب مانده‌مبلغ خارج از بیمه است که از نوع صورت‌حساب غیرمنتظره محسوب می‌شود. این در صورتی رخ می‌دهد که انتخاب فرد دخیل در خدمات مراقبتی‌تان تحت اختیار شما نباشد—نظیر زمانی که در شرایط اورژانسی هستید یا نوبت ویزیت در مرکز درمانی داخل شبکه گرفته‌اید ولی بطور غیرمنتظره توسط ارائه‌دهنده خارج از شبکه تحت درمان قرار می‌گیرید. صورت‌حساب‌های پزشکی غیرمنتظره ممکن است هزاران دلار، بسته به اقدامات پزشکی یا سرویس ارائه‌شده، هزینه داشته باشد.

### **مواردی که در مقابل آن در برابر دریافت «صورت‌حساب مانده‌مبلغ خارج از بیمه» محافظت می‌شوید:**

#### خدمات اورژانسی

اگر شرایط پزشکی اورژانسی داشته باشید و خدمات اورژانسی از ارائه‌دهنده یا مرکز درمانی خارج از شبکه دریافت کنید، حداکثر صورت‌حسابی که آنها می‌توانند برای شما صادر کنند مبلغ سهم بیمار طبق تعرفه طرح شما برای خدمات داخل شبکه (مانند پرداخت‌های مشترک، بیمه مشترک و فرانشیز) است. برای این خدمات اورژانس نمی‌توانند صورت‌حساب مانده‌مبلغ خارج از بیمه برایتان صادر کنند. اینها شامل خدماتی می‌شود که ممکن است بعد از اینکه در وضعیت پایدار قرار گرفتید دریافت کنید، مگر اینکه رضایت کتبی بدهید و از مزایای حمایتی خود که از صدور صورت‌حساب مانده‌مبلغ خارج از بیمه برای این خدمات پس از رسیدن به وضعیت پایدار جلوگیری می‌کند، صرف‌نظر نمایید.

Connecticut در سال 2015 قانون خاص خودش را برای صدور صورت‌حساب مانده‌مبلغ خارج از بیمه تصویب کرد. این قانون برای طرح‌های سلامت تحت نظارت اداره بیمه کانکتیکت (Connecticut Department of Insurance) اعمال می‌شود و مزایای حمایتی مشابهی برای خدمات تحت «قانون جلوگیری از هزینه‌های غیرمنتظره» (No Surprises Act) دارد که از قوانین فدرال است. برای کسب اطلاعات بیشتر به [Gen. Stat. §§ 38a-477aa](http://Gen.Stat. §§ 38a-477aa.Conn) و [f20-7](http://f20-7) یا وبسایت اداره بیمه Connecticut به نشانی <https://portal.ct.gov/CID/General-Consumer-Information/No-Surprises-Act> مراجعه کنید.

#### خدمات خاص در بیمارستان یا مرکز جراحی سرپایی عضو شبکه

زمانی که خدماتی از بیمارستان یا مرکز جراحی سرپایی داخل شبکه دریافت می‌کنید، برخی از ارائه‌دهندگان آنجا ممکن است خارج از شبکه باشند. در اینگونه موارد، حداکثر مبلغی که آن ارائه‌دهندگان می‌توانند برایش صورت‌حساب صادر کنند، مبلغ

سهم بیمار طبق تعرفه درون شبکه طرح شما است. این برای خدمات پزشکی اورژانسی، هوش‌بری، پاتولوژی، رادیولوژی، آزمایشگاه، نوزادشناسی، دستیار جراح، پزشک بیمارستان یا پزشک مراقبت‌های ویژه اعمال می‌شود. این ارائه‌دهندگان نمی‌توانند برای شما «صورت‌حساب مانده‌مبلغ خارج از بیمه» صادر کنند یا از شما بخواهند که از مزایای حمایتی خود در برابر «صورت‌حساب مانده‌مبلغ خارج از بیمه» صرف‌نظر کنید.

اگر انواع دیگری از خدمات در این مراکز درمانی عضو شبکه دریافت می‌کنید، ارائه‌دهندگان خارج از شبکه نمی‌توانند برای شما صورت‌حساب مانده‌مبلغ خارج از بیمه صادر کنند، مگر اینکه شما رضایت کتبی دهید یا از مزایای حمایتی خود صرف‌نظر کنید.

**هرگز لازم نیست که از مزایای حمایتی که از صدور صورت‌حساب مانده‌مبلغ جلوگیری می‌کند صرف‌نظر کنید. همچنین الزامی وجود ندارد که از خدمات مراقبتی خارج از شبکه استفاده کنید. می‌توانید یک ارائه‌دهنده یا مرکز درمانی در شبکه طرح خود انتخاب کنید.**

### **زمانی که صدور صورت‌حساب مانده‌مبلغ مجاز نیست نیز از این مزایای حمایتی برخوردارید:**

- فقط پرداخت سهم خود از هزینه‌ها (مثل مبالغ پرداخت مشترک، بیمه مشترک و فرانشیز که اگر ارائه‌دهنده یا مرکز درمانی عضو شبکه بود باید می‌پرداختید) بر عهده شما باشد. طرح سلامت شما تمام هزینه‌های اضافه را به ارائه‌دهنده و مراکز درمانی خارج از شبکه بطور مستقیم پرداخت می‌کند.
- بطور کل، طرح سلامت شما موظف است:
  - خدمات اورژانسی را بدون اینکه نیازی به دریافت تأییدیه قبلی برای خدمات (یا همان «مجوز قبلی») باشد پوشش دهد.
  - خدمات اورژانسی ارائه‌شده توسط ارائه‌دهندگان خارج از شبکه را پوشش دهد.
  - مبنای بدهی شما به ارائه‌دهنده یا مرکز (مبلغ سهم بیمار) را آن مبلغی قرار دهد که به ارائه‌دهنده یا مرکز عضو شبکه باید پرداخت می‌کرد و آن مبلغ را در توضیح مزایای شما نشان دهد.
  - مبالغی را که برای خدمات اورژانسی یا خدمات خارج از شبکه پرداخت می‌کنید در محاسبه فرانشیز داخل شبکه یا سقف مبلغ پرداختی از جیب لحاظ کند.

اگر تصور می‌کنید که صورت‌حساب نادرستی برای شما صادر شده است، با اداره بیمه Connecticut از طریق: <https://portal.ct.gov/CID/Consumer-Affairs/File-a-Complaint-or-Ask-a-Question> یا خط راهنمای مشتریان: (800) 203-3447 یا (860) 297-3900 یا با دفتر مشاوره مراقبت‌های بهداشتی ایالت کانکتیکت (The State of Connecticut Office of the Healthcare Advocate) به شماره 866-466-4446 یا ایمیل [Healthcare.advocate@ct.gov](mailto:Healthcare.advocate@ct.gov) ارتباط برقرار کنید.

برای کسب اطلاعات بیشتر درباره حقوق خود تحت قانون فدرال، به [www.cms.gov/nosurprises/consumers](http://www.cms.gov/nosurprises/consumers) مراجعه کنید.