

حقوق و مزایای حمایتی شما در برابر صورت حساب‌های 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 صورت حساب مانده مبلغ خارج از بیمه محافظت می‌شوید. در این موارد، نباید بیش از مبلغ پرداخت‌های مشترک، بیمه مشترک و/یا فرانشیز طرح از شما مطالبه شود.

«صورت حساب مانده مبلغ خارج از بیمه» (که بعضاً «صورت حساب 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 صورت حساب 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 صورت حساب برای مابه تفاوت مبالغ پرداختی طرح شما و کل مبلغ مطالبه شده باشند. به این «صورت حساب مانده مبلغ 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.

«صورت حساب غیرمنتظره» نوعی صورت حساب مانده مبلغ خارج از بیمه است که از نوع صورت حساب 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. صورت حساب‌های پزشکی غیرمنتظره ممکن است هزاران دلار، بسته به اقدامات پزشکی یا سرویس ارائه شده، هزینه داشته باشد.

مواردی که در مقابل آن در برابر دریافت «صورت حساب مانده مبلغ 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 صورت حسابی 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 صورت حساب مانده مبلغ 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 صورت حساب مانده مبلغ خارج از بیمه برای این خدمات پس از رسیدن به وضعیت پایدار جلوگیری می‌کند، صرف نظر نمایید.

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 صورت حساب 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 «صورت حساب مانده مبلغ خارج از بیمه» صادر کنند یا از شما بخواهند که از مزایای حمایتی خود در برابر «صورت حساب مانده مبلغ خارج از بیمه» صرف نظر کنید.

اگر انواع دیگری از خدمات در این مراکز درمانی عضو شبکه دریافت می‌کنید، ارائه‌دهندگان خارج از شبکه نمی‌توانند برای شما صورت حساب مانده مبلغ خارج از بیمه صادر کنند، مگر اینکه شما رضایت کتبی دهید یا از مزایای حمایتی خود صرف نظر کنید.

هرگز لازم نیست که از مزایای حمایتی که از صدور صورت حساب مانده مبلغ جلوگیری می کند صرف نظر کنید. همچنین الزامی وجود ندارد که از خدمات مراقبتی خارج از شبکه استفاده کنید. می توانید یک ارائه دهنده یا مرکز درمانی در شبکه طرح خود انتخاب کنید.

زمانی که صدور صورت حساب مانده مبلغ مجاز نیست نیز از این مزایای حمایتی برخوردارید:

- فقط پرداخت سهم خود از هزینه ها (مثل مبالغ پرداخت مشترک، بیمه مشترک و فرانشیز که اگر ارائه دهنده یا مرکز درمانی عضو شبکه بود باید می پرداختید) بر عهده شما باشد. طرح سلامت شما تمام هزینه های اضافه را به ارائه دهنده و مراکز درمانی خارج از شبکه بطور مستقیم پرداخت می کند.
- بطور کل، طرح سلامت شما موظف است:
 - خدمات اورژانسی را بدون اینکه نیازی به دریافت تأییدیه قبلی برای خدمات (یا همان «مجاز قبلی») باشد پوشش دهد.
 - خدمات اورژانسی ارائه شده توسط ارائه دهندگان خارج از شبکه را پوشش دهد.
 - مبنای بدهی شما به ارائه دهنده یا مرکز (مبلغ سهم بیمار) را آن مبلغی قرار دهد که به ارائه دهنده یا مرکز عضو شبکه باید پرداخت می کرد و آن مبلغ را در توضیح مزایای شما نشان دهد.
 - مبالغی را که برای خدمات اورژانسی یا خدمات خارج از شبکه پرداخت می کنید در محاسبه فرانشیز داخل شبکه یا سقف مبلغ پرداختی از جیب لحاظ کند.

اگر تصور می کنید که صورت حساب نادرستی برای شما صادر شده است و پوشش شما مشمول قانون نیویورک است («پوشش بیمه کامل»)، با اداره خدمات مالی ایالت نیویورک (New York State Department of Financial Services) به شماره 342-3736 (800) یا ایمیل surprisemedicalbills@dfs.ny.gov تماس بگیرید. برای کسب اطلاعات درباره حقوق خود تحت قانون ایالتی، به نشانی اینترنتی <http://www.dfs.ny.gov> مراجعه کنید. برای خرید پوشش بیمه با بودجه خود یا پوشش خریداری شده خارج از نیویورک، با CMS به شماره 1-800-985-3059 تماس بگیرید.

برای کسب اطلاعات بیشتر درباره حقوق خود تحت قانون فدرال، به www.cms.gov/nosurprises/consumers مراجعه کنید.