

Quyền và Biện pháp Bảo vệ của Quý vị đối với các Hóa đơn Y tế Bất ngờ

Khi quý vị được chăm sóc cấp cứu hoặc được điều trị bởi nhà cung cấp dịch vụ ngoài mạng lưới tại bệnh viện hoặc trung tâm phẫu thuật ngoại trú thuộc mạng lưới, quý vị sẽ được bảo vệ khỏi hóa đơn y tế bất ngờ hoặc hóa đơn thanh toán phần chênh lệch.

“Thanh toán phần chênh lệch”, đôi khi còn được gọi là “hóa đơn y tế bất ngờ”, là gì?

Khi quý vị khám với bác sĩ hoặc nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe khác, quý vị có thể phải thanh toán một số chi phí tự trả, chẳng hạn như: khoản đồng thanh toán, khoản đồng bảo hiểm, khoản khấu trừ. Quý vị cũng có thể phải trả thêm các khoản chi phí khác hoặc phải thanh toán toàn bộ hóa đơn nếu thăm khám với nhà cung cấp dịch vụ hoặc đến cơ sở chăm sóc sức khỏe không thuộc mạng lưới của chương trình bảo hiểm y tế.

“Ngoài mạng lưới” là thuật ngữ dùng để chỉ các nhà cung cấp dịch vụ và cơ sở chăm sóc sức khỏe chưa ký hợp đồng với chương trình bảo hiểm y tế của quý vị. Các nhà cung cấp dịch vụ ngoài mạng lưới có thể được phép tính thêm cho quý vị khoản chênh lệch giữa số tiền mà chương trình bảo hiểm đồng ý thanh toán và toàn bộ chi phí của dịch vụ. Đây được gọi là “thanh toán phần chênh lệch”. Khoản tiền này thường cao hơn mức chi phí nếu sử dụng dịch vụ trong mạng lưới cho cùng một dịch vụ và có thể không được tính vào giới hạn chi phí tự trả hằng năm của quý vị.

“Hóa đơn y tế bất ngờ” là một hóa đơn thanh toán phần chênh lệch mà quý vị không lường trước được. Điều này có thể xảy ra khi quý vị không thể kiểm soát ai sẽ tham gia điều trị cho mình, chẳng hạn như khi quý vị gặp trường hợp cấp cứu hoặc khi quý vị đặt lịch thăm khám tại một cơ sở thuộc mạng lưới nhưng lại được điều trị ngoài dự kiến bởi một nhà cung cấp dịch vụ ngoài mạng lưới.

Quý vị được bảo vệ khỏi việc thanh toán phần chênh lệch trong các trường hợp sau:

Dịch vụ Cấp cứu

Nếu quý vị gặp tình trạng cấp cứu và nhận dịch vụ cấp cứu từ nhà cung cấp dịch vụ hoặc cơ sở y tế ngoài mạng lưới, số tiền tối đa mà nhà cung cấp hoặc cơ sở đó có thể yêu cầu quý vị thanh toán chỉ là mức chia sẻ chi phí trong mạng lưới theo chương trình của quý vị (chẳng hạn như khoản đồng thanh toán và khoản đồng bảo hiểm). Quý vị không phải thanh toán phần chênh lệch đối với các dịch vụ cấp cứu này. Điều này cũng áp dụng cho các dịch vụ quý vị nhận được sau khi tình trạng sức khỏe đã ổn định, trừ khi quý vị ký văn bản đồng ý từ bỏ quyền được bảo vệ và chấp nhận bị tính thanh toán phần chênh lệch đối với các dịch vụ sau khi ổn định tình trạng.

Một số dịch vụ tại bệnh viện hoặc trung tâm phẫu thuật ngoại trú thuộc mạng lưới

Khi quý vị nhận dịch vụ tại bệnh viện hoặc trung tâm phẫu thuật ngoại trú thuộc mạng lưới, một số nhà cung cấp dịch vụ tại đó có thể không thuộc mạng lưới. Trong những trường hợp này, số tiền tối đa mà các nhà cung cấp dịch vụ đó có thể yêu cầu quý vị thanh toán chỉ là mức chia sẻ chi phí trong mạng lưới của chương trình bảo hiểm. Điều này áp dụng cho các dịch vụ y học cấp cứu, gây mê, giải phẫu bệnh, chẩn đoán hình ảnh, xét nghiệm, sơ sinh, phẫu thuật viên phụ tá, bác sĩ điều trị nội trú hoặc bác sĩ hồi sức tích cực. Các nhà cung

tiếp theo

cấp dịch vụ này không được phép tính thanh toán phần chênh lệch và cũng không được yêu cầu quý vị từ bỏ quyền được bảo vệ khỏi việc thanh toán phần chênh lệch.

Nếu quý vị nhận các dịch vụ khác tại các cơ sở thuộc mạng lưới này, các nhà cung cấp dịch vụ ngoài mạng lưới cũng không được phép tính thanh toán phần chênh lệch, trừ khi quý vị ký văn bản đồng ý từ bỏ các quyền được bảo vệ của mình.

Quý vị không bao giờ bắt buộc phải từ bỏ các quyền được bảo vệ khỏi việc thanh toán phần chênh lệch. Quý vị cũng không bắt buộc phải sử dụng dịch vụ chăm sóc ngoài mạng lưới. Quý vị có thể lựa chọn nhà cung cấp dịch vụ hoặc cơ sở chăm sóc sức khỏe thuộc mạng lưới của chương trình bảo hiểm.

Khi không được phép thanh toán phần chênh lệch, quý vị còn được hưởng các quyền bảo vệ sau:

- Quý vị chỉ phải thanh toán phần chi phí thuộc trách nhiệm của mình (bao gồm khoản đồng thanh toán, khoản đồng bảo hiểm và khoản khấu trừ mà quý vị sẽ phải trả nếu nhà cung cấp hoặc cơ sở đó thuộc mạng lưới). Chương trình bảo hiểm y tế của quý vị sẽ thanh toán trực tiếp cho các nhà cung cấp dịch vụ và cơ sở y tế ngoài mạng lưới.
- Thông thường, chương trình bảo hiểm y tế của quý vị phải:
 - ▶ Chi trả cho các dịch vụ cấp cứu mà không yêu cầu phê duyệt trước (cho phép trước).
 - ▶ Chi trả cho các dịch vụ cấp cứu do nhà cung cấp dịch vụ ngoài mạng lưới cung cấp.

- ▶ Xác định khoản chia sẻ chi phí mà quý vị phải trả dựa trên số tiền chương trình sẽ thanh toán cho nhà cung cấp hoặc cơ sở thuộc mạng lưới và thể hiện khoản đó trong bản giải thích quyền lợi.
- ▶ Tính mọi khoản tiền quý vị thanh toán cho dịch vụ cấp cứu hoặc dịch vụ ngoài mạng lưới vào khoản khấu trừ và giới hạn chi phí tự trả của quý vị.

Nếu quý vị cho rằng mình đã bị lập hóa đơn không đúng, quý vị có thể liên hệ:

Cục Quản lý Bảo hiểm bang Maine
207-624-8475, hoặc 800-300-5000 (miễn cước)

Thông tin từ Cục Quản lý Bảo hiểm bang New Hampshire
603-271-2261, hoặc (800) 852-3416 (miễn cước) email: consumerservices@ins.nh.gov

Để biết thêm thông tin về các quyền của quý vị theo luật liên bang, vui lòng truy cập:
cms.gov/nosurprises/consumers

Để biết thêm thông tin về các quyền của quý vị theo luật của bang, vui lòng truy cập:
maine.gov/pfr/insurance/

