

حقوق و حفاظت‌ها از شما در برابر صورت‌حساب‌های پزشکی غافلگیرکننده

هنگامی که مراقبت‌های اورژانسی دریافت می‌کنید یا توسط ارائه‌دهنده‌ای خارج از شبکه در بیمارستان یا مرکز جراحی سرپایی درون شبکه تحت درمان قرار می‌گیرید، در برابر صدور صورت‌حساب مبلغ مانده از شما محافظت می‌شود. در این موارد، نباید بیش از پرداخت‌های مشترک، بیمه مشترک و/یا فرانشیز طرحتان هزینه پرداخت کنید. پرسش‌های متداول تکمیلی را در ادامه این صفحه مشاهده کنید.

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

هنگامی که به پزشک یا سایر ارائه‌دهندگان مراقبت‌های درمانی مراجعه می‌کنید، ممکن است برخی از هزینه‌ها را از جیب خودتان بدهکار شوید، مثلاً پرداخت مشترک، بیمه مشترک، و/یا فرانشیز. در صورت بازدید از مرکز مراقبت‌های درمانی یا مراجعه به ارائه‌دهنده‌ای که در شبکه طرح سلامت شما نباشد، ممکن است هزینه‌های اضافی داشته باشید یا مجبور شوید کل صورت‌حساب را بپردازید.

«خارج از شبکه» به معنای ارائه‌دهندگان و مراکزی است که قراردادی برای ارائه خدمات با طرح سلامت شما امضا نکرده‌اند. ارائه‌دهندگان خارج از شبکه ممکن است اجازه داشته باشند مابه‌التفاوت مبلغی که طرحتان می‌پردازد و کل مبلغی که برای خدمات دریافت می‌شود را از شما دریافت کنند. به این امر «صورت‌حساب مبلغ مانده» می‌گویند. این مبلغ احتمالاً بیشتر از هزینه‌های درون شبکه برای همان خدمات است و ممکن است به عنوان فرانشیز یا سقف سالانه پرداختی شما خارج از طرح محاسبه نشود.

«صورت‌حساب غافلگیرکننده» صورت‌حساب غیرمنتظره‌ای برای مبلغ مانده است. این موضوع زمانی می‌تواند اتفاق بیفتد که نتوانید کنترل کنید چه کسی در مراقبت از شما نقش داشته باشد - مثل وقتی که در وضعیت اورژانسی باشید یا زمانی که برای مراجعه به یک مرکز درون شبکه برنامه‌ریزی می‌کنید ولی به‌طور غیرمنتظره توسط ارائه‌دهنده‌ای خارج از شبکه درمان می‌شوید. برخی از صورت‌حساب‌های پزشکی غافلگیرکننده بسته به نوع اقدام پزشکی ممکن است هزاران دلار هزینه داشته باشد.

در موارد زیر از شما در برابر صورت‌حساب مبلغ مانده محافظت می‌شود:

خدمات اورژانس

اگر وضعیت پزشکی اورژانسی داشته باشید و از ارائه‌دهنده یا مرکزی خارج از شبکه خدمات اورژانسی دریافت کنید، بیشترین مبلغی که می‌تواند برای شما صورت‌حساب صادر کنند مبلغ اشتراک هزینه طرح شما در شبکه (مثل پرداخت‌های مشترک و بیمه مشترک) است. آنها نمی‌توانند برای این خدمات اورژانسی برای شما صورت‌حساب مبلغ مانده صادر کنند. این موضوع شامل خدماتی هم می‌شود که ممکن است پس از اینکه در شرایط پایدار قرار گرفتید دریافت کنید، مگر اینکه رضایت کتبی بدهید و از اقدام حفاظتی خودتان (یعنی دریافت نکردن صورت‌حساب مبلغ مانده برای این خدمات پس از تثبیت شرایط) صرف‌نظر کنید.

قانون تگزاس از بیماران دارای بیمه درمانی تحت نظارت ایالت (حدود 16 درصد از مردم تگزاس) در برابر صورت‌حساب‌های پزشکی غافلگیرکننده در مواقع اورژانسی یا زمانی که حق انتخاب پزشک نداشته‌اند، محافظت می‌کند. این قانون پزشکان و ارائه‌دهندگان را از ارسال صورت‌حساب‌های پزشکی غافلگیرکننده برای بیماران در این موارد منع می‌کند.

برخی خدمات در بیمارستان‌ها یا مراکز جراحی سرپایی درون شبکه

وقتی از بیمارستان یا مرکز جراحی سرپایی درون شبکه خدمات دریافت می‌کنید، ممکن است ارائه‌دهندگان خاصی از خارج از شبکه در آنجا باشند. در این موارد، بیشترین مبلغی که این ارائه‌دهندگان می‌توانند برای شما صورت‌حساب صادر کنند، مبلغ اشتراک هزینه طرح شما در شبکه است. این امر در مورد پزشکی اورژانس، بیهوشی، آسیب‌شناسی، رادیولوژی، آزمایشگاه، نوزادان، دستیار جراح، کارمند

بیمارستان یا خدمات بخش مراقبت‌های ویژه اعمال می‌شود. این ارائه‌دهندگان نمی‌توانند صورت حساب مبلغ مانده برای شما صادر کنند و نباید از شما بخواهند که از محافظت‌هایتان در مورد دریافت صورت حساب مبلغ مانده صرف نظر کنید.

اگر انواع دیگری از خدمات را در این امکانات درون شبکه‌ای دریافت کنید، ارائه‌دهندگان خارج از شبکه نمی‌توانند صورت حساب مبلغ مانده برای شما صادر کنند، مگر اینکه رضایت کتبی بدهید و از محافظت‌های خودتان صرف نظر کنید.

قانون نگزاس همچنین صدور صورت حساب مبلغ مانده برای هرگونه مراقبت‌های بهداشتی، خدمات یا مواد پزشکی عرضه شده در مراکز درون شبکه توسط پزشک یا ارائه‌دهندگان دیگر خارج از شبکه را ممنوع می‌کند و همچنین برای خدمات ارائه‌دهندگان تصویربرداری تشخیصی و ارائه‌دهندگان خدمات آزمایشگاهی ارائه شده در ارتباط با خدمات مراقبت سلامتی که توسط پزشک یا ارائه‌دهنده شبکه انجام شده باشد.

هرگز لازم نیست که از محافظت‌هایتان در برابر صدور صورت حساب مبلغ مانده صرف نظر کنید. همچنین نیازی به دریافت مراقبت‌های خارج از شبکه ندارید. می‌توانید ارائه‌دهنده یا مراکز در شبکه طرح خودتان انتخاب کنید.

زمانی که صورت حساب مبلغ مانده مجاز نیست و از محافظت‌های زیر نیز برخوردار هستید:

- شما فقط مسئول پرداخت سهم خودتان از هزینه هستید (مانند پرداخت‌های مشترک، بیمه مشترک، و فرانشیز که اگر ارائه‌دهنده یا مرکز در شبکه باشد، پرداخت می‌کنید). طرح شما هرگونه هزینه اضافی را مستقیماً به ارائه‌دهندگان و مراکز خارج از شبکه پرداخت می‌کند.
- به‌طور کلی، طرح سلامت شما باید:
- خدمات اورژانسی را بدون اینکه لازم باشد تأییدیه خدمات را از قبل دریافت کنید، پوشش دهد (به‌عنوان «مجوز قبلی» نیز شناخته می‌شود).
- خدمات اورژانسی توسط ارائه‌دهندگان خارج از شبکه را پوشش دهد.
- مبلغی را که به ارائه‌دهنده یا مراکز بدهکار می‌شوید (اشتراک در هزینه) براساس مبلغی که به ارائه‌دهنده یا مراکز درون شبکه می‌پردازد تعیین کند و آن مبلغ را در شرح مزایای شما نشان دهد.
- هر مبلغی را که برای خدمات اورژانسی یا خدمات خارج از شبکه می‌پردازید، در سقف درون شبکه فرانشیز و پرداخت‌های خارج از طرح شما محسوب کند.

اگر فکر می‌کنید صورت حساب اشتباهی دریافت کرده‌اید، با «مراکز خدمات مدیکر و مدیکید» (Centers for Medicare and Medicaid Services) به شماره (1-800-985-3059) یا اداره بیمه نگزاس به شماره (800) 252-3439 تماس بگیرید. برای کسب اطلاعات بیشتر درباره حقوق شما تحت قوانین فدرال به نشانی <https://www.cms.gov/nosurprises/consumers> مراجعه کنید.

برای کسب اطلاعات بیشتر درباره حقوق شما تحت قوانین نگزاس به <https://www.tdi.texas.gov/medical-billing/surprise-balance-billing.html> مراجعه کنید.

شما حق دریافت «تخمین با حسن نیت» (Good Faith Estimate) را دارید که توضیح می‌دهد هزینه مراقبت‌های درمانی شما چقدر خواهد بود

براساس قانون، ارائه‌دهندگان مراقبت‌های درمانی باید پیش از اینکه اقلام یا خدمات ارائه شوند، به **بیمارانی که انواع خاصی از پوشش مراقبت‌های درمانی را ندارند یا از انواع خاصی از پوشش مراقبت‌های درمانی استفاده نمی‌کنند**، تخمینی از صورت‌حسابشان برای اقلام و خدمات درمانی ارائه دهند.

- شما حق دریافت «تخمین با حسن نیت» برای کل هزینه مورد انتظار همه اقلام یا خدمات درمانی را در صورت درخواست یا هنگام برنامه‌ریزی چنین اقلام یا خدماتی دارید. این موضوع شامل هزینه‌های مرتبط مانند آزمایش‌های پزشکی، داروهای تجویزی، تجهیزات و هزینه‌های بیمارستان هم می‌شود.
- اگر یک مورد یا خدمات درمانی را حداقل 3 روز کاری زودتر برنامه‌ریزی می‌کنید، مطمئن شوید که ارائه‌دهنده یا مرکز مراقبت‌های درمانی شما «تخمین با حسن نیت» را ظرف 1 روز کاری پس از برنامه‌ریزی به صورت کتبی به شما ارائه دهد. اگر یک مورد یا خدمات درمانی را حداقل 10 روز کاری زودتر برنامه‌ریزی می‌کنید، مطمئن شوید که ارائه‌دهنده یا مرکز مراقبت‌های درمانی شما «تخمین با حسن نیت» را ظرف 3 روز کاری پس از برنامه‌ریزی به صورت کتبی به شما ارائه دهد. همچنین می‌توانید پیش از برنامه‌ریزی یک مورد یا خدمات، از هر ارائه‌دهنده یا مرکز مراقبت‌های درمانی درخواست «تخمین با حسن نیت» کنید. اگر این کار را انجام می‌دهید، مطمئن شوید که ارائه‌دهنده یا مرکز درمانی «تخمین با حسن نیت» را ظرف 3 روز کاری پس از درخواست شما به صورت کتبی به شما ارائه دهد.
- اگر برای هر ارائه‌دهنده یا مراکزی صورت‌حسابی دریافت کردید که حداقل 400 دلار بیشتر از «تخمین با حسن نیت» شما از آن ارائه‌دهنده یا مرکز باشد، می‌توانید با این صورت‌حساب مخالفت کنید.

برای پرسش یا اطلاعات بیشتر درباره حقوق خود برای «تخمین با حسن نیت»، به این سایت مراجعه کنید:

یا به این نشانی ایمیل بزنید: www.cms.gov/nosurprises/consumers

یا با شماره 1-800-985-3059 تماس بگیرید. FederalPPDRQuestions@cms.hhs.gov