

기습 의료 청구서에 대한 귀하의 권리 및 보호

응급 치료를 받거나 네트워크 내 병원에서 네트워크 외부의 제공자에게서 또는 외래 수술 센터에서 치료를 받을 때, 귀하는 잔액 청구로부터 보호를 받습니다. 이러한 경우 플랜의 코페이먼트, 공동보험료 및/또는 본인 부담금보다 더 많이 청구되어서는 안 됩니다. 이 페이지 아래에 있는 추가 FAQ 를 참조하십시오.

"잔액 청구"(때때로 "기습 청구"라고도 함)란 무엇입니까?

의사나 기타 의료 서비스 제공자를 방문할 때 코페이먼트, 공동보험료 및/또는 본인 부담금과 같은 특정 자기 부담금이 있을 수 있습니다. 귀하의 건강 플랜 네트워크에 있지 않은 의료 제공자나 의료 시설을 방문한다면 추가 비용이나 청구된 금액 전체를 지불해야 할 수도 있습니다.

"네트워크 외부"란 귀하의 건강 플랜과 서비스 제공 계약을 체결하지 않은 서비스 제공자 및 시설을 의미합니다. 네트워크 외부 서비스 제공자는 귀하의 플랜이 지불하는 금액과 서비스에 대해 청구되는 전체 금액 간의 차액을 귀하에게 청구할 수도 있습니다. 이를 "잔액 청구"라고 합니다. 이 금액은 동일한 서비스에 대한 네트워크 내 비용보다 많을 가능성이 높으며 플랜의 본인 부담금 또는 자기 부담 연간 한도에 포함되지 않을 수 있습니다.

"기습 청구"는 예상치 못한 잔액 청구서입니다. 응급 상황이 발생하거나 네트워크 내 시설 방문 일정을 잡았지만 예기치 않게 네트워크 외부 서비스 제공자에게서 치료를 받는 경우와 같이 귀하의 치료에 누가 참여하는지 통제할 수 없을 때 이런 일이 발생할 수 있습니다. 일부 기습 의료비는 시술에 따라 수천 달러가 될 수 있습니다.

귀하는 다음에 대한 잔액 청구로부터 보호됩니다.

긴급 서비스

응급 의료 상태에서 네트워크 외부 제공자 또는 시설에서 응급 서비스를 받는 경우, 그들이 귀하에게 청구할 수 있는 최대 금액은 플랜의 네트워크 내 비용 분담 금액(코페이먼트 및 공동보험료 등)입니다. 이러한 응급 서비스에 대해 잔액 청구를 할 수 **없습니다**. 응급 서비스에는 상태가 안정된 후 받을 수 있는 서비스가 포함됩니다. 단, 상태가 안정된 후 받은 서비스에 대해 잔액 청구가 되지 않도록 하는 보호를 서면으로 포기하겠다고 동의하지 않아야 합니다.

텍사스 법은 주가 규제하는 건강 보험을 받는 환자(텍사스인의 약 16%)가 응급 상황에서 또는 의사를 선택할 수 없는 경우에 기습 의료 청구서로부터 보호합니다. 이 법은 의사와 의료 제공자가 이러한 경우 환자에게 기습 의료 청구서를 보내는 것을 금지합니다.

네트워크 내 병원 또는 외래 수술 센터의 특정 서비스

네트워크 내 병원 또는 외래 수술 센터에서 서비스를 받을 때 네트워크 외부에 있는 특정 서비스 제공자가 있을 수 있습니다. 이러한 경우 해당 서비스 제공자가 귀하에게 청구할 수 있는 최대 금액은 플랜의 네트워크 내 비용 분담 금액입니다. 이는 응급 의학과, 마취과, 병리학과, 방사선과, 검사실, 신생아과, 보조 외과의, 입원 전문의 또는 중환자실 서비스에 적용됩니다. 이 제공자들은 귀하에게 잔액 청구를 할 수 **없으며** 잔액 청구가 되지 **않도록** 하는 보호를 포기하도록 요청할 수 **없습니다**.

이러한 네트워크 내부 시설에서 다른 유형의 서비스를 받는 경우 네트워크 외부 서비스 제공자는 귀하가 보호를 포기하겠다고 서면 동의를 하지 않는 한 귀하에게 잔액을 청구할 수 **없습니다**.

텍사스 법은 또한 네트워크 외부 의사 또는 기타 제공자가 네트워크 내부 시설에서 제공하는 건강 관리, 의료 서비스 또는 의약품 및 네트워크 의사 또는

제공자가 수행하는 건강과 관련하여 제공되는 진단 영상 제공자 및 검사실 서비스 제공자의 서비스에 대한 잔액 청구를 금지합니다.

귀하는 잔액 청구에 대한 보호를 포기할 필요가 없습니다. 네트워크 외부에서 치료를 받을 필요도 없습니다. 귀하는 플랜의 네트워크 내에서 제공자나 시설을 선택할 수 있습니다.

잔액 청구가 허용되지 않는 경우 다음과 같은 보호를 받을 수도 있습니다.

- 귀하는 귀하의 몫(서비스 제공자나 시설이 네트워크 내에 있는 경우 귀하가 지불하게 될 코페이먼트, 공동보험료 및 본인 부담금 등)만 지불할 책임이 있습니다. 귀하의 플랜에서는 네트워크 외부 서비스 제공자와 시설에 추가 비용을 직접 지불합니다.
- 일반적으로 귀하의 건강 플랜은 다음을 충족해야 합니다.
 - 서비스에 대한 사전 승인("사전 승인"이라고도 함)을 요구하지 않고 응급 서비스를 보장합니다.
 - 네트워크 외부 서비스 제공자가 제공하는 응급 서비스를 보장합니다.
 - 제공자 또는 시설에 지불해야 할 금액(비용 부담)은 네트워크 내 제공자 또는 시설에 지불할 금액을 기준으로 하고 혜택 설명에 해당 금액이 표시됩니다.
 - 응급 서비스 또는 네트워크 외부 서비스에 대해 지불하는 모든 금액은 네트워크 내 본인 부담금 및 자기 부담 한도액에 포함됩니다.

청구서가 잘못 발행되었다고 생각되는 경우, 메디케어 및 메디케이드 서비스 센터(1-800-985-3059) 또는 텍사스 보험부(800-252-3439)에 문의하십시오.

연방법에 따른 귀하의 권리에 대한 자세한 정보는

<https://www.cms.gov/nosurprises/consumers> 를 방문하십시오.

텍사스 법에 따른 귀하의 권리에 대한 자세한 정보는

<https://www.tdi.texas.gov/medical-billing/surprise-balance-billing.html> 을 방문하십시오.

귀하는 귀하의 의료 비용이 얼마인지 설명하는 "선의의 견적"을 받을 권리가 있습니다.

법에 따라 의료 서비스 제공자는 특정 유형의 의료 보험이 없거나 특정 유형의 의료 보험을 이용하지 않는 환자에게 의료 항목 또는 서비스가 제공되기 전에 해당 항목 및 서비스에 대한 예상 청구서를 제공해야 합니다.

- 귀하는 요청 시 또는 그러한 항목 또는 서비스를 예약할 때 모든 건강 관리 항목 또는 서비스의 총 예상 비용에 대한 선의의 견적을 받을 권리가 있습니다. 여기에는 의료 검사, 처방약, 장비 및 병원비와 같은 관련 비용이 포함됩니다.
- 의료 항목 또는 서비스를 영업일 기준 최소 3 일 전에 예약하는 경우, 의료 서비스 제공자 또는 시설이 예약 후 영업일 기준 1 일 이내에 선의의 견적서를 서면으로 제공하는지 확인하십시오. 의료 항목 또는 서비스를 영업일 기준 최소 10 일 전에 예약하는 경우, 의료 서비스 제공자 또는 시설이 예약 후 영업일 기준 3 일 이내에 선의의 견적을 서면으로 제공하는지 확인하십시오. 항목이나 서비스를 예약하기 전에 의료 서비스 제공자나 시설에 선의의 견적을 요청할 수도 있습니다. 그럴 경우, 의료 서비스 제공자 또는 시설이 귀하가 요청한 후 영업일 기준 3 일 이내에 선의의 견적서를 서면으로 제공하는지 확인하십시오.
- 제공자 또는 시설이 귀하의 선의의 견적서보다 최소 \$400 더 많이 청구하는 경우, 청구서에 대해 이의를 제기할 수 있습니다.

선의의 견적에 대한 귀하의 권리에 대해 질문이 있으시거나 더 많은 정보를 원하시면 www.cms.gov/nosurprises/consumers 를 방문하시거나 FederalPPDRQuestions@cms.hhs.gov 로 이메일을 보내시거나 1-800-985-3059 로 전화하십시오.