Quyền lợi của quý vị và biện pháp bảo vệ quý vị khỏi hóa đơn y tế bất ngờ

Khi quý vị được chăm sóc cấp cứu hoặc được điều trị bởi nhà cung cấp ngoài mạng lưới tại bệnh viện hoặc trung tâm phẫu thuật ngoại trú trong mạng lưới, quý vị được bảo vệ khỏi việc bị tính phí phần chênh lệch. Trong những trường hợp này, quý vị không nên bị tính phí nhiều hơn khoản đồng thanh toán, đồng bảo hiểm và/hoặc khoản khấu trừ của chương trình bảo hiểm.

“Tính phí phần chênh lệch” (đôi khi gọi là “tính phí bất ngờ”) là gì?

Khi quý vị đến khám bác sĩ hoặc nhà cung cấp dịch vụ y tế khác, quý vị có thể phải trả một số chi phí tự chi trả, như khoản đồng thanh toán, đồng bảo hiểm hoặc khoản khấu trừ. Quý vị có thể phải trả thêm chi phí hoặc phải trả toàn bộ hóa đơn nếu đến khám tại nhà cung cấp hoặc cơ sở y tế không nằm trong mạng lưới bảo hiểm của quý vị.

“Out-of-network” (”Ngoài mạng lưới”) nghĩa là các nhà cung cấp và cơ sở chưa ký hợp đồng với chương trình bảo hiểm y tế của quý vị để cung cấp dịch vụ. Các nhà cung cấp ngoài mạng lưới có thể được phép tính phí cho quý vị phần chênh lệch giữa số tiền mà chương trình bảo hiểm của quý vị chi trả và toàn bộ số tiền bị tính phí cho một dịch vụ. Điều này gọi là “balance billing” (“tính phí phần chênh lệch”). Số tiền này có thể cao hơn chi phí trong mạng lưới cho cùng một dịch vụ và có thể không được tính vào khoản khấu trừ hoặc hạn mức tự chi trả hàng năm trong chương trình của quý vị.

“Surprise billing” (“Tính phí bất ngờ”) là một hóa đơn cho phần chênh lệch không lường trước. Việc này có thể xảy ra khi quý vị không thể kiểm soát ai sẽ tham gia chăm sóc mình, chẳng hạn như khi quý vị gặp trường hợp cấp cứu hoặc khi quý vị đặt lịch khám tại cơ sở trong mạng lưới nhưng lại bất ngờ được nhà cung cấp ngoài mạng lưới điều trị. Các hóa đơn y tế bất ngờ có thể tốn hàng nghìn đô la tùy thuộc vào thủ thuật hoặc dịch vụ.

Quý vị được bảo vệ khỏi việc bị tính phí phần chênh lệch đối với:

Dịch vụ cấp cứu

Nếu quý vị có tình trạng cấp cứu y tế và nhận dịch vụ cấp cứu từ nhà cung cấp hoặc cơ sở ngoài mạng lưới, số tiền tối đa họ có thể tính phí cho quý vị là số tiền chia sẻ chi phí trong mạng lưới theo chương trình bảo hiểm quý vị (chẳng hạn như khoản đồng thanh toán, đồng bảo hiểm và khoản khấu trừ). Quý vị không thể bị tính phí phần chênh lệch cho các dịch vụ cấp cứu này. Điều này bao gồm cả các dịch vụ quý vị có thể nhận được sau khi tình trạng đã ổn định, trừ khi quý vị đồng ý bằng văn bản và từ bỏ các quyền bảo vệ khỏi việc bị tính phí phần chênh lệch cho các dịch vụ sau khi ổn định này.

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

Khi quý vị nhận dịch vụ từ bệnh viện hoặc trung tâm phẫu thuật ngoại trú trong mạng lưới, một số nhà cung cấp ở đó có thể nằm ngoài mạng lưới. Trong những trường hợp này, số tiền tối đa mà các nhà cung cấp có thể tính phí cho quý vị là số tiền chia sẻ chi phí trong mạng lưới theo chương trình của quý vị. Điều này áp dụng cho các dịch vụ y khoa cấp cứu, gây mê, bệnh lý học, chẩn đoán hình ảnh, xét nghiệm, sơ sinh, bác sĩ phẫu thuật phụ mổ, bác sĩ nội trú hoặc hồi sức tích cực. Những nhà cung cấp này không thể tính phí chênh lệch cho quý vị và không được yêu cầu quý vị từ bỏ quyền bảo vệ khỏi việc bị tính phí phần chênh lệch. Nếu quý vị nhận các loại dịch vụ khác tại các cơ sở trong mạng lưới này, các nhà cung cấp ngoài mạng lưới không thể tính phí phần chênh lệch cho quý vị trừ khi quý vị đồng ý bằng văn bản và từ bỏ các quyền bảo vệ của mình.

Quý vị không bao giờ bị bắt buộc phải từ bỏ các quyền bảo vệ khỏi việc bị tính phí phần chênh lệch. Quý vị cũng không bắt buộc phải nhận dịch vụ chăm sóc ngoài mạng lưới. Quý vị có thể chọn nhà cung cấp hoặc cơ sở trong mạng lưới của chương trình bảo hiểm của mình.

Hãy liên hệ với Sở Bảo hiểm Pennsylvania (Pennsylvania Insurance Department) qua trang web www.insurance.pa.gov/nosurprises hoặc số điện thoại 1-877-881-6388 hoặc TTY/TDD: 717-783-3898 nếu quý vị gặp khó khăn trong việc tìm nhà cung cấp hoặc cơ sở trong mạng lưới của chương trình của quý vị.

Khi việc tính phí phần chênh lệch là không được phép, quý vị cũng có các quyền bảo vệ sau:

- Quý vị chỉ chịu trách nhiệm chi trả phần chi phí của mình (chẳng hạn như các khoản đồng thanh toán, đồng bảo hiểm và khoản khấu trừ mà quý vị sẽ phải trả nếu nhà cung cấp hoặc cơ sở đó nằm trong mạng lưới). Chương trình bảo hiểm y tế của quý vị sẽ trực tiếp chi trả mọi chi phí bổ sung cho các nhà cung cấp và cơ sở 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 quý vị phải nhận được sự phê duyệt từ trước (còn gọi là “prior authorization” ("phê duyệt trước")).
    - Chi trả cho các dịch vụ cấp cứu được thực hiện bởi các nhà cung cấp ngoài mạng lưới.
    - Tính toán số tiền quý vị nợ nhà cung cấp hoặc cơ sở (chia sẻ chi phí) dựa trên số tiền mà họ sẽ trả cho nhà cung cấp hoặc cơ sở trong mạng lưới và thể hiện số tiền đó trong phần giải thích quyền lợi.
    - Tính bất kỳ khoản tiền nào quý vị trả cho dịch vụ cấp cứu hoặc dịch vụ ngoài mạng lưới vào khoản khấu trừ và khoản tự chi trả trong mạng lưới của quý vị.

Nếu quý vị cho rằng mình đã bị tính phí sai, quý vị có thể liên hệ với Sở Bảo hiểm Pennsylvania qua trang web www.insurance.pa.gov/nosurprises hoặc số điện thoại **1-877-881-6388 hoặc TTY/TDD: 717-783-3898**. Số điện thoại liên bang để yêu cầu thông tin và gửi khiếu nại là: **1-800-985-3059**.

Truy cập www.insurance.pa.gov/nosurprises để biết thêm thông tin về quyền lợi của quý vị theo luật liên bang và tiểu bang. Quý vị cũng có thể truy cập www.cms.gov/nosurprises/consumers để tìm hiểu thông tin từ chính quyền liên bang.