Pana/Pani prawa i ochrona przed zaskakującymi rachunkami za usługi medyczne

Pana/Pani prawa i ochrona przed „zaskakującymi rachunkami za usługi medyczne”

Jeśli korzysta się z pomocy w nagłych przypadkach lub z leczenia ze strony świadczeniodawców pozostających poza siecią firmy ubezpieczeniowej w należącym do tej sieci szpitalu lub ambulatoryjnym ośrodku chirurgicznym, podlega się ochronie przed „zaskakującymi rachunkami za usługi medyczne (surprise billing)” lub przed „wyrównywaniem salda” (balance billing), czyli różnicy pomiędzy opłatą naliczoną a kwotą dozwoloną w planie ubezpieczeniowym. W takich przypadkach nie powinno się obciążać Pana/Panią kwotą większą niż wynikające z Pana/Pani planu ubezpieczenia zdrowotnego współpłatności, współubezpieczenia i/lub udziały własne.

Czym jest „wyrównywanie salda – balance billing” (czasami nazywane „zaskakującymi rachunkami – surprise billing”)?
Gdy korzysta się z usług lekarza lub innego świadczeniodawcy usług zdrowotnych mogą zostać naliczone pewne opłaty płacone z własnej kieszeni, takie jak współpłatności, współubezpieczenia (koasekuracja) i/lub udział własny. Można też ponieść inne koszty lub być zmuszonym do zapłaty całej kwoty rachunku, jeśli korzysta się z usług świadczeniodawcy lub placówki opieki medycznej, którzy pozostają poza siecią opisaną w Pana/Pani planie opieki zdrowotnej.

Termin „poza siecią (out-of-network)” oznacza tutaj świadczeniodawców i placówki, które nie podpisały umowy z Pana/Pani planem opieki zdrowotnej. Świadczeniodawcy pozostający poza siecią firmy ubezpieczeniowej mogą być uprawnieni do naliczenia opłaty za różnicę między kwotą uzgodnioną w Pana/Pani planie opieki zdrowotnej a pełną kwotą naliczoną za usługi medyczne. Nazywa się to „**wyrównywaniem salda (balance billing)**.” Kwota ta będzie prawdopodobnie wyższa od tych, które są wyliczane przez lekarzy/placówki pracujące w ramach sieci firmy ubezpieczeniowej dla tej samej usługi i może nie wliczać się do Pana/Pani rocznego limitu wydatków ponoszonych z własnej kieszeni.

Termin „zaskakujący rachunek” oznacza nieoczekiwane „wyrównywaniem salda”. Może się to zdarzyć, gdy nie sprawuje się kontroli nad tym, kto jest zaangażowany w opiekę nad Panem/Panią — np. w nagłych przypadkach lub zaplanuje się wizytę w placówce znajdującej się w obrębie sieci ubezpieczyciela, ale nieoczekiwanie Pana/Pani leczeniem zajmie się świadczeniodawca pozostający poza tą siecią. „Zaskakujące rachunki za usługi medyczne” - w zależności od procedury zabiegu - mogą obejmować kwoty sięgające tysięcy dolarów.

Jest Pana/Pani chroniony(-a) przed „wyrównywaniem salda” w przypadku:

Opieki w nagłych przypadkach
Załóżmy, że wystąpił u Pana/Pani nagły przypadek i uzyskuje Pan/Pani z tego powodu pomoc od świadczeniodawcy lub placówki pozostających poza siecią ubezpieczyciela. W takim przypadku większość tego typu świadczeniodawców lub placówek medycznych może obciąć Pana/Panią co najwyżej znajdującymi się w Państwa planie ubezpieczeniowym kwotami partycypacji w kosztach dotyczącymi świadczeniodawców/placówek znajdujących się w obrębie sieci (np. współpłatności i koasekuracja). **Nie może** Pan/Pani zostać obciążonym(-ą) w ramach „wyrównywania salda” za takie świadczenia. Obejmuje to świadczenia, które można uzyskać po tym, jak Pana/Pani stan zostanie już ustabilizowany, chyba że wyrazi Pan/Pani na to pisemną zgodę i zrezygnuje ze swojej ochrony przed „wyrównywaniem salda” w przypadku tych usług medycznych, które otrzymuje Pan/Pani po ustabilizowaniu swojego stanu zdrowia.

W prawie stanu Illinois na ogół zabrania się świadczeniodawcom pozostającym poza siecią ubezpieczyciela obciążania pacjentów opłatami za niektóre usługi medyczne zapewniane w placówkach znajdujących się w obrębie tej sieci w kwocie większej niż współpłacenie dotyczące takich placówek sieciowych. Taka ochrona odnosi się do usług medycznych świadczonych „w placówkach” przez specjalistów działających poza siecią, w dziedzinach takich jak: radiologia, anestezjologia, neonatologia i medycyna ratunkowa.

Pana/Pani prawa i ochrona przed zaskakującymi rachunkami za usługi medyczne

Niektórych świadczeń udzielanych w szpitalu, który jest placówką sieciową lub w ambulatoryjnym ośrodku chirurgicznym

W przypadku usług świadczonych przez sieciowy szpital lub ambulatoryjny ośrodek chirurgiczny niektórzy świadczeniodawcy mogą pozostawać poza siecią ubezpieczyciela. W takich przypadkach większość tych świadczeniodawców może obciążyć Pana/Panią kwotą współpłacenia dotyczącego takich placówek sieciowych i zawartą w Państwa planie ubezpieczeniowym. Dotyczy to: medycyny ratunkowej, anestezjologii, histopatologii, radiologii, badań laboratoryjnych, neonatologii oraz usług medycznych świadczonych przez osoby asystujące do zabiegów chirurgicznych, lekarzy szpitalnych oraz specjalistów w dziedzinie intensywnej terapii. Tacy świadczeniodawcy **nie mogą** obciążać Pana/Pani w ramach „wyrównywania salda" i **nie** mogą prosić Pana/Pani o zrezygnowanie z Państwa ochrony przed „wyrównywaniem salda". W przypadku korzystania z innych usług medycznych w takich placówkach sieciowych świadczeniodawcy pozostający poza siecią **nie mogą** obciążać Pana/Pani w ramach „wyrównywania salda", chyba że wyrazi Pan/Pani na to pisemną zgodę i zrezygnuje ze swojej ochrony.

<u>Nigdy</u> nie będzie Pan/Pani zmuszony(-a) rezygnować ze swojej ochrony przed „wyrównywaniem salda". Nie wymaga się również od Pana/Pani, aby usługi medyczne otrzymywać od świadczeniodawców/placówek znajdujących się poza siecią ubezpieczyciela. W Pana/Pani planie opieki zdrowotnej można wybrać świadczeniodawcę lub placówkę znajdujące się w obrębie tej sieci.

Ogólnie rzecz biorąc, ochrona przed „wyrównywaniem salda" nie ma zastosowania do świadczeń niezwiązanych z nagłymi przypadkami, jeśli zdecyduje się Pan/Pani na nieuczestniczących w Państwa planie zdrowotnym świadczeniodawców lub usługi medyczne „świadczone w obrębie placówki", które nie są dostępne za pośrednictwem świadczeniodawców biorących udział w sieci zdefiniowanej przez ubezpieczyciela.

Jeśli nie będzie dostępna ochrona przez „wyrównywaniem salda", dostępne są również następujące formy zabezpieczeń:

Ponosi Pan/Pani odpowiedzialność jedynie za opłacenie swojego udziału w ogólnych kosztach (takich jak współpłatności, koasekuracja i udział własny, które byliby Państwo zobowiązani zapłacić, gdyby świadczeniodawca lub placówka znajdowali się w obrębie sieci ubezpieczyciela). Pana/Pani plan opieki zdrowotnej będzie płacić świadczeniodawcom i placówkom poza siecią bezpośrednio.

Ogólnie Pana/Pani plan zdrowotny musi:

- Pokrywać koszty świadczeń w nagłych przypadkach bez konieczności wcześniejszego uzyskania zgody na wykonywanie usług medycznych (wcześniejszego zezwolenia);
- Pokrywać koszty świadczeń medycznych wykonywanych przez świadczeniodawców poza siecią ubezpieczyciela;
- Opierać wyliczenie kwoty, którą Pan/Pani winien/winna jest świadczeniodawcy lub placówce (współpłacenie), na kwocie, którą plan zapłaciłby świadczeniodawcy lub placówce w obrębie sieci i wykazywać tę kwotę w opisie wyjaśnienia korzyści;
- Wliczać każdą kwotę, którą płaci Pan/Pani za świadczenia w nagłych przypadkach lub świadczenia realizowane poza siecią do limitu udziałów własnych i wydatków z własnej kieszeni.

Jeśli uważa Pan/Pani, że naliczono błędne obciążenia, można skontaktować się z Advocate Aurora pod numerem telefonu: 847-795-2300 lub za pomocą strony internetowej – aah.org. Aby uzyskać więcej informacji na temat swoich praw gwarantowanych przez prawodawstwo federalne można również wejść na stronę www.cms.gov/nosurprises/consumers lub zadzwonić pod numer telefonu: 800-985-3059.

Advocate Health Care

We are AdvocateAuroraHealth