

Quyền và Sự Bảo Vệ cho Quý Vị trước Hóa Đơn Y Tế Ngoài Dự Kiến

Khi quý vị được chăm sóc cấp cứu hoặc được một nhà cung cấp dịch vụ ngoài mạng lưới điều trị tại một trung tâm phẫu thuật trong ngày, quý vị đều được bảo vệ khỏi khả năng bị tính phí ngoài dự kiến, hay là tính phí phần chênh lệch.

"Tính phí phần chênh lệch" ("balance billing") (đôi khi được gọi là "tính phí ngoài dự kiến", hay "surprise billing") là gì?

Khi quý vị thăm khám với một bác sĩ hoặc nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe khác, quý vị có thể phải trả một số khoản chi phí xuất túi nhất định, như khoản đầu thanh toán, đồng bảo hiểm và/hoặc khấu trừ. Quý vị có thể phải trả các chi phí khác hoặc phải trả toàn bộ hóa đơn nếu thăm khám với một nhà cung cấp hay tới cơ sở chăm sóc sức khỏe không thuộc mạng lưới chương trình bảo hiểm y tế của quý vị.

Thuật ngữ "ngoài mạng lưới" ("out-of-network") mô tả các nhà cung cấp và cơ sở chưa ký hợp đồng với chương trình bảo hiểm y tế của quý vị. Các nhà cung cấp ngoài mạng lưới có thể được phép tính phí cho quý vị phần chênh lệch giữa mức chi trả mà chương trình bảo hiểm của quý vị đã đồng ý chi trả và toàn bộ số tiền được tính cho một dịch vụ. Điều này được gọi là "**tính phí phần chênh lệch**". Số tiền này thường cao hơn chi phí trong mạng lưới cho cùng dịch vụ đó, và có thể không được tính vào hạn mức xuất túi hàng năm của quý vị.

"Tính phí ngoài dự kiến" là một hóa đơn phần chênh lệch ngoài dự kiến. Trường hợp này có thể xảy ra khi quý vị không thể kiểm soát được người nào tham gia vào việc chăm sóc cho quý vị – như khi quý vị gặp tình huống cấp cứu hoặc khi lên lịch thăm khám tại một cơ sở trong mạng lưới nhưng ngoài dự kiến, lại được một nhà cung cấp ngoài mạng lưới điều trị.

Quý vị được bảo vệ để không bị tính phí phần chênh lệch cho:

Dịch vụ cấp cứu

Nếu quý vị có bệnh trạng cần cấp cứu hoặc nhận dịch vụ cấp cứu từ một nhà cung cấp hay cơ sở ngoài mạng lưới, mức cao nhất mà nhà cung cấp hoặc cơ sở đó có thể tính phí cho quý vị là mức chia sẻ chi phí trong mạng lưới theo chương trình bảo hiểm của quý vị (như mức đồng thanh toán, mức khấu trừ và/hoặc đồng bảo hiểm). Họ **không được** tính phí phần chênh lệch cho các dịch vụ cấp cứu này cho quý vị. Điều này áp dụng cho cả dịch vụ mà quý vị nhận được sau khi đã ở trạng thái ổn định, trừ khi quý vị cho phép bằng văn bản và từ bỏ quyền được bảo vệ khỏi khả năng tính phí phần chênh lệch cho các dịch vụ sau khi đã ổn định.

Một số dịch vụ nhất định tại trung tâm phẫu thuật trong ngày hoặc bệnh viện trong mạng lưới

Khi quý vị nhận dịch vụ từ một trung tâm phẫu thuật trong ngày hoặc một bệnh viện trong mạng lưới, một số nhà cung cấp dịch vụ có thể ở ngoài mạng lưới. Trong những trường hợp này, mức cao nhất mà các nhà cung cấp đó có thể sẽ tính phí cho quý vị là số tiền chia sẻ chi phí trong mạng lưới theo chương trình bảo hiểm của quý vị. Điều này áp dụng cho dịch vụ y khoa cấp cứu, gây mê, bệnh học, chụp quang tuyến, xét nghiệm, chăm sóc trẻ sơ sinh, người phụ mổ, dịch vụ đa khoa nội trú hoặc chuyên khoa. Những nhà cung cấp này **không được** tính phí

phần chênh lệch cho quý vị và **không** được yêu cầu quý vị từ bỏ quyền được bảo vệ khỏi khả năng bị tính phí phần chênh lệch.

Nếu quý vị nhận các dịch vụ khác tại những cơ sở trong mạng lưới này, các nhà cung cấp ngoài mạng lưới **không được** tính phí phần chênh lệch cho quý vị, trừ khi quý vị cho phép bằng văn bản và từ bỏ quyền được bảo vệ.

Sửa: ngày 1 tháng 1 năm 2022

Quý vị **tuyệt đối không** bị bắt buộc phải từ bỏ quyền được bảo vệ khỏi khả năng 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 một nhà cung cấp hoặc cơ sở trong mạng lưới của chương trình bảo hiểm của quý vị.

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

- Quý vị chỉ có trách nhiệm thanh toán phần chi phí của chính quý vị (như khoản đồng thanh toán, đồng bảo hiểm và khấu trừ mà quý vị sẽ trả nếu nhà cung cấp hoặc cơ sở nằm trong mạng lưới). Chương trình bảo hiểm của quý vị sẽ trực tiếp thanh toán cho cơ sở và nhà cung cấp ngoài mạng lưới.
- Chương trình bảo hiểm y tế của quý vị phải:
 - Bao trả cho các dịch vụ cấp cứu mà không đòi hỏi quý vị phải được phê chuẩn nhận dịch vụ trước (phê duyệt trước).
 - Bao trả cho các dịch vụ cấp cứu từ nhà cung cấp ngoài mạng lưới.
 - Xác định số tiền mà quý vị cần trả cho nhà cung cấp hoặc cơ sở đó (chia sẻ chi phí) dựa trên mức họ sẽ trả cho cơ sở hoặc nhà cung cấp trong mạng lưới và nêu rõ số tiền này trên bản giải thích quyền lợi của quý vị.
 - Tính bất kỳ số tiền nào mà quý vị thanh toán cho dịch vụ cấp cứu hoặc dịch vụ ngoài mạng lưới vào hạn mức xuất túi và khấu trừ của quý vị.

Nếu quý vị tin rằng mình đã bị tính phí sai, quý vị có thể nộp đơn khiếu nại lên chính phủ liên bang tại <https://www.cms.gov/nosurprises/consumers> hoặc bằng cách gọi số 1-800-985-3059. Quý vị cũng có thể nộp đơn khiếu nại lên Cơ Quan Bảo Hiểm Arkansas tại <https://insurance.arkansas.gov/pages/consumer-services/consumer-services/file-a-complaint/>.

Truy cập <https://www.cms.gov/nosurprises/consumers> để biết thêm thông tin về các quyền của quý vị theo luật liên bang.

Sửa: ngày 1 tháng 1 năm 2022