

Twoje prawa i ochrona przed nieoczekiwanymi rachunkami za opiekę medyczną

Korzystając z opieki w nagłych wypadkach lub poddając się leczeniu prowadzonemu przez świadczeniodawcę spoza sieci w placówce należącej do sieci, w tym w szpitalu lub ambulatoryjnym ośrodku chirurgicznym, podlegasz ochronie przed wnoszeniem kwoty wyrównania. W takich przypadkach naliczona opłata nie powinna przekraczać dopłaty w ramach posiadanego planu, koasekuracji i/lub wkładu własnego.

Czym jest „wnoszenie kwoty wyrównania” (nazywane również „nieoczekiwanymi opłatami”)?

Wizyta u lekarza lub innego świadczeniodawcy opieki zdrowotnej może wiązać się z pewnymi kosztami własnymi, takimi jak dopłata, koasekuracja lub wkład własny. Może zająć konieczność pokrycia dodatkowych kosztów lub całej kwoty rachunku w przypadku wizyty u świadczeniodawcy lub w zakładzie opieki medycznej, który nie jest częścią sieci Twojego planu opieki zdrowotnej.

„Spoza sieci” oznacza świadczeniodawców oraz ośrodki, które nie zawarły umowy w ramach Twojego planu opieki zdrowotnej w celu świadczenia usług. Świadczeniodawcy spoza sieci mogą mieć możliwość wystawienia rachunku za różnicę między kwotami wypłacanymi w ramach Twojego planu a pełną kwotą naliczaną za daną usługę. To „**wnoszenie kwoty wyrównania**”. Kwota ta prawdopodobnie jest wyższa niż koszty za tę samą usługę w sieci i może nie wliczać się do kwoty udziału własnego Twojego planu lub rocznego limitu kosztów własnych.

„Nieoczekiwane opłaty” to nieoczekiwany rachunek do opłacenia. Można mówić o takich opłatach w przypadku, gdy nie możesz wpływu na to, kto jest zaangażowany w Twoją opiekę zdrowotną — na przykład: w nagłych przypadkach lub w sytuacji umówienia wizyty w placówce w sieci, a nieoczekiwane leczenie prowadzi świadczeniodawca spoza sieci. Nieoczekiwane rachunki za opiekę zdrowotną mogą wynosić tysiące dolarów w zależności od otrzymanego leczenia lub usługi.

Jaki jest zakres ochrony przed wnoszeniem kwoty wyrównania:

Pomoc pogotowia ratunkowego

W przypadku pomocy medycznej w nagłych wypadkach udzielonej przez świadczeniodawcę lub placówkę spoza sieci, w tym szpital lub ambulatoryjny ośrodek chirurgiczny, maksymalna kwota rachunku to kwota podziału kosztów w sieci w ramach Twojego planu (np. dopłata, koasekuracja i wkład własny). Za takie usługi ratunkowe **nie** można od Ciebie wymagać wniesienia kwoty wyrównania. Dotyczy to również usług świadczonych po ustabilizowaniu Twojego stanu jako pacjenta, o ile nie udzielił pisemnej zgody i nie zrezygnujesz z ochrony przed wnoszeniem kwoty wyrównania za wspomniane usługi.

Poniżej znajdują się informacje dotyczące przepisów prawa stanu Floryda.

Określone usługi w placówce w sieci

Korzystając z usług placówki należącej do sieci, w tym szpitala lub ambulatoryjnego ośrodka chirurgicznego, możesz zetknąć się świadczeniodawcami spoza sieci. W takich przypadkach większość tych świadczeniodawców może wystawić rachunek, którego kwota jest równa kwocie podziału kosztów w sieci w ramach Twojego planu. Ma to zastosowanie do medycyny ratunkowej, narkozy, diagnostyki laboratoryjnej, radiologii, usług laboratorium, neonatologii, asystenta bloku operacyjnego, lekarza szpitalnego lub lekarza opieki intensywnej. Tacy świadczeniodawcy **nie** mogą od Ciebie wymagać wniesienia kwoty wyrównania i **nie** mogą prosić Cię o rezygnację z ochrony w celu uniknięcia wniesienia kwoty wyrównania.

Jeśli we wspomnianych placówkach należących do sieci uzyskasz innego rodzaju usługi, świadczeniodawcy spoza sieci **nie** będą mogli wymagać od Ciebie wniesienia kwoty wyrównania, o ile nie udzielił pisemnej zgody i nie zrezygnujesz z ochrony.

Nigdy nie masz obowiązku rezygnacji z ochrony przed wnoszeniem kwoty wyrównania. Korzystanie z opieki zdrowotnej spoza sieci również nie jest obowiązkowe. Możesz wybrać świadczeniodawcę lub placówkę będącą w sieci w ramach Twojego planu.

Poniżej znajdują się informacje dotyczące przepisów prawa stanu Floryda.

W przypadkach, gdy wnoszenie kwoty wyrównania nie jest dozwolone, możesz skorzystać z następujących środków ochrony:

- Ponosisz odpowiedzialność wyłącznie za opłacenie własnego udziału w kosztach (takiego jak dopłata, koasekuracja i wkład własny, który byłby przez Ciebie uiszczony, gdyby świadczeniodawca lub placówka byli częścią sieci). Twój plan opieki zdrowotnej ureguluje bezpośrednio wszelkie dodatkowe koszty na rzecz świadczeniodawców i placówek spoza sieci.
- Ogólnie rzecz biorąc, Twój plan opieki zdrowotnej powinien:
 - Pokrywać pomoc pogotowia ratunkowego bez konieczności uzyskania od Ciebie uprzedniego zatwierdzenia dla świadczenia usług (co nosi również nazwę „uprzedniego upoważnienia”).
 - Pokrywać pomoc pogotowia ratunkowego udzielaną przez świadczeniodawców spoza sieci.
 - Wykorzystywać jako podstawę rachunku na rzecz świadczeniodawcy lub placówki (dzielić kwotę) kwotę, która miałaby być uiszczona na rzecz świadczeniodawcy lub placówki w sieci, i wykazać tę kwotę w objaśnieniu uzyskanych przez Ciebie świadczeń.
 - Wliczać wszelkie kwoty uiszczone przez Ciebie za pomoc pogotowia ratunkowego lub usługi spoza sieci do wkładu własnego w ramach sieci i limitu kosztów własnych.

Przepisy prawa stanu Floryda

Przepisy prawa stanu Floryda przewidują w ogólności ochronę przed wnoszeniem kwoty wyrównania podobną do zapewnionej na mocy ustawy o nieoczekiwanych rachunkach (No Surprises Act) (jak opisano w niniejszym Powiadomieniu) *z zastrzeżeniem*, że w przypadku posiadania określonego rodzaju planu zdrowotnego (tj. w całości finansowane plany komercyjne, takie jak preferowany świadczeniodawca („PPO”) lub plany opieki zdrowotnej świadczonej przez wybranego świadczeniodawcę („EPO”)), Twój świadczeniodawca nie będzie mógł wystawić Ci rachunku przekraczającego kwotę podziału kosztów w sieci, nawet jeżeli udzielisz odpowiedniej zgody. Jeśli posiadasz jeden z tych planów, stan Floryda rozszerza ochronę przed wnoszeniem kwoty wyrównania, obejmując usługi ratunkowe i inne niż ratunkowe świadczone w centrum nagłych przypadków. Jeśli nie masz pewności, czy posiadasz jeden ze wspomnianych planów, sprawdź swoją kartę ubezpieczenia zdrowotnego, zadzwoń do zakładu ubezpieczeń lub skontaktuj się z działem AdventHealth ds. usług finansowych dla pacjentów pod numerem 1-800-952-5462.

Jeśli uważasz, że niesłusznie wystawiono Ci rachunek, skontaktuj się z działem pomocy technicznej HHS No Surprises pod numerem 1-800-985-3059. To jednostka odpowiedzialna za egzekwowanie równowagi federalnej i praw dotyczących ochrony przed nieoczekiwanymi opłatami. Odwiedź stronę www.cms.gov/nosurprises/consumers, aby uzyskać więcej informacji o prawach przysługujących Ci na mocy prawa federalnego.

Stan Floryda wdraża również proces niezależnego rozstrzygania sporów w celu rozwiązywania sporów związanych z roszczeniami, w tym sporów ze świadczeniodawcą lub dotyczących polis ubezpieczeniowych dotyczących otrzymywania niesłusznych kwot wyrównania. Jeśli wystawiono Ci niesłusznie rachunek na kwotę wyrównania od swojego świadczeniodawcy, możesz złożyć skargę w Departamencie Rolnictwa i Usług Konsumenckich stanu Floryda (Florida Department of Agriculture and Consumer Services), odwiedzając witrynę www.fdacs.gov/#. Jeśli wystawiono Ci niesłusznie rachunek na kwotę wyrównania od swojego ubezpieczyciela, możesz złożyć skargę w Urzędzie ds. Regulacji Ubezpieczeń stanu Floryda w Departamencie Nadzoru Finansowego (Florida Office of Insurance Regulation, Department of Financial Services), odwiedzając witrynę <https://myfloridacfo.com/division/consumers/>.