

## Twoje prawa i ochrona przed niespodziewanymi rachunkami za świadczenia medyczne

Jeśli otrzymujesz pomoc w nagłym wypadku lub leczenie od świadczeniodawcy spoza sieci w szpitalu lub ambulatoryjnym centrum chirurgicznym, masz zapewnioną ochronę przed rachunkiem wyrównującym. W takiej sytuacji nie powinno nastąpić obciążenie opłatą wyższą niż kwota Twoich dopłat planowych, współubezpieczenie i/lub udział własny.

### Czym jest „rachunek wyrównujący” (nazywany czasem „niespodziewanym rachunkiem”)?

Podczas wizyty u lekarza lub innego świadczeniodawcy usług medycznych może zająć konieczność uregulowania pewnych [kosztów własnych](#), takich jak [dopłata](#), [współubezpieczenie](#) lub [udział własny](#). Możesz ponieść dodatkowe koszty lub mieć do zapłacenia cały rachunek, jeżeli korzystasz z usług świadczeniodawcy lub placówki służby zdrowia nienależących do sieci objętych planem ubezpieczenia zdrowotnego.

Określenie „spoza sieci” oznacza świadczeniodawców i instytucje bez podpisanej umowy o świadczenie usług w danym planie ubezpieczenia zdrowotnego. Świadczeniodawcy spoza sieci mają prawo wystawić rachunki na kwotę stanowiącą różnicę między tym, co pokrywa plan, a pełną kwotą należną za świadczenie. Nazywa się to „**rachunkiem wyrównującym**”. Kwota ta jest zwykle większa niż koszty ponoszone w ramach sieci za to samo świadczenie i może przekraczać Twój udział własny w planie ubezpieczenia lub roczny limit kosztów własnych.

„Niespodziewany rachunek” to nieoczekiwany rachunek wyrównujący. Może zostać naliczony, jeśli nie masz wpływu na wybór świadczeniobiorcy – na przykład w nagłym wypadku albo gdy umówisz się na wizytę w placówce należącej do sieci, lecz niespodziewanie nastąpi przyjęcie przez świadczeniodawcę spoza sieci. Niespodziewane rachunki za świadczenia medyczne mogą opiewać na kwoty tysięcy dolarów w zależności od zabiegu czy świadczenia.

### Przysługuje Ci ochrona przed rachunkami wyrównującymi za:

#### **Pomoc w nagłych wypadkach**

Jeżeli znajdujesz się w stanie wymagającym pilnej interwencji medycznej i uzyskasz pomoc w nagłym wypadku od świadczeniodawcy lub szpitala spoza sieci, na Twoim rachunku do zapłaty może znaleźć się co najwyżej kwota współudziału w kosztach ponoszonych w ramach sieci zgodnie z Twoim planem ubezpieczenia zdrowotnego (np. dopłaty, współubezpieczenie i udział własny). **Nie możesz** otrzymać rachunku wyrównującego za świadczenia udzielone w nagłym wypadku. Dotyczy to również świadczeń, które możesz uzyskać, gdy Twój stan się ustabilizuje, chyba że wyrazisz pisemną rezygnację z ochrony przed rachunkiem wyrównującym za świadczenia po osiągnięciu stabilizacji.

## **Niektóre świadczenia udzielone w szpitalu lub w ambulatoryjnym ośrodku chirurgicznym, które należą do sieci**

Jeśli korzystasz ze świadczeń szpitala lub ambulatoryjnego ośrodka chirurgicznego, które należą do sieci, możesz trafić na świadczeniodawców spoza sieci. W takiej sytuacji większość tych świadczeniodawców może wystawić Ci rachunek na kwotę współudziału w kosztach leczenia w ramach sieci zgodnie z Twoim planem ubezpieczenia zdrowotnego. Dotyczy to medycyny ratunkowej, anestezji, patologii, radiologii, laboratorium, neonatologii, usług lekarza asystującego, lekarza szpitalnego i lekarza intensywnej opieki medycznej. Tacy świadczeniodawcy **nie mogą** wystawić Ci rachunku wyrównującego ani **nie mogą** prosić Cię o rezygnację z ochrony przed rachunkiem wyrównującym.

Jeśli korzystasz z innego rodzaju usług w placówkach należących do sieci, świadczeniodawcy spoza sieci **nie mogą** wystawić Ci rachunku wyrównującego, chyba że udzielisz pisemnej zgody i zrezygnujesz z ochrony.

**W takim wypadku świadczeniodawcy nigdy nie mogą wymagać rezygnacji z ochrony przed rachunkiem wyrównującym. Nie masz też konieczności korzystania z opieki medycznej spoza sieci. Możesz wybrać świadczeniodawcę lub placówkę w ramach sieci ujętej w Twoim planie ubezpieczenia zdrowotnego.**

## **W przypadku gdy rachunki wyrównujące są niedozwolone, przysługuje Ci również następująca ochrona:**

- Odpowiadasz wyłącznie za zapłatę swojego udziału w kosztach (np. dopłaty, współubezpieczenie i udział własny, które należałoby zapłacić, gdyby świadczeniodawca lub placówka stanowiłyby część sieci). Wszelkie dodatkowe koszty będą opłacane z Twojego planu ubezpieczenia zdrowotnego bezpośrednio na rzecz świadczeniodawców i placówek spoza sieci.
- Ogólnie Twój plan ubezpieczenia zdrowotnego musi:
  - Pokrywać świadczenia pomocy w nagłych wypadkach bez konieczności udzielenia przez Ciebie uprzedniej zgody na te świadczenia (bez tak zwanego „wcześniejszego upoważnienia”).
  - Pokrywać świadczenia pomocy w nagłych wypadkach udzielane przez świadczeniodawców spoza sieci.
  - Uwzględniać Twoje zobowiązania płatnicze względem świadczeniodawcy lub placówki (współudział w kosztach) zawarte w wynagrodzeniu z ubezpieczenia wypłacanym świadczeniodawcy lub placówce w ramach sieci oraz wykazywać tę kwotę na przekazywanym Ci wyjaśnieniu świadczeń.
  - Opłacać każdą kwotę należną za świadczenia pomocy w nagłych wypadkach lub świadczenia spoza sieci przekraczające limit udziału własnego lub kosztów własnych.

**Jeśli uważasz, że nastąpiło błędne rozliczenie, a Twoja polisa podlega prawu stanu New Jersey („polisa pełnego ubezpieczenia”), skontaktuj się z Departamentem Bankowości i Ubezpieczeń stanu New Jersey (New Jersey Department of Banking and Insurance) pod numerem (800) 446-7467. Na stronie [https://www.state.nj.us/dobi/division\\_consumers/insurance/health.htm](https://www.state.nj.us/dobi/division_consumers/insurance/health.htm) znajdziesz więcej informacji o swoich uprawnieniach chronionych prawem stanowym.**

W sprawie polisy opłacanej prywatnie lub zakupionej poza stanem New Jersey należy kontaktować się z Centrum Świadczeń Medicare i Medicaid (Centers for Medicare and Medicaid Services, CMS) pod numerem 1-800-985-3059. Na stronie <http://www.cms.gov/nosurprises/consumers> znajdziesz więcej informacji o swoich uprawnieniach chronionych prawem federalnym.