

Të drejtat dhe mbrojtjet tuaja ndaj faturimit të papritur mjekësor

Kur merrni shërbime të kujdesit shëndetësor të urgjencës ose trajtoheni nga një ofruer jashtë rrjetit në një spital ose qendër kirurgjikale ambulatorie brenda rrjetit, ju jeni të mbrojtur nga faturimet e vlerës diferencë. Në këto raste, ju nuk duhet të faturoheni më tepër se bashkëpagesat, bashkësigurimi dhe/ose shuma e zbritshme e planit tuaj.

Cfarë është "faturimi i vlerës diferencë" (ndonjëherë i quajtur "faturim i papritur")?

Kur vizitoheni nga një mjek apo ofruer i kujdesit shëndetësor, mund t'ju duhet të paguani disa kosto [nga xhepi](#), si p.sh. [një bashkëpagesë](#), [bashkësigurim](#) ose [një shumë të zbritshme](#). Ju mund të keni kosto shtesë ose mund t'ju duhet të paguani të gjithë faturën nëse vizitoheni te një ofruer apo në një qendër kujdesi shëndetësor që nuk bën pjesë në rrjetin e planit tuaj shëndetësor.

"Jashtë rrjetit" nënkupton ofruerit e shërbimit dhe qendrat që nuk kanë nënshkruar një kontratë me planin tuaj shëndetësor për të ofruar shërbime. Ofruerit jashtë rrjetit mund të autorizohen që t'ju faturojnë diferencën ndërmjet asaj që plani juaj paguan dhe shumës së plotë të tarifuar për një shërbim. Ky quhet "**faturim i vlerës diferencë**." Kjo shumë mund të jetë më e lartë se kostot brenda rrjetit për të njëjtin shërbim dhe mund të mos llogaritet në kufirin e vlerës suaj të shumës së zbritshme dhe asaj nga xhepi.

"Faturimi i papritur" është një faturim i papritur i vlerës diferencë. Faturimet e papritura ndodhin kur nuk keni mundësi të kontrolloni se kush është i përfshirë në shërbimet tuaja të kujdesit shëndetësor —p.sh. në raste urgjence ose kur planifikoni një vizitë në një qendër brenda rrjetit, por i nënshtroheni papritur trajtimit nga një ofruer i shërbimit jashtë rrjetit. Faturat mjekësore të papritura mund të kushtojnë mijëra dollarë, në varësi të procedurës apo të shërbimit.

Ju përfitoni mbrojtje nga faturimi i vlerës diferencë për:

Shërbimet e urgjencës

Nëse keni një gjendje mjekësore urgjente dhe merrni shërbime të urgjencës nga një ofruer shërbimi ose spital jashtë rrjetit, maksimumi që mund t'ju faturojnë ata është shuma e ndarjes së koston brenda rrjetit sipas planit tuaj (si bashkëpagesa, bashkësigurimi dhe shumat e zbritshme). **Nuk mund t'ju** faturohet vlera diferencë për këto shërbime të urgjencës. Këtu përfshihen shërbimet që mund të merrni pas rikuperimit, përveçse kur jepni pëlqim me shkrim dhe hiqni dorë nga mbrojtjet që ju takojnë për mosfaturimin e vlerës diferencë për këto shërbime pas rikuperimit.

Shërbime të caktuara në spitale ose qendra kirurgjikale ambulatorie brenda rrjetit

Kur merrni shërbime nga një spital ose qendër kirurgjikale ambulatorie brenda rrjetit, disa ofruer të shërbimit në to mund të jenë jashtë rrjetit. Në këto raste, maksimumi që këta ofruer të shërbimit mund t'ju faturojnë është shuma e ndarjes së koston brenda rrjetit të planit tuaj. Kjo vlen për pavijonin e urgjencës, anestezisë, patologjisë, radiologjisë, laboratorit, neonatologjisë, kirurgjisë ndihmëse, mjekun e hospitalizimit dhe shërbimet e terapisë intensive. Këta ofruer shërbimesh **nuk mund t'ju** faturojnë për vlerën diferencë dhe **nuk mund t'ju** kërkojnë të hiqni dorë nga mbrojtjet që ju takojnë për mosfaturimin e vlerës diferencë.

Nëse merrni lloje të tjera shërbimesh në këto qendra brenda rrjetit, ofruesit e shërbimit jashtë rrjetit **nuk mund** t'ju faturonjë për vlerën diferencë, përveçse kur jepni pëlqimin me shkrim dhe hiqni dorë nga mbrojtjet që ju takojnë.

Nuk ju kërkohet asnjëherë të hiqni dorë nga mbrojtjet që ju takojnë për mosfaturimin e vlerës diferencë. Gjithashtu, nuk ju kërkohet të merrni shërbime kujdesi shëndetësor jashtë rrjetit. Ju mund të zgjidhni një ofrues ose qendër brenda rrjetit të planit tuaj.

Në rastet kur nuk lejohet faturimi i vlerës diferencë, ju përfitoni edhe këto mbrojtje:

- Keni detyrimin të paguani vetëm pjesën tuaj të kostos (si bashkëpagesat, bashkësigurimin dhe shumat e zbritshme që do të paguanit nëse ofruesi i shërbimit ose qendra do të ishte brenda rrjetit). Plani juaj shëndetësor do t'ju paguajë drejtpërdrejt çdo kosto shtesë ofruesve dhe qendrave jashtë rrjetit.
- Përgjithësisht, plani juaj shëndetësor duhet:
 - Të mbulojë shërbimet e urgjencës pa ju kërkuar që të merrni miratim paraprak (i njohur edhe si "autorizim paraprak") për shërbimet.
 - Të mbulojë shërbimet e urgjencës nga ofrues të shërbimit jashtë rrjetit.
 - Ta bazojë vlerën që i detyroheni ofruesit të shërbimit ose qendrës (ndarja e kostos) mbi vlerën që do t'i paguante një ofruesi të shërbimit ose një qendër brenda rrjetit dhe ta pasqyrojë atë shumë në detajet e përfitimeve tuaja.
 - Të llogarisë çdo shumë që paguani për shërbime të urgjencës ose shërbime jashtë rrjetit, në kufirin e vlerës suaj të shumës së zbritshme dhe asaj nga xhepi.

Nëse mendoni se jeni faturuar pa të drejtë dhe mbulimi juaj i nënshtrohet legjislacionit të Konektikatit ("mbulim i siguruar plotësisht"), kontaktoni Departamentin e Sigurimit të Konektikatit (Connecticut Insurance Department) në (800) 203-3447 ose insurance@ct.gov. Vizitoni <https://portal.ct.gov/CID/General-Consumer-Information/No-Surprises-Act> për më tepër informacion lidhur me të drejtat tuaja sipas legjislacionit federal.

Kontaktoni qendrat për shërbimet e "Medicare" dhe "Medicaid" (Centers for Medicare & Medicaid Services, CMS) në 1-800-985-3059 për mbulimin e vetëfinancuar ose mbulimin e blerë jashtë Konektikatit. Vizitoni <http://www.cms.gov/nosurprises/consumers> për më shumë informacion rreth të drejtave tuaja sipas legjislacionit federal.