

기습의료비(Surprise Medical Bills) 청구서에 대한 귀하의 권리와 보장

귀하가 응급치료나 보험 제휴 병원이나 통원 수술 센터에서 비제휴 공급자로부터 치료를 받았을 때, 부분지불제도(balance billing)에서 보호받을 수 있습니다. 이 경우에는 공동 부담금과 공동 보험, 그리고/또는 공제액보다 더 비용을 지불하지 않아도 됩니다.

“부분지불제도”(또는 “기습의료비”)란?

의사나 기타 의료 공급자를 만날 때, [공동 부담금](#)과 [공동 보험](#), 또는 [공제액](#)과 같은 일부 [자기부담금](#)을 지불할 수 있습니다. 만약 건강 보험 네트워크에 가입되어 있지 않은 의료 공급자나 의료 기관을 방문한다면 진료비 전액을 지불하거나 보험금을 제외하고 더 지불해야 할 수 있습니다.

“비제휴” 공급자란 귀하의 건강 보험과 서비스 제공을 계약하지 않은 의료 공급자와 시설을 말합니다. 비제휴 공급자는 총 병원비와 보험에서 지급하는 금액 간 차이를 청구할 수 있습니다. 이를 “부분지불제도”라 합니다. 이 금액은 같은 서비스를 받을 때 제휴 공급자 비용보다 더 많을 수 있고, 보험 공제금 또는 연간 개인 지불 최대 의료 비용에 반영되지 않을 수 있습니다.

“기습의료비”는 예기치 못한 잔액 청구입니다. 기습의료비는 어떤 병원이 보험 보장에 포함되었는지 모를 때 응급상황 또는 보험 제휴 시설을 방문하기로 예약했지만 예상치 못하게 보험 비제휴 공급자에게 치료받았을 때 발생합니다. 기습의료비는 수술이나 서비스에 따라 수천 달러가 될 수 있습니다.

아래 항목에서 부분지불제로부터 귀하를 보호합니다:

응급 서비스

응급 진료를 받아야 해서 보험 비제휴 공급자 또는 병원에서 응급 치료를 받았다면, 보험 제휴 비용 부담액(공동 부담금과 공동 보험, 그리고 공제액)이 최대로 청구될 것입니다. 이러한 응급 서비스는 귀하에게 잔액 청구할 수 없습니다. 여기에는 서면 동의를 제출하고 사후 안정화 치료에 대한 잔액 청구가 되지 않는 보장을 포기하지 않는 한 완치된 후에 받을 수 있는 서비스를 포함합니다. 귀하의 보험 ID 카드에 “완전 보장 범위”라고 표기되어 있다면, 귀하는 서면 동의서 제출과 완치된 후에 받을 수 있는 서비스를 위한 잔액 청구가 되지 않는 보장 포기가 **필요 없습니다**.

보험 제휴 병원 또는 통원 수술 센터에서 특정 서비스

보험 제휴 병원 또는 통원 수술 센터에서 특정 치료를 받을 때 그 곳의 서비스 공급자는 보험 비제휴 공급자일 수 있습니다. 이 경우 대부분 공급자들이 청구하는 금액은 보험 제휴 비용 부담액일 수 있습니다. 여기에는 응급진료, 마취, 진단, 영상의학, 피검사, 아기진료, 보조 외과 의사, 입원전담전문의, 그리고 중환자 전문 서비스가 적용됩니다. 이들 공급자는 귀하에게 잔액 청구할 수 없고, 귀하의 보장이 잔액 청구될 수 없게 포기하라고 요구하지 **않을** 것입니다.

만약 이들 보험 제휴 시설에서 다른 서비스를 받을 시, 보험 비제휴 공급자들은 당신이 서면 동의서를 제출하고 보장을 포기하지 않는다면, 잔액 청구하지 않을 것입니다. 귀하의 보험 ID 카드에 “완전 보장 범위”라고 표기되어 있다면, 기습의료비일 경우 이러한 다른 서비스를 위한 보장 포기가 필요 없습니다. 기습의료비는 귀하가 보험 제휴 병원 또는 통원 수술 시설을 방문했는데 보험 제휴 의사가 없어서 보험 비제휴 의사가 귀하가 그 사실을 모른 채로 서비스를 제공하거나, 원치 않은 의료 서비스가 제공될 때 발생합니다.

귀하의 보험 제휴 의사가 위탁한 서비스

귀하의 보험 ID 카드에 “완전 보장 범위”라고 표기되어 있다면, 기습의료비에는 귀하의 보험 제휴 의사가 귀하의 동의없이 보험 비제휴 공급자에게 귀하를 위탁하는 경우(피검사 및 진단등)를 포함합니다. 이들 공급자는 귀하에게 잔액 청구할 수 없고, 귀하의 보장이 잔액 청구될 수 없게 포기하라고 요구하지 않을 것입니다. 전체 부분지불제도 보호를 적용하려면 양식에 서명하셔야 합니다.(금융 서비스부 [웹사이트](#)에서 다운로드)

귀하는 결코 잔액청구로부터 보장을 포기하도록 강요받지 않을 것입니다. 또한 보험 비제휴 치료를 받도록 강요받지 않을 것입니다. 귀하는 보험 플랜 네트워크와 제휴한 공급자 또는 시설을 선택할 수 있습니다.

부분지불제도가 허용되지 않을 때, 아래 보장을 받을 수 있습니다:

- 귀하는 비용의 일부 지불 책임만 지면 됩니다(공급자 또는 시설이 보험 제휴일 때 지불해야 할 공동 부담금과 공동 보험, 그리고 공제액 같은 것들). 당신의 건강 보험 플랜이 직접 보험 비제휴 공급자와 시설에 추가 비용을 지불할 것입니다.
- 일반적으로 당신의 건강 보험 플랜은 반드시:
 - 서비스 사전 승인(또는 “사전 허가”)을 받을 필요없이 응급 서비스를 보장하여야 합니다.
 - 보험 비제휴 공급자가 제공하는 응급 서비스를 보장하여야 합니다.
 - 보험 제휴 공급자 또는 시설에 지불해야 할 금액을 바탕으로 한 서비스 공급자 또는 시설 (비용 분담)에 지불해야 할 금액과 혜택 설명 내 금액을 명시하여야 합니다.
 - 응급 서비스 또는 보험 비제휴 서비스에 지불해야 할 어떤 금액이라도 보험 제휴 공제금과 개인 지불 최대 의료 비용에 포함하여야 합니다.

청구 금액이 잘못되었고, 귀하의 보장이 뉴욕주법(“완전 보장 범위”)의 대상인 경우, 뉴욕주 금융 서비스부(New York State Department of Financial Services)로 전화 (800) 342-3736 또는 이메일 surprisemedicalbills@dfs.ny.gov로 연락하십시오. <http://www.dfs.ny.gov> 에 접속하여 주법이 보장하는 귀하의 권리에 대한 더 많은 정보를 알아보십시오.

1-800-985-3059로 전화해서 CMS와 연결해 자가보험 보장 범위 또는 뉴욕주 외부 지역에서 구입한 보험에 대하여 알아보십시오. <http://www.cms.gov/nosurprises/consumers>로 접속해서 연방법이 보장하는 귀하의 권리에 대한 더 많은 정보를 알아보십시오.