

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 świadczeniodawcy – 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. Jeżeli na Twojej polisie ubezpieczeniowej znajduje się informacja „pełne ubezpieczenie”, **nie możesz** udzielić pisemnej zgody na rezygnację z ochrony przed rachunkiem wyrównującym za świadczenia uzyskane 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. Jeżeli na Twojej polisie ubezpieczeniowej znajduje się informacja „pełne ubezpieczenie”, **nie możesz** zrezygnować ze swojej ochrony przed opłatą za usługi innego rodzaju, które ujęto w niespodziewanym rachunku. Z niespodziewanym rachunkiem mamy do czynienia wówczas, gdy przebywasz w szpitalu lub w ambulatoryjnym ośrodku chirurgicznym działającym w ramach sieci, a lekarz mający umowę z siecią jest nieobecny i świadczeń udziela bez Twojej wiedzy lekarz niemający umowy, lub wówczas, gdy udzielane są nieprzewidziane świadczenia medyczne.

Świadczenia na podstawie skierowania od lekarza pracującego w sieci

Jeżeli na Twojej polisie znajduje się informacja „pełne ubezpieczenie”, niespodziewane rachunki mogą zostać wystawione również, gdy lekarz pracujący w ramach sieci kieruje Cię bez Twojej zgody do świadczeniodawcy spoza sieci (dotyczy to również usług laboratoryjnych i histopatologicznych). Tacy świadczeniodawcy **nie mogą** wystawić Ci rachunku wyrównującego ani **nie mogą** prosić Cię o rezygnację z ochrony przed rachunkiem wyrównującym. Aby skorzystać z ochrony przed rachunkiem wyrównującym, może być konieczne złożenie podpisu na formularzu (dostępnego na [stronie internetowej](#) Departamentu Usług Finansowych [Department of Financial Services]).

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 (współdział 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 Nowy Jork („polisa pełnego ubezpieczenia”), skontaktuj się z Departamentem Ubezpieczeń stanu Nowy Jork (New York State Insurance Department) pod numerem (800) 342-3736 lub adresem surprisemedicalbills@dfs.ny.gov. Na stronie <http://www.dfs.ny.gov> znajdziesz więcej informacji o swoich uprawnieniach chronionych prawem stanowym.

W sprawie polisy opłacanej prywatnie lub zakupionej poza stanem Nowy Jork 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 informacje o swoich uprawnieniach chronionych prawem federalnym.