

Your Rights and Protections Against Surprise Medical Bills

When you get emergency care or are treated by an out-of-network provider at an in-network hospital or ambulatory surgical center, you are protected from balance billing. In these cases, you shouldn't be charged more than your plan's copayments, coinsurance and/or deductible.

What is “balance billing” (sometimes called “surprise billing”)?

When you see a doctor or other health care provider, you may owe certain [out-of-pocket costs](#), like a [copayment](#), [coinsurance](#), or [deductible](#). You may have additional costs or have to pay the entire bill if you see a provider or visit a health care facility that isn't in your health plan's network.

“Out-of-network” means providers and facilities that haven't signed a contract with your health plan to provide services. Out-of-network providers may be allowed to bill you for the difference between what your plan pays and the full amount charged for a service. This is called “**balance billing**.” This amount is likely more than in-network costs for the same service and might not count toward your plan's deductible or annual out-of-pocket limit.

“Surprise billing” is an unexpected balance bill. This can happen when you can't control who is involved in your care—like when you have an emergency or when you schedule a visit at an in-network facility but are unexpectedly treated by an out-of-network provider. Surprise medical bills could cost thousands of dollars depending on the procedure or service.

You're protected from balance billing for:

Emergency services

If you have an emergency medical condition and get emergency services from an out-of-network provider or facility, the most they can bill you is your plan's in-network cost-sharing amount (such as copayments, coinsurance, and deductibles). You **can't** be balance billed for these emergency services. This includes services you may get after you're in stable condition, unless you give written consent and give up your protections not to be balance billed for these post-stabilization services.

Certain services at an in-network hospital or ambulatory surgical center

When you get services from an in-network hospital or ambulatory surgical center, certain providers there may be out-of-network. In these cases, the most those providers can bill you is your plan's in-network cost-sharing amount. This applies to emergency medicine, anesthesia,

pathology, radiology, laboratory, neonatology, assistant surgeon, hospitalist, or intensivist services. These providers **can't** balance bill you and may **not** ask you to give up your protections not to be balance billed.

If you get other types of services at these in-network facilities, out-of-network providers **can't** balance bill you, unless you give written consent and give up your protections.

You're never required to give up your protections from balance billing. You also aren't required to get out-of-network care. You can choose a provider or facility in your plan's network.

Additional protections related to non-emergency services delivered by an out-of-network provider at an in-network facility also may be available to you under Massachusetts law depending on your insurance plan. If the protections under Massachusetts law apply to you, your providers must disclose whether or not they are in your plan's network upon scheduling a service or at your request. If a provider is not in your plan's network, the provider must provide you with information on its charges, your estimated out of pocket costs including any facility fees, and inform you that you may be able to obtain the services at a lower cost through an in-network provider. If a provider does not make these required disclosures to you in advance, the provider cannot balance bill you. These protections under Massachusetts law do not apply to you if you are enrolled in an employer self-funded health insurance plan.

When balance billing isn't allowed, you also have these protections:

- You're only responsible for paying your share of the cost (like the copayments, coinsurance, and deductible that you would pay if the provider or facility was in-network). Your health plan will pay any additional costs to out-of-network providers and facilities directly.
- Generally, your health plan must:
 - Cover emergency services without requiring you to get approval for services in advance (also known as "prior authorization").
 - Cover emergency services by out-of-network providers.
 - Base what you owe the provider or facility (cost-sharing) on what it would pay an in-network provider or facility and show that amount in your explanation of benefits.
 - Count any amount you pay for emergency services or out-of-network services toward your in-network deductible and out-of-pocket limit.

If you think you've been wrongly billed, you may contact the No Surprises Help Desk at 1-800-985-3059 or the Massachusetts Attorney General's Office at 888-830-6277.

Visit <https://www.cms.gov/nosurprises> for more information about your rights under federal law.

Sus derechos y protecciones contra facturas médicas inesperadas

Cuando recibe atención de emergencia o lo trata un proveedor fuera de la red en un hospital o centro quirúrgico ambulatorio de la red, está protegido contra la facturación del saldo. En estos casos, no se le debe cobrar más que los copagos, coseguro y/o deducible de su plan.

¿Qué es la "facturación del saldo" (a veces denominada "facturación sorpresa")?

Cuando consulta a un médico u otro proveedor de atención médica, es posible que deba cubrir ciertos costos de su bolsillo, como un copago, coseguro o deducible. Es posible que tenga costos adicionales o que tenga que pagar la factura completa si visita a un proveedor o visita un centro de atención médica que no está en la red de su plan de salud.

"Fuera de la red" significa proveedores e instalaciones que no han firmado un contrato con su plan de salud para brindar servicios. Es posible que los proveedores fuera de la red puedan facturarle la diferencia entre lo que paga su plan y el monto total cobrado por un servicio. A esto se le llama "**facturación del saldo**". Es probable que esta cantidad sea mayor que los costos dentro de la red por el mismo servicio y es posible que no sea tomado en cuenta para el deducible o el límite anual de desembolso personal de su plan.

La "facturación sorpresa" es una factura de saldo inesperada. Esto puede suceder cuando no puede controlar quién está involucrado en su atención, como cuando tiene una emergencia o cuando programa una visita en un centro dentro de la red, pero un proveedor fuera de la red lo trata inesperadamente. Las facturas médicas sorpresa podrían costar miles de dólares según el procedimiento o servicio.

Está protegido contra la facturación del saldo por:

Servicios de emergencia

Si tiene una afección médica de emergencia y recibe servicios de emergencia de un proveedor o centro fuera de la red, lo máximo que pueden facturarle es la cantidad de costo compartido dentro de la red de su plan (como copagos, coseguro y deducibles). No se le puede facturar el saldo de estos servicios de emergencia. Esto incluye los servicios que puede recibir después de estar en condición estable, a menos que dé su consentimiento por escrito y renuncie a sus protecciones para que no se le facture en forma equilibrada por estos servicios de posestabilización.

Ciertos servicios en un hospital o centro quirúrgico ambulatorio de la red

Cuando recibe servicios de un hospital dentro de la red o un centro quirúrgico ambulatorio, es posible que ciertos proveedores estén fuera de la red. En estos casos, lo máximo que esos proveedores pueden facturarle es la cantidad de costo compartido dentro de la red de su plan. Esto se aplica a los servicios de medicina de emergencia, anestesia, patología, radiología, laboratorio, neonatología, cirujano asistente, hospitalista o intensivista. Estos proveedores **no pueden** facturarle el saldo y **no pueden** pedirle que renuncie a sus protecciones para que no se le facture el saldo.

Si recibe otros tipos de servicios en estas instalaciones dentro de la red, los proveedores fuera de la red **no pueden** facturarle el saldo, a menos que dé su consentimiento por escrito y renuncie a sus protecciones.

Nunca está obligado a renunciar a sus protecciones frente a la facturación del saldo. Tampoco es necesario que reciba atención fuera de la red. Puede elegir un proveedor o un centro de la red de su plan.

Las protecciones adicionales relacionadas con los servicios que no son de emergencia, brindados por un proveedor fuera de la red en una instalación dentro de la red, también pueden estar disponibles para usted según la ley de Massachusetts, dependiendo de su plan de seguro. Si las protecciones bajo la ley de Massachusetts se aplican a usted, sus proveedores deben revelar si están o no en la red de su plan al programar un servicio o cuando usted lo solicite. Si un proveedor no está en la red de su plan, el proveedor debe proporcionarle información sobre sus cargos, sus costos estimados de bolsillo, incluidos los cargos del centro, e informarle que es posible que pueda obtener los servicios a un costo menor a través de un proveedor de la red. Si un proveedor no le hace estas divulgaciones requeridas por adelantado, el proveedor no puede facturarle el saldo. Estas protecciones bajo la ley de Massachusetts no se aplican a usted si está inscrito en un plan de seguro médico autofinanciado por su empleador.

Cuando no se permite la facturación del saldo, usted también tiene estas protecciones:

- Usted solo es responsable de pagar su parte del costo (como los copagos, el coseguro y el deducible que pagaría si el proveedor o la instalación estuvieran dentro de la red). Su plan de salud pagará los costos adicionales a los proveedores e instalaciones fuera de la red directamente.

- Generalmente, su plan de salud debe:
 - Cubrir los servicios de emergencia sin necesidad de obtener una aprobación para los servicios por adelantado (también conocida como “autorización previa”).
 - Cubrir los servicios de emergencia de proveedores fuera de la red.
 - Basar lo que le debe al proveedor o al centro (costo compartido) en lo que le pagaría a un proveedor o instalación de la red y mostrar ese monto en su explicación de beneficios.
 - Tomar en cuenta cualquier monto que pague por servicios de emergencia o servicios fuera de la red para su deducible dentro de la red y su límite de desembolso personal.

Si cree que se le ha facturado erróneamente, puede comunicarse con el Servicio de Asistencia Sin Sorpresas al 1-800-985-3059 o con la Oficina del Fiscal General de Massachusetts al 888-830-6277.

Visite <https://www.cms.gov/nosurprises> para obtener más información sobre sus derechos según la ley federal.

Të Drejtat dhe Mbrojtja Juaj Kundër Faturave të Papritura Mjekësore

Kur merrni kujdes emergjent ose trajtoheni nga një ofrues jashtë rrjetit në një spital brenda rrjetit ose qendër kirurgjikale ambulatorie, ju jeni të mbrojtur nga bilanci i faturimit. Në këto raste, nuk duhet të tarifoheni më shumë se bashkëpagesat, bashkësigurimet dhe/ose zbritjet e planit tuaj.

Çfarë është "bilanci i faturimit" (ndonjëherë i quajtur "faturim i papritur")?

Kur vizitoheni nga një mjek ose një ofrues tjetër të kujdesit shëndetësor, mund t'i detyroheni disa shpenzime, si një bashkëpagesë, bashkësigurim ose zbritje. Ju mund të keni kosto shtesë ose duhet të paguani të gjithë faturën nëse vizitoheni nga një mjek ose vizitoni një institucion të kujdesit shëndetësor që nuk është në rrjetin e planit tuaj shëndetësor.

"Jashtë rrjetit" do të thotë ofruesit dhe objektet që nuk kanë nënshkruar një kontratë me planin tuaj shëndetësor për të ofruar shërbime. Ofruesit jashtë rrjetit mund të lejohen t'ju faturojnë për diferencën midis asaj që paguan plani juaj dhe shumës së plotë të tarifuar për një shërbim. Kjo quhet "**bilanci i faturimit**". Kjo vlerë ka të ngjarë të jetë më shumë se kostot brenda rrjetit për të njëjtin shërbim dhe mund të mos llogaritet në zbritjet ose në limitin e planit tuaj vjetor për shpenzime ekstra.

"Faturimi surprizë" është një faturë e papritur e bilanceve. Kjo mund të ndodhë kur nuk mund të kontrolloni se kush është i përfshirë në kujdesin tuaj—si kur keni një urgjencë ose kur planifikoni një vizitë në një strukturë brenda rrjetit, por trajtoheni papritur nga një ofrues jashtë rrjetit. Faturat mjekësore të befasishme mund të kushtojnë mijëra dollarë në varësi të procedurës ose shërbimit..

Ju jeni të mbrojtur nga bilanci i faturimit për:

Shërbime Emergjente

Nëse keni një rast mjekësor urgjent dhe merrni shërbime urgjence nga një ofrues ose institucion jashtë rrjetit, vlera më e madhe që ata mund t'ju faturojnë është shuma e ndarjes së koston brenda rrjetit të planit tuaj (të tilla si pagesat, bashkësigurimet dhe zbritjet). Ju **nuk mund** të faturoheni për këto shërbime urgjence. Kjo përfshin shërbimet që mund të merrni pasi të jeni në gjendje të qëndrueshme, përveç nëse jepni pëlqimin me shkrim dhe hiqni dorë nga mbrojtja juaj për të mos u faturuar për këto shërbime pas pëmirësimit.

Shërbime të caktuara në një spital brenda rrjetit ose në një qendër kirurgjikale ambulatorie

Kur merrni shërbime nga një spital brenda rrjetit ose një qendër kirurgjikale ambulatorie, disa ofrues mund të jenë jashtë rrjetit. Në këto raste, pjesa më e madhe që ata ofrues mund t'ju faturojnë është shuma e ndarjes së koston brenda rrjetit të planit tuaj. Kjo vlen për mjekësinë urgjente, anestezi, shërbimet e patologjisë, radiologjisë, laboratorit, neonatologjisë, ndihmës kirurgut, spitalit, apo shërbime intensive. Këta ofrues nuk mund t'ju balancojnë faturën dhe mund të **mos** ju kërkojnë të hiqni dorë nga mbrojtjet tuaja për të mos u faturuar bilanci.

Nëse merrni lloje të tjera shërbimesh në këto pajisje brenda rrjetit, ofruesit jashtë rrjetit **nuk mund** t'ju faturonjë bilancin, vetëm nëse jepni pëlqimin me shkrim dhe hiqni dorë nga mbrojtjet tuaja.

Asnjëherë nuk ju kërkohet të hiqni dorë nga mbrojtjet tuaja nga bilanci i faturimit. Gjithashtu nuk ju kërkohet të merrni kujdes jashtë rrjetit. Ju mund të zgjidhni një ofrues ose një strukturë në rrjetin e planit tuaj.

Mbrojtje shtesë në lidhje me shërbimet jo emergjente të ofruara nga një ofrues jashtë rrjetit në një strukturë brenda rrjetit gjithashtu mund të jenë të disponueshme për ju sipas ligjit të Massachusetts, në varësi të planit tuaj të sigurimit. Nëse mbrojtjet sipas ligjit të Massachusetts zbatohen për ju, ofruesit tuaj duhet të zbulojnë nëse janë apo jo në rrjetin e planit tuaj me planifikimin e një shërbimi ose me kërkesën tuaj. Nëse një ofrues nuk është në rrjetin e planit tuaj, ofruesi duhet t'ju ofrojë informacion mbi tarifën e tij, kostot tuaja ekstra të përlllogaritura, duke përfshirë çdo tarifë objekti, dhe t'ju informojë se mund të jeni në gjendje t'i merrni shërbimet me një kosto më të ulët nëpërmjet një ofruesi në rrjet. Nëse një ofrues nuk ju bën këto deklarime të kërkuara paraprakisht, ofruesi nuk mund t'ju balancojë faturën. Këto mbrojtje sipas ligjit të Massachusetts nuk zbatohen për ju nëse jeni regjistruar në një plan sigurimi shëndetësor të vetëfinancuar nga punëdhënësi.

Kur bilanci i faturimit nuk lejohet, ju keni gjithashtu këto mbrojtje:

- Ju jeni përgjegjës vetëm për të paguar pjesën tuaj të kostos (si pagesat e përbashkëta, bashkësigurimet dhe zbritjet që do të paguanit nëse ofruesi ose objekti do të ishin në rrjet). Plani juaj shëndetësor do të paguajë drejtpërdrejt çdo kosto shtesë për ofruesit dhe objektet jashtë rrjetit.
- Në përgjithësi, plani juaj shëndetësor duhet:
 - Të mbulojë shërbimet e urgjencës pa kërkuar që ju të merrni miratimin për shërbimet paraprakisht (i njohur edhe si "autorizimi paraprak").
 - Të mbulojë shërbimet e urgjencës nga ofruesit jashtë rrjetit.
 - Të tregojë vlerën që i detyroheni ofruesit ose objektit (ndarja e kostos) në krahasim me atë që do të paguanit një ofrues ose objekt brenda rrjetit dhe të tregojë atë vlerë duke shpjeguar përfitimet.
 - Të llogaris çdo shumë që paguani për shërbimet e urgjencës ose shërbimet jashtë rrjetit kundrejt zbritjeve brenda rrjetit dhe limit të shpenzimeve jashtë xhepit.

Nëse mendoni se jeni faturuar gabimisht, mund të kontaktoni Zyrën e Ndhmës “No Surprises” në 1-800-985-3059 ose Zyrën e Prokurorit të Përgjithshëm të Massachusetts në 888-830-6277.

Vizitoni <https://www.cms.gov/nosurprises> për më shumë informacion në lidhje me të drejtat tuaja sipas ligjit federal.

حقوقك وأوجه حمايتك من الفواتير الطبية المفاجئة

عندما تحصل على رعاية طارئة أو تتم معالجتك من قبل مزود خارج الشبكة في مستشفى داخل الشبكة أو مركز جراحي متنقل، فأنت محمي من الفوترة بمبلغ مطلوب. في هذه الحالات، لا يجب أن تتحمل أكثر من مساهمات المنتفع و/أو التأمين المشترك و/أو المستقطعات الخاصة بخطتك الصحية.

ما هي "الفوترة بمبلغ مطلوب" (التي تسمى أحياناً بـ "الفوترة المفاجئة")؟

عندما تزور طبيباً أو مقدم رعاية صحية آخر، فقد تكون مديناً بتكاليف معينة على نفقتك الخاصة، مثل مساهمة المنتفع أو التأمين المشترك أو مبلغ مستقطع. قد تكون لديك تكاليف إضافية أو يتعين عليك دفع الفاتورة بالكامل إذا زرت مقدم رعاية أو قمت بزيارة مرفق رعاية صحية ليس ضمن الشبكة الخاصة بخطتك الصحية.

يقصد بمصطلح "خارج الشبكة" مزودي الخدمات والمرافق التي لم توقع عقداً مع خطتك الصحية لتقديم الخدمات. قد يُسمح لمزودي الخدمات من خارج الشبكة بفوترتك بالفرق بين ما تدفعه خطتك الصحية والمبلغ الكامل الذي يتم تحصيله مقابل الخدمة. وهذا ما يسمى بـ "الفوترة بمبلغ مطلوب". من المحتمل أن يكون هذا المبلغ أكثر من التكاليف داخل الشبكة لنفس الخدمة وقد لا يتم احتسابه ضمن المستقطعات الخاصة بخطتك الصحية أو الحد السنوي الخاص بنفقاتك الخاصة.

"الفوترة المفاجئة" هي فاتورة غير متوقعة بالمبلغ المطلوب. يمكن أن يحدث هذا عندما لا يمكنك التحكم في من يشارك في الرعاية الخاصة بك - مثلاً عندما يكون لديك حالة طوارئ أو عندما تحدد موعداً لزيارة إلى مرفق صحي داخل الشبكة ولكن تتم معالجتك بشكل مفاجئ من قبل مزود من خارج الشبكة. قد تكلف الفواتير الطبية المفاجئة آلاف الدولارات وفقاً للإجراء أو الخدمة.

أنت محمي من الفوترة بمبلغ مطلوب عند:

خدمات الطوارئ

إذا كانت لديك حالة طبية طارئة وحصلت على خدمات الطوارئ من قبل مزود أو مرفق خارج الشبكة، فإن أقصى ما يمكنهم فوترتك به هو مبلغ تقاسم التكاليف داخل الشبكة وفقاً لخطتك الصحية (مثل مساهمات المنتفع والتأمين المشترك والمستقطعات). لا يمكن فوترتك بمبلغ مطلوب لخدمات الطوارئ هذه. ويتضمن هذا الخدمات التي قد تحصل عليها بعد أن تكون في حالة مستقرة، ما لم تمنح موافقة كتابية وتتخلى عن أوجه حمايتك فيما يخص عدم فوترتك على هذه الخدمات ما بعد حالة الاستقرار.

خدمات معينة في مستشفى داخل الشبكة أو مركز جراحي متنقل

عندما تحصل على خدمات في مستشفى داخل الشبكة أو مركز جراحي متنقل، فقد يكون بعض مزودي الخدمة خارج الشبكة. في هذه الحالات، يكون أكثر ما يمكن لهؤلاء المزودين فوترتك به هو مبلغ تقاسم التكلفة داخل الشبكة وفقاً لخطتك الصحية. ينطبق هذا على طب الطوارئ أو التخدير أو علم الأمراض أو الأشعة أو المختبرات أو طب الأطفال حديثي الولادة أو الجراح المساعد أو طبيب المستشفى أو خدمات العناية المركزة. لا يمكن لهؤلاء مزودي الخدمات فوترتك بمبلغ مطلوب ولا يمكنهم أن يطلبوا منك التخلي عن أوجه حمايتك فيما يتعلق بفوترتك بمبلغ مطلوب.

إذا حصلت على أنواع أخرى من الخدمات في هذه المرافق داخل الشبكة، فلن يتمكن مزودو الخدمة من خارج الشبكة من فوترتك، ما لم تمنح موافقة كتابية وتتخلى عن أوجه الحماية الخاصة بك.

لست مطالباً أبداً بالتخلي عن أوجه حمايتك من الفوترة بمبلغ مطلوب. أنت أيضاً غير مطالب بالحصول على رعاية خارج الشبكة. يمكنك اختيار مزود أو مرفق ما ضمن شبكة خطتك الصحية.

قد تكون الحماية الإضافية المتعلقة بالخدمات غير الطارئة التي يقدمها مزود خارج الشبكة في مرفق داخل الشبكة متاحة لك أيضاً بموجب قانون ولاية ماساتشوستس اعتماداً على خطة التأمين الخاصة بك. إذا كانت الحماية بموجب قانون ولاية ماساتشوستس تنطبق عليك، فيجب على مزودي الخدمة الإفصاح عما إذا كانوا في شبكة خطتك أم لا عند تحديد موعد للخدمة أو بناءً على طلبك. إذا لم يكن المزود ضمن شبكة خطتك، فيجب عليه تزويدك بمعلومات عن الرسوم الخاصة به والتكاليف المقدرة والتي تكون على نفقتك الخاصة

بما في ذلك أي رسوم خاصة بالمرقق الصحي، وإبلاغك أنك قد تكون قادراً على الحصول على الخدمات بتكلفة أقل من خلال مزود داخل الشبكة. إذا لم يتم مزود الخدمة بإجراء هذه الإفصاحات المطلوبة لك مقدماً، فلن يتمكن المزود من فوترتك بمبلغ مطلوب. لا تنطبق عليك أوجه الحماية هذه بموجب قانون ولاية ماساتشوستس إذا كنت مسجلاً في خطة تأمين صحي ممولة ذاتياً من قبل صاحب العمل.

عندما لا يُسمح بالفوترة بمبلغ مطلوب، فإنك تتمتع أيضاً بأوجه الحماية الآتية:

• أنت مسؤول فقط عن دفع نسبتك من التكلفة (مثل مساهمات المنتفع والتأمين المشترك والمستقطعات التي ستدفعها إذا كان المزود أو المرفق الصحي داخل الشبكة). ستدفع خطتك الصحية أي تكاليف إضافية لمزودي الخدمات والمرافق خارج الشبكة وذلك بشكل مباشر.

• بشكل عام، يجب على خطتك الصحية أن:

- تغطي خدمات الطوارئ دون مطالبتك بالحصول على موافقة مسبقة للخدمات (يُعرف أيضاً باسم "الإذن المسبق").
- تغطي خدمات الطوارئ من قبل مزودي الخدمات خارج الشبكة.
- تعتمد ما تدين به للمزود أو المرفق (تقاسم التكاليف) على أساس ما ستدفعه لمزود أو مرفق داخل الشبكة وأن تظهر هذا المبلغ في الشرح الخاص بالمزايا.
- تحتسب أي مبلغ تدفعه مقابل خدمات الطوارئ أو الخدمات خارج الشبكة ضمن المقتطعات داخل الشبكة أو الحد الخاص بنفقاتك الشخصية.

إذا كنت تعتقد أنه تم فوترتك بشكل خاطئ، فيمكنك الاتصال بمكتب المساعدة الخاص بعدم المفاجآت على الرقم 1-800-985-3059 أو بمكتب المدعي العام لولاية ماساتشوستس على الرقم 888-830-6277.

قم بزيارة <https://www.cms.gov/nosurprises> لمزيد من المعلومات حول حقوقك بموجب القانون الفيدرالي.

Ձեր իրավունքները և պաշտպանությունը անսպասելի բժշկական հաշիվների դեպքում

Երբ դուք ստանում եք անհետաձգելի բժշկական օգնություն կամ բուժվում եք հիվանդանոցից դուրս գտնվող ծառայությունների մատուցողից կամ ցանցի ներսում գտնվող ամբուլատոր վիրաբուժական կենտրոնից, դուք պաշտպանված եք հաշվեկշռի օրինագծերից: Այդ դեպքերում ձեզանից

Ի՞նչ է «հաշվեկշռի հաշիվ-ապրանքագիր» (երբեմն կոչվում է «անսպասելի հաշիվ»):

Երբ դուք դիմում եք բժշկի կամ բժշկական ծառայությունների այլ մատակարարի, դուք կարող եք ունենալ որոշակի ծախսեր ձեր սեփական գրպանից, ինչպիսիք են հավելավճարը, համատեղ ապահովագրությունը կամ արտքնությունները: Դուք կարող եք ունենալ լրացուցիչ ծախսեր, կամ դուք պետք է վճարեք ձեր ամբողջ հաշիվը, եթե դիմեք ձեր առողջապահական ծառայությունների մատակարարին կամ այցելեք բժշկական հաստատություն, որը չի մտնում ձեր առողջական ապահովագրության ծրագրի ցանցի մեջ:

"Ցանցից դուրս" նշանակում է մատակարարներ և հաստատություններ, որոնք չեն ստորագրել ձեր առողջապահական ծրագրի հետ ծառայությունների մատուցման պայմանագիր: Ոչ ցանցային մատակարարները կարող են ձեզ հաշիվ ներկայացնել ձեր սակագնի վճարման տարբերության և ծառայության համար գանձվող ամբողջ գումարի դիմաց: Սա կոչվում է «հաշվեկշռի հաշիվ-ապրանքագիր»: Այս գումարը, ամենայն հավանականությամբ, ավելի մեծ է, քան նույն ծառայության ցանցային ծախսերը, և կարող է չհաշվարկվել Ձեր պլանի արտոնության կամ տարեկան ձեր սեփական միջոցներից գատ սահմանաչափում:

«Անսպասելի հաշիվ»-ը անկանխատեսելի հաշիվ է: Դա կարող է տեղի ունենալ, երբ դուք չեք կարող վերահսկել, թե ով է ներգրավված ձեր ապահովագրության մեջ: Օրինակ, երբ դուք ունեք արտակարգ իրավիճակ, կամ երբ դուք պլանավորում եք այցելել ներցանցային հաստատություն, բայց անսպասելիորեն բուժվում եք ցանցային ծառայություն մատուցողից: Անսպասելի բժշկական հաշիվները կարող են արժենալ հազարավոր դոլարներ կախված ընթացակարգից կամ ծառայությունից:

Դուք պաշտպանված եք հաշիվներից, հետևյալ դեպքերում.

Շտապօգնության ծառայություններ

Եթե դուք ունեք անհետաձգելի բժշկական օգնություն, և Դուք ստանում եք Արտակարգ ծառայություններ ցանցից կամ հաստատությունից դուրս ծառայություն մատուցողից, առավելագույնը, որ նրանք կարող են ձեզ ներկայացնել, դա ձեր ծրագրի ցանցային ծախսերին համատեղ մասնակցության գումարն է (օրինակ՝ հավելավճարներ, համատեղ ապահովագրություն և արտոնություն) : Դուք չեք վճարի հաշիվ այդ արտակարգ ծառայությունների համար: Սա ներառում է ծառայություններ, որոնք դուք կարող եք ստանալ այն բանից հետո, երբ դուք ինքներդ կգտնվեք կայուն վիճակում, եթե միայն դուք չեք տալիս գրավոր համաձայնություն և չեք հրաժարվում Ձեր պաշտպանությունից, որպեսզի կայունացումից հետո այլ ծառայությունների համար հաշիվ չստանաք:

Որոշակի ծառայություններ ցանցային հիվանդանոցում կամ ամբուլատոր

Վիրաբուժական կենտրոնում

Երբ դուք ստանում եք ծառայություններ ցանցային հիվանդանոցում կամ ամբուլատոր վիրաբուժական կենտրոնում, որոշ մատակարարներ կարող են դուրս գալ ցանցից: Այս դեպքերում, առավելագույնը, որ այդ մատակարարները կարող են հաշիվ ներկայացնել ձեզ, ձեր պլանի ցանցում ծախսերի փոխանակման գումարն է: Սա վերաբերում է արտակարգ բժշկական օգնության, անզգայացման, պաթոլոգիային, ռադիոլոգիային, լաբորատորիաներին, Նեոնատոլոգիային, ասիստենտ վիրաբույժներին, հոսպիտալի բժիշկներին կամ ռեանիմատոլոգներին: Այդ մատակարարները **չեն** կարող ներկայացնել ձեզ հաշիվներ և **չեն** կարող խնդրել ձեզ հրաժարվել ձեր պաշտպանությունից և հաշիվներից:

Եթե Դուք ստանում եք այլ տեսակի ծառայություններ այդ ներցանցային հաստատություններում, ծառայություն մատուցողները **չեն** կարողանա ներկայացնել ձեզ հաշիվ, եթե դուք չեք տալիս գրավոր համաձայնությունը և չեք հրաժարվում ձեր պաշտպանությունից:

Դուք երբեք պարտավուն չեք հրաժարվել հաշվեկշռի հաշիվ-ապրանքագրի պաշտպանությունից: Դուք նաև պարտադրված չեք օգնություն ստանալ ցանցից դուրս: Դուք կարող եք ընտրել Ձեր ապահովագրության մեջ ներառված ծառայություն մատուցողներին կամ հաստատությունները:

Ցանցից դուրս ծառայություն մատուցողի կողմից մատուցված ծառայությունների հետ կապված լրացուցիչ պաշտպանության միջոցները նույնպես կարող են մատչելի լինել ձեզ Մասաչուսեթս նահանգի օրենսդրության համաձայն `Կախված ձեր ապահովագրական պլանից: Եթե Դուք օգտվում եք Մասաչուսեթս նահանգի օրենսդրությամբ նախատեսված պաշտպանության միջոցներից, ձեր մատակարարները պետք է տեղեկացնեն, թե արդյոք նրանք գտնվում են ձեր ծրագրի ցանցում, թե ոչ, երբ պլանավորում եք ծառայությունը ըստ Ձեր հարցման: Եթե մատուցողը չի մտնում ձեր պլանի ցանցի մեջ, մատուցողը պետք է ձեզ տրամադրի տեղեկատվություն իր վճարների, ձեր ենթադրյալ ծախսերի մասին ձեր սեփական միջոցներից, ներառյալ ցանկացած ծառայության վճարների մասին, և ձեզ տեղեկացնի, որ դուք կարող եք ստանալ ծառայություններ ավելի ցածր գնով ցանցի ծառայությունների մատակարարի միջոցով: Եթե ծառայություն մատուցողը չի տրամադրում ձեզ այդ անհրաժեշտ տեղեկությունները նախապես, մատակարարը չի կարող հաշիվ ներկայացնել ձեզ: Այս պաշտպանության միջոցները, համաձայն Մասաչուսեթսի օրենքի, չեն տարածվում ձեզ վրա, եթե դուք գրանցված եք գործատուի կողմից ինքնաֆինանսավորվող առողջապահական ապահովագրության ծրագրում:

W Երբ հաշվեկշռի հաշիվ-ապրանքագիրը արգելվում է, Դուք նույնպես ունեք այս միջոցները.

- Դուք պատասխանատու եք միայն ձեր ծախսերի մասնաբաժնի վճարման համար (օրինակ ` հավելավճարներ, համաապահովագրություն և արտոնություն, որը դուք կվճարեիք, եթե մատուցողը կամ հաստատությունը ցանցում լինեին): Ձեր առողջապահական ծրագիրը ուղղակիորեն կվճարի ծառայությունների մատակարարներին և ցանցից դուրս գտնվող հիմնարկներին ցանկացած լրացուցիչ ծախս:
- Որպես կանոն, ձեր առողջապահական ծրագիրը պետք է.

- Փոխհատուցի արտակարգ իրավիճակների ծառայությունները՝ առանց ձեզնից նախապես հարցում անելու (նաև հայտնի է որպես «նախնական թույլտվություն»):
- Ընդգրկում է ոչ ցանցային ծառայություն մատուցողների արտակարգ ծառայությունները:
- Հիմնավորի այն գումարը, որը դուք պետք է տրամադրեք մատակարարին կամ հաստատությանը (ծախսերի փոխանակում), այն բանի համար, որ նա կվճարի ցանցային մատակարարին կամ հաստատությանը, և նշի այդ գումարը նպաստների բացատրության մեջ:
- Հաշվարկի ցանկացած գումար, որը դուք վճարում եք ցանցից դուրս արտակարգ ծառայությունների կամ այլ ծառայությունների համար՝ համաձայն ձեր ցանցային արտոնությունների և ձեր սեփական միջոցների սահմանաչափի:

Եթե կարծում եք, որ Ձեզ սխալ հաշիվ են ներկայացրել, դիմեք առանց անակնկալների աջակցության ծառայություն 1-800-985-3059 համարով կամ Մասաչուսեթս նահանգի Գլխավոր դատախազություն՝ 888-830-6277 համարով:

Այցելեք <https://www.cms.gov/nosurprises> կայքը՝ օրենքի սահմաններում Ձեր իրավունքների մասին լրացուցիչ տեղեկությունների համար:

您对意外支付的医疗账单的权利和保护

当您在网络内医院或门诊手术中心接受网络外医疗服务商的紧急护理或治疗时，您受差额支付权利的保护。在这些情况下，您被收取金额不应该超过您健康计划的共付额、共保额和/或免赔额。

什么是“差额支付”（有时称为“意外计费”）？

当您看医生或其他医保服务商时，您可能需要支付某些自付费用，比如共付、共保或免赔额。如果您就诊于一个服务商或一个不在您的健康计划网络中的医保机构，您可能会收到额外的费用或必须支付整个账单。

“网络外”是指没有与您的健康计划签署合同的服务商和设施提供的服务。网络外服务商可能会被允许向您收取您的计划支付的费用与服务的全额费用之间的差额。这叫做“差额支付”，“这一金额可能超过了相同服务的网络内成本，可能不会计入您的健康计划免赔额或年度自付费用限额内。

“意外支付”是一种意想不到的额外账单。当您无法控制谁参与您的护理时，例如当您有紧急情况，或者当您计划访问网络内设施时，意外地由网络外服务商进行了治疗，就可能属于这种情况。意外的医疗账单可能会有数千美元，这取决于手术或服务的内容。

下面情况下你可以不进行差额支付：

紧急服务

如果您有紧急医疗状况，并从网络外服务商或设施获得紧急服务，他们最多可以向您收取您健康计划网络内的成本分摊金额（如共付、共保和免赔额）。您**不能**被收取差额费用。这个情况包括您在状态稳定后可能获得的服务，除非您书面同意放弃您的受保护权利，否则不能对您收取这些差额费用。

网络内医院或门诊外科中心的某些服务

当您从网络内医院或门诊手术中心获得服务时，那里的某些服务商可能是网络外的资源。在这些情况下，这些服务商可以向您收取的最多是您的健康计划网络内的成本分摊金额。这适用于急诊科、麻醉科、病理科、放射科、实验室、新生儿科、助理外科医生、住院医师或重症监护人服务。这些服务商**不能**向您收取额外费用，也不能要求您放弃您的这项受保护的权利。

如果您在这些网络内设施上获得了其他类型的服务，则网络外提供商**不能**向您收取额外费用，除非您书面同意放弃您的受保护权利。

您永远不需要放弃拒绝差额支付的权利。您也不需要获得网络外的医疗护理。您可以在健康计划的网络中选择服务商或设施。

根据马萨诸塞州法律，以及您的保险计划，您还可以获得网络外供应商在网络内设施上的非紧急服务的额外保护。如果马萨诸塞州法律的保护适用于您，您的服务商必须在安排服务时或应您的请求，披露他们的服务是否在您的健康计划网络内。如果其不在您的网络中，服务商必须向您提供关于其收费的信息、您估计的自付成本（包括任何设施费用），并通知您可以通过网络内服务商以较低的成本获得服务。如果服务商没有提前向您披露这些必要的信息，他们将不能向您收取差额费用。如果您参加了雇主自筹资金的健康保险计划，马萨诸塞州法律规定的这些保护将不适用于您。

当不容许差额支付时，您还有以下保护措施：

- 您只负责支付您的那部分费用（例如，如果供应商或设施在网络中，您将支付共付、共保和免赔额）。您的健康计划将直接向网络外的供应商和设施支付任何额外费用。
- 一般来说，您的健康计划必须：
 - 涵盖紧急服务，而不要求您事先获得服务批准（也称为“事先授权”）。
 - 覆盖网络外服务商的紧急服务。
 - 您欠服务商或设施的费用（分担费用）是以您支付给网络内医疗服务商或设施费为基础的，并在您的健康计划福利解释中显示该数额。
 - 您为急诊服务或网络外服务支付的任何金额都将计入您的网络内免赔额和自付费用限额。

如果您认为被开错了账单,您可以联系意外计费帮助服务台1-800-985-3059或马萨诸塞州司法部长办公室888-830-6277。

访问<https://www.cms.gov/nosurprises>了解更多关于您在联邦法律下的权利的信息。

您對意外支付的醫療賬單的權利和保護

當您在網絡內醫院或門診手術中心接受網絡外醫療服務商的緊急護理或治療時，您受差額支付權利的保護。在這些情況下，您被收取金額不應該超過您健康計劃的共付額、共保額和/或免賠額。

什麼是“差額支付”（有時稱為“意外計費”）？

當您看醫生或其他醫保服務商時，您可能需要支付某些自付費用，比如共付、共保或免賠額。如果您就診於一個服務商或一個不在您的健康計劃網絡中的醫保機構，您可能會收到額外的費用或必須支付整個賬單。

“網絡外”是指沒有與您的健康計劃簽署合同的服務商和設施提供的服務。網絡外服務商可能會被允許向您收取您的計劃支付的費用與服務的全額費用之間的差額。這叫做“差額支付”，“這一金額可能超過了相同服務的網絡內成本，可能不會計入您的健康計劃免賠額或年度自付費用限額內。

“意外支付”是一種意想不到的額外賬單。當您無法控制誰參與您的護理時，例如當您有緊急情況，或者當您計劃訪問網絡內設施時，意外地由網絡外服務商進行了治療，就可能屬這種情況。意外的醫療賬單可能會有數千美元，這取決於手術或服務的內容。

下面情況下你可以不進行差額支付：

緊急服務

如果您有緊急醫療狀況，並從網絡外服務商或設施獲得緊急服務，他們最多可以向您收取您健康計劃網絡內的成本分攤金額（如共付、共保和免賠額）。您**不能**被收取差額費用。這個情況包括您在狀態穩定後可能獲得的服務，除非您書面同意放棄您的受保護權利，否則不能對您收取這些差額費用。

網絡內醫院或門診外科中心的某些服務

當您從網絡內醫院或門診手術中心獲得服務時，那裏的某些服務商可能是網絡外的資源。在這些情況下，這些服務商可以向您收取的最多是您的健康計劃網絡內的成本分攤金額。這適用於急診科、麻醉科、病理科、放射科、實驗室、新生兒科、助理外科醫生、住院醫生或重症監護人服務。這些服務商**不能**向您收取額外費用，也不能要求您放棄您的這項受保護的權利。

如果您在這些網絡內設施上獲得了其他類型的服務，則網絡外提供商**不能**向您收取額外費用，除非您書面同意放棄您的受保護權利。

您永遠不需要放棄拒絕差額支付的權利。您也不需要獲得網絡外的醫療護理。您可以在健康計劃的網絡中選擇服務商或設施。

根據馬薩諸塞州法律，以及您的保險計劃，您還可以獲得網絡外供應商在網絡內設施上的非緊急服務的額外保護。如果馬薩諸塞州法律的保護適用於您，您的服務商必須在安排服務時或應您的請求，披露他們的服務是否在您的健康計劃網絡內。如果其不在您的網絡中，服務商必須向您提供關於其收費的信息、您估計的自付成本（包括任何設施費用），並通知您可以通過網絡內服務商以較低的成本獲得服務。如果服務商沒有提前向您披露這些必要的信息，他們將不能向您收取差額費用。如果您參加了雇主自籌資金的健康保險計劃，馬薩諸塞州法律規定的這些保護將不適用於您。

當不容許差額支付時，您還有以下保護措施：

- 您只負責支付您的那部分費用（例如，如果供應商或設施在網絡中，您將支付共付、共保和免賠額）。您的健康計劃將直接向網絡外的供應商和設施支付任何額外費用。
- 一般來說，您的健康計劃必須：
 - 涵蓋緊急服務，而不要求您事先獲得服務批准（也稱為“事先授權”）。
 - 覆蓋網絡外服務商的緊急服務。
 - 您欠服務商或設施的費用（分擔費用）是以您支付給網絡內醫療服務商或設施費為基礎的，並在您的健康計劃福利解釋中顯示該數額。
 - 您為急診服務或網絡外服務支付的任何金額都將計入您的網絡內免賠額和自付費用限額。

如果您認為被開錯了賬單,您可以聯繫意外計費幫助服務台1-800-985-3059或馬薩諸塞州司法部長辦公室888-830-6277。

訪問<https://www.cms.gov/nosurprises>瞭解更多關於您在聯邦法律下的權利的信息。

Vos droits et protections contre les factures médicales surprises

Lorsque vous recevez des soins d'urgence ou que vous êtes traité par un prestataire hors réseau dans un hôpital ou un centre chirurgical ambulatoire du réseau, vous êtes protégé contre la facturation du solde. Dans ces cas, vous ne devriez pas avoir à payer plus que les copaiements, la coassurance et/ou la franchise de votre régime.

Qu'est-ce que la "facturation du solde" (parfois appelée "facturation surprise") ?

Lorsque vous consultez un médecin ou un autre prestataire de soins de santé, il se peut que vous deviez payer certains frais, comme une quote-part, une coassurance ou une franchise. Vous pouvez avoir des frais supplémentaires ou devoir payer la totalité de la facture si vous consultez un prestataire ou si vous vous rendez dans un établissement de santé qui ne fait pas partie du réseau de votre régime de santé.

Par "hors réseau", on entend les prestataires et les établissements qui n'ont pas signé de contrat avec votre régime de santé pour fournir des services. Les prestataires hors réseau peuvent être autorisés à vous facturer la différence entre ce que votre régime paie et le montant total facturé pour un service. C'est ce qu'on appelle la "**facturation du solde**". Ce montant est probablement plus élevé que les coûts du réseau pour le même service et peut ne pas être pris en compte dans la franchise ou la limite annuelle de dépenses de votre régime.

La "facturation surprise" est une facture de solde inattendue. Cela peut se produire lorsque vous ne pouvez pas contrôler qui est impliqué dans vos soins, par exemple lorsque vous avez une urgence ou lorsque vous avez prévu une visite dans un établissement du réseau mais que vous êtes traité par un prestataire hors réseau. Les factures médicales inattendues peuvent coûter des milliers de dollars selon la procédure ou le service.

Vous êtes protégé contre la facturation du solde pour :

Services d'urgence

Si vous avez un problème médical urgent et que vous obtenez des services d'urgence auprès d'un prestataire ou d'un établissement hors réseau, le maximum qu'il peut vous facturer est le montant de la participation aux coûts de votre régime (tels que les copaiements, la coassurance et les franchises). Ces services d'urgence **ne peuvent pas** faire l'objet d'une facturation du solde. Cela inclut les services que vous pouvez recevoir après avoir été stabilisé, sauf si vous donnez votre consentement écrit et renoncez à vos protections pour ne pas être facturé pour ces services de post-stabilisation.

Certains services dans un hôpital ou un centre chirurgical ambulatoire du réseau.

Lorsque vous recevez des services d'un hôpital ou d'un centre chirurgical ambulatoire couvert par le régime, certains prestataires peuvent être hors du régime. Dans ce cas, le montant maximum que ces prestataires peuvent vous facturer est le montant de la participation aux coûts de votre régime. Cela s'applique à la médecine d'urgence, à l'anesthésie,

les services de pathologie, de radiologie, de laboratoire, de néonatalogie, de chirurgien assistant, d'hospitalier ou d'intensiviste. Ces prestataires **ne peuvent pas** vous facturer un solde et **ne peuvent pas** vous demander de renoncer à votre protection contre la facturation d'un solde. Si vous recevez d'autres types de services dans ces établissements du réseau, les prestataires hors réseau **ne peuvent pas** vous facturer le solde, sauf si vous donnez votre accord par écrit et si vous renoncez aux protections.

vous facturer le solde, sauf si vous donnez votre accord par écrit et renoncez à vos protections.

Vous n'êtes jamais obligé de renoncer à vos protections contre la facturation du solde. Vous n'êtes pas non plus obligé de recevoir des soins en dehors du réseau. Vous pouvez choisir un fournisseur ou un établissement dans le réseau de votre régime.

Des protections supplémentaires liées aux services non urgents fournis par un prestataire hors réseau dans un établissement du réseau peuvent également vous être accordées par la loi du Massachusetts en fonction de votre régime d'assurance. Si les protections prévues par la loi du Massachusetts s'appliquent à vous, vos prestataires doivent vous indiquer s'ils font partie ou non du réseau de votre régime lors de la programmation d'un service ou à votre demande. Si un prestataire ne fait pas partie du réseau de votre régime, il doit vous fournir des informations sur ses tarifs, sur l'estimation de vos frais, y compris les frais d'établissement, et vous informer que vous pouvez obtenir les services à un coût moindre auprès d'un prestataire du réseau. Si un prestataire ne vous communique pas ces informations à l'avance, il ne peut pas vous facturer le solde. Ces protections prévues par la loi du Massachusetts ne s'appliquent pas à vous si vous êtes inscrit à un plan d'assurance maladie autofinancé par votre employeur.

Lorsque la facturation du solde n'est pas autorisée, vous bénéficiez également de ces protections :

- Vous n'êtes tenu de payer que votre part des coûts (comme les quotes-parts, la coassurance et la franchise que vous auriez payées si le prestataire ou l'établissement faisait partie du réseau). Votre régime d'assurance maladie paiera directement les coûts supplémentaires aux prestataires et établissements hors réseau.
- En général, votre régime de santé doit :
 - Couvrir les services d'urgence sans exiger que vous obteniez une autorisation préalable pour ces services (également appelée "autorisation préalable").
 - Couvrir les services d'urgence fournis par des prestataires hors réseau.
 - Baser ce que vous devez au prestataire ou à l'établissement (participation aux coûts) sur ce qu'il paierait à un prestataire ou à un établissement du réseau et indiquer ce montant dans votre explication des prestations.
 - Déduisez tout montant payé pour des services d'urgence ou des services hors réseau de votre franchise et de votre limite de dépenses.

Si vous pensez avoir été facturé à tort, vous pouvez contacter le Service d'Assistance de No Surprises au 1-800-985-3059 ou le Bureau du Procureur Général du Massachusetts au 888-830-6277.

Consultez le site <https://www.cms.gov/nosurprises> pour plus d'informations sur vos droits en vertu de la loi fédérale.

Τα Δικαιώματα και οι Προστασίες σας Ενάντια σε Ξαφνικούς Ιατρικούς Λογαριασμούς

Όταν λαμβάνετε επείγουσα περίθαλψη ή θεραπεία από κάποιον πάροχο εκτός δικτύου σε νοσοκομείο εντός δικτύου ή περιπατητικό χειρουργικό κέντρο, προστατεύεστε από την τιμολόγηση υπολοίπου. Σε αυτές τις περιπτώσεις, δε θα πρέπει να χρεώνεστε περισσότερο από τις συμπληρωμές του σχεδίου σας, τη συνασφάλιση και/ή την έκπτωση.

Τι είναι η “τιμολόγηση υπολοίπου” (μερικές φορές γνωστή και ως “χρέωση έκπληξη”):

Όταν επισκέπτεστε έναν γιατρό ή άλλο πάροχο υγειονομικής περίθαλψης, μπορεί να οφείλετε ορισμένα έξοδα από την τσέπη σας, όπως μια συμπληρωμή, συνασφάλιση ή έκπτωση. Ενδέχεται να έχετε επιπλέον κόστη ή να χρειάζεται να πληρώσετε ολόκληρο τον λογαριασμό εάν δείτε έναν πάροχο ή επισκεφθείτε μια μονάδα υγειονομικής περίθαλψης που δεν ανήκει στο δίκτυο του προγράμματος υγείας σας.

“Εκτός δικτύου” σημαίνει πάροχοι και εγκαταστάσεις που δεν έχουν υπογράψει κάποια σύμβαση με το πρόγραμμα υγείας σας για την παροχή υπηρεσιών. Πάροχοι εκτός δικτύου ενδέχεται να επιτρέπεται να σας χρεώσουν τη διαφορά μεταξύ του ποσού που πληρώνει το πρόγραμμά σας και του πλήρους ποσού που χρεώνεται για μια υπηρεσία. Αυτό ονομάζεται “**τιμολόγηση υπολοίπου.**” Αυτό το ποσό είναι πιθανότατα περισσότερο από τα κόστη εντός δικτύου για την ίδια υπηρεσία και ενδέχεται να μην υπολογίζεται στο εκπεστέο όριο ή στο ετήσιο όριο του προγράμματός σας.

Η “χρέωση έκπληξη” είναι ένας απροσδόκητος λογαριασμός υπολοίπου. Αυτό μπορεί να συμβεί όταν δεν μπορείτε να ελέγξετε ποιος εμπλέκεται στη φροντίδα σας—όπως όταν αντιμετωπίζετε μια έκτακτη ανάγκη ή όταν προγραμματίζετε μια επίσκεψη σε μια εγκατάσταση εντός δικτύου, αλλά σας φροντίζει απροσδόκητα ένας πάροχος εκτός δικτύου. Οι ιατρικοί λογαριασμοί έκπληξη μπορεί να κοστίσουν χιλιάδες δολάρια ανάλογα με τη διαδικασία ή την υπηρεσία.

Προστατεύεστε από την τιμολόγηση υπολοίπου για:

Υπηρεσίες έκτακτης ανάγκης

Εάν πάσχετε από μια ιατρική κατάσταση έκτακτης ανάγκης και λάβετε υπηρεσίες έκτακτης ανάγκης από έναν πάροχο ή εγκατάσταση εκτός δικτύου, το μέγιστο που μπορούν να σας χρεώσουν είναι το ποσό επιμερισμού κόστους του προγράμματός σας εντός δικτύου (όπως συμπληρωμές, συνασφάλιση και εκπτώσεις). **Δεν μπορείτε να χρεωθείτε το υπόλοιπο για αυτές τις υπηρεσίες έκτακτης ανάγκης.** Αυτό περιλαμβάνει υπηρεσίες που ενδέχεται να λάβετε αφού είστε σε σταθερή κατάσταση, εκτός εάν δώσετε γραπτή συγκατάθεση και εγκαταλείψετε τις προστασίες σας ώστε να μην χρεωθείτε για αυτές τις υπηρεσίες μετά τη σταθεροποίηση.

Ορισμένες υπηρεσίες σε ένα νοσοκομείο εντός δικτύου ή περιπατητικό χειρουργικό κέντρο

Όταν λαμβάνετε υπηρεσίες από ένα νοσοκομείο εντός δικτύου ή περιπατητικό χειρουργικό

κέντρο, ορισμένοι πάροχοι εκεί ενδέχεται να είναι εκτός δικτύου. Σε αυτές τις περιπτώσεις, το μέγιστο που μπορούν να σας χρεώσουν αυτοί οι πάροχοι είναι το ποσό επιμερισμού κόστους του προγράμματός σας εντός δικτύου. Αυτό ισχύει για επείγουσα ιατρική, αναισθησία, παθολογία, ακτινολογία, εργαστήριο, νεογνολογία, βοηθό χειρουργού, νοσηλευτή ή εντατικές υπηρεσίες. Αυτοί οι πάροχοι **δεν μπορούν** να σας χρεώσουν υπόλοιπο and και **δεν επιτρέπεται** να σας ζητήσουν να εγκαταλείψετε τις προσασίες σας για να μην χρεωθείτε υπόλοιπο.

Εάν λάβετε άλλους τύπους υπηρεσιών σε αυτές τις εγκαταστάσεις εντός δικτύου, οι πάροχοι εκτός δικτύου **δεν μπορούν** να σας χρεώσουν υπόλοιπο, εκτός αν δώσετε γραπτή συγκατάθεση και εγκαταλείψετε τις προσασίες σας.

Δεν απαιτείται ποτέ να εγκαταλείψετε τις προσασίες σας από την τιμολόγηση υπολοίπου. Επίσης, δεν απαιτείται να λάβετε φροντίδα εκτός δικτύου. Μπορείτε να επιλέξετε έναν πάροχο ή μία εγκατάσταση στο δίκτυο του προγράμματός σας.

Πρόσθετες προσασίες που σχετίζονται με υπηρεσίες μη έκτακτης ανάγκης που παρέχονται από έναν πάροχο εκτός δικτύου σε μία εγκατάσταση εκτός δικτύου, ενδέχεται επίσης να είναι διαθέσιμες σε εσάς σύμφωνα με τη νομοθεσία της Μασαχουσέτης, ανάλογα με το ασφαλιστικό σας πρόγραμμα. Εάν ισχύουν για εσάς οι ασφάλειες βάσει της νομοθεσίας της Μασαχουσέτης, οι πάροχοί σας πρέπει να αποκαλύψουν εάν ανήκουν ή όχι, στο δίκτυο του προγράμματός σας, κατά τον προγραμματισμό μίας υπηρεσίας ή κατόπιν αιτήματός σας. Εάν ένας πάροχος δεν ανήκει στο δίκτυο του προγράμματός σας, ο πάροχος πρέπει να σας παρέχει πληροφορίες σχετικά με τις χρεώσεις του, το εκτιμώμενο κόστος από την τσέπη σας συμπεριλαμβανομένων τυχών τελών εγκατάστασης, και να σας ενημερώνει ότι ενδέχεται να μπορείτε να αποκτήσετε τις υπηρεσίες με χαμηλότερο κόστος μέσω ενός παρόχου εντός δικτύου. Εάν ένας πάροχος δεν σας κάνει αυτές τις απαιτούμενες αποκαλύψεις εκ των προτέρων, ο πάροχος δεν μπορεί να σας χρεώσει υπόλοιπο. Αυτές οι προσασίες σύμφωνα με τη νομοθεσία της Μασαχουσέτης δεν σας καλύπτουν εάν είστε εγγεγραμμένος σε πρόγραμμα ασφάλισης υγείας με αυτοχρηματοδότηση από τον εργοδότη.

Όταν δεν επιτρέπεται η τιμολόγηση υπολοίπου, έχετε επίσης αυτές τις προσασίες:

- Είστε υπεύθυνοι μόνο για την πληρωμή του μεριδίου σας στο κόστος (όπως οι συμπληρωμές, η συνασφάλιση και η έκπτωση που θα πληρώνατε εάν ο πάροχος ή η εγκατάσταση ήταν εντός δικτύου). Το πρόγραμμα υγείας σας θα πληρώσει απευθείας τυχόντα πρόσθετα κόστη σε παρόχους και εγκαταστάσεις εκτός δικτύου.
- Γενικά, το πρόγραμμα υγείας σας πρέπει:
 - Να καλύπτει τις υπηρεσίες έκτακτης ανάγκης χωρίς να απαιτείται να λάβετε έγκριση για υπηρεσίες εκ των προτέρων (επίσης γνωστή ως “προγενέστερη εξουσιοδότηση”).
 - Να καλύπτει υπηρεσίες έκτακτης ανάγκης από παρόχους εκτός δικτύου.

- Να βασίζει το ποσό που οφείλετε στον πάροχο ή την εγκατάσταση (καταμερισμός κόστους) στο ποσό που θα πλήρωνε σε έναν πάροχο ή μια εγκατάσταση εντός δικτύου και να δείχνει αυτό το ποσό στην εξήγηση των παροχών σας.
- Να υπολογίζει κάθε ποσό που πληρώνετε για υπηρεσίες έκτακτης ανάγκης ή υπηρεσίες εκτός δικτύου προς το εντός δικτύου εκπεστέο και από την τσέπη σας όριο.

Εάν πιστεύετε ότι έχετε χρεωθεί λανθασμένα, μπορείτε να επικοινωνήσετε με το Γραφείο Βοήθειας No Surprises στο 1-800-985-3059 ή με το Γραφείο του Γενικού Εισαγγελέα της Μασαχουσέτης στο 888-830-6277.

Επισκεφθείτε τη διεύθυνση <https://www.cms.gov/nosurprises> για περισσότερες πληροφορίες σχετικά με τα δικαιώματά σας βάσει της ομοσπονδιακής νομοθεσίας.

આશ્ચર્યજનક તબીબી બિલ સામે તમારા અધિકારો અને રક્ષણ

જ્યારે તમને કટોકટીની સંભાળ મળે છે અથવા નેટવર્કની બહારના આરોગ્યની સારસંભાળ સંબંધિત સેવા આપનાર દ્વારા ઇન-નેટવર્ક હોસ્પિટલ અથવા એમ્બ્યુલેટરી સર્જિકલ સેન્ટરમાં સારવાર કરવામાં આવે છે, ત્યારે તમે બેલેન્સ બિલિંગથી સુરક્ષિત છો. આ કિસ્સાઓમાં, તમારી પાસેથી તમારી યોજનાની સહ-યુકવણીઓ, સિક્કા વીમા અને/અથવા કપાતપાત્ર કરતાં વધુ શુલ્ક લેવામાં આવવો જોઈએ નહીં.

"બેલેન્સ બિલિંગ" શું છે (કેટલીકવાર "સરપ્રાઇઝ બિલિંગ" કહેવાય છે)?

જ્યારે તમે કોઈ ડોક્ટર અથવા અન્ય આરોગ્યની સારસંભાળ સંબંધિત સેવા આપનારને જુઓ છો, ત્યારે તમે અમુક પ્રિસ્સા બહારના ખર્ચાઓ, જેમ કે સહ-યુકવણી, સહ-વીમો અથવા કપાતપાત્ર તરીકે યુકવવા પડે છે. જો તમે કોઈ આરોગ્યની સારસંભાળ સંબંધિત સેવા આપનારને જોશો અથવા તમારા સ્વાસ્થ્ય યોજનાના નેટવર્કમાં ન હોય તેવી આરોગ્ય સંભાળ સંસ્થાની મુલાકાત લો છો તો તમારે વધારાના ખર્ચાઓ ભોગવવા પડે છે અથવા સમગ્ર બિલ ચૂકવવું પડે છે.

"આઉટ-ઓફ-નેટવર્ક" એટલે આરોગ્યની સારસંભાળ સંબંધિત સેવા આપનારઓ અને સંસ્થાઓ કે જેમણે સેવાઓ પ્રદાન કરવા માટે તમારા સ્વાસ્થ્ય યોજના સાથે કરાર પર હસ્તાક્ષર કર્યા નથી. તમારા પ્લાન અંતરગત થતી ચૂકવણી અને સેવા માટે વસૂલવામાં આવતી સંપૂર્ણ રકમ વચ્ચેના તફાવતની રકમ ને નેટવર્કની બહારના આરોગ્યની સારસંભાળ સંબંધિત સેવા આપનારને તમને બિલ તરીકે આપવાની મંજૂરી આપવામાં આવી શકે છે. આને **"બેલેન્સ બિલિંગ"** કહેવામાં આવે છે. આ રકમ એ જ સેવા માટેના ઇન-નેટવર્ક ખર્ચ કરતાં વધુ હોવાની સંભાવના છે અને તે તમારા પ્લાનની કપાતપાત્ર અથવા વાર્ષિક આઉટ-ઓફ-પોકેટ મર્યાદામાં ગણાશે નહીં.

"સરપ્રાઇઝ બિલિંગ" એ આકસ્મિક બેલેન્સ બિલ છે. જ્યારે તમે તમારી સંભાળમાં કોણ સામેલ છે તે નિયંત્રિત નથી કરી શકતા ત્યારે આવું થઈ શકે છે- જેમ કે જ્યારે તમારે કટોકટી હોય અથવા જ્યારે તમે તમારા ઇન-નેટવર્ક સંસ્થામાં મુલાકાત શેડ્યૂલ કરો છો પરંતુ આકસ્મિક રીતે નેટવર્કની બહારના આરોગ્યની સારસંભાળ સંબંધિત સેવા આપનાર દ્વારા સેવા આપવામાં આવે છે. આપવામાં આવતી પ્રક્રિયા અથવા સેવાના આધારે આશ્ચર્યજનક તબીબી બિલ હજારો ડોલરનો ખર્ચ કરી શકે છે.

તમે આ બેલેન્સ બિલિંગથી સુરક્ષિત છો:

કટોકટીની સેવાઓ

જો તમારે કટોકટીની તબીબી સ્થિતિ છે અને તમે નેટવર્કની બહારના આરોગ્યની સારસંભાળ સંબંધિત સેવા આપનાર અથવા સંસ્થા પાસેથી કટોકટીની સેવાઓ મેળવો છો, તો તેઓ વધુમાં વધુ તમારા પ્લાનની ઇન-નેટવર્ક ખર્ચ-શેરિંગ રકમ (જેમ કે સહ-યુકવણી, સહ-વીમો અને કપાતપાત્ર) તમને સૌથી વધુ બિલ આપી શકે છે. આ કટોકટીની સેવાઓ માટે તમને બેલેન્સ બિલ **આપી શકાતું નથી**. આમાં તમે સ્થિર સ્થિતિમાં હોવ તે પછી આપવામાં આવતી સેવાઓનો સમાવેશ થાય છે, સિવાય કે તમે આ પોસ્ટ-સ્ટેબિલાઇઝેશન સેવાઓ માટે બેલેન્સ બિલ ન આપવા માટે લેખિત સંમતિ આપો છો અને તમારી સુરક્ષા છોડી દો છો.

ઇન-નેટવર્ક હોસ્પિટલ અથવા એમ્બ્યુલેટરી સર્જિકલ સેન્ટરમાં અમુક સેવાઓ

જ્યારે તમે ઇન-નેટવર્ક હોસ્પિટલ અથવા એમ્બ્યુલેટરી સર્જિકલ સેન્ટરમાંથી સેવાઓ મેળવો છો, ત્યારે અમુક આરોગ્યની સારસંભાળ સંબંધિત સેવા આપનારઓ નેટવર્કની બહાર હોઈ શકે છે. આ કિસ્સાઓમાં, તે આરોગ્યની સારસંભાળ સંબંધિત સેવા આપનારઓ તમને સૌથી વધુ બિલ તમારા પ્લાનની ઇન-નેટવર્ક ખર્ચ-શેરિંગ રકમ જેટલું આપી શકે છે. આ કટોકટીની ઘવા, એનેસ્થેસિયા,

પેથોલોજી, રેડિયોલોજી, લેબોરેટરી, નિયોનેટોલોજી, આસિસ્ટન્ટ સર્જન, હોસ્પિટલિસ્ટ અથવા ઇન્ટેન્સિવિસ્ટ સેવાઓ ને લાગુ પડે છે. આ આરોગ્યની સારસંભાળ સંબંધિત સેવા આપનારઓ તમને **બેલેન્સ બિલને કરી શકતા નથી** અને તમને **બેલેન્સ બિલ ન કરવા માટે તમારી સુરક્ષા છોડી દેવા માટે કહી શકશે નહીં**.

જો તમે આ ઇન-નેટવર્ક સંસ્થાઓ પર અન્ય પ્રકારની સેવાઓ મેળવો છો, તો નેટવર્કની બહાર આરોગ્યની સારસંભાળ સંબંધિત સેવા આપનારઓ તમને **બેલેન્સ બિલ કરી શકતા નથી** સિવાય કે તમે લેખિતમાં સંમતિ આપો છો અને તમારી સુરક્ષાનો છોડી દો છો.

તમારે બેલેન્સ બિલિંગમાંથી તમારી સુરક્ષાને ક્યારેય છોડવાની જરૂર નથી. તમારે નેટવર્કની બહારની સંભાળ લેવાની પણ જરૂર નથી. તમે તમારા પ્લાનના નેટવર્કમાં આરોગ્યની સારસંભાળ સંબંધિત સેવા આપનાર અથવા સંસ્થા પસંદ કરી શકો છો.

તમારી વીમા યોજનાના આધારે મેસેચ્યુસેટ્સ કાયદા હેઠળ ઇન-નેટવર્ક સંસ્થા પર, નેટવર્કની બહારના આરોગ્યની સારસંભાળ સંબંધિત સેવા આપનાર સંસ્થા દ્વારા આપવામાં આવતી બિન-કટોકટી સેવાઓ સંબંધિત વધારાની સુરક્ષા પણ તમારા માટે ઉપલબ્ધ હોઈ શકે છે. જો મેસેચ્યુસેટ્સ કાયદા હેઠળની સુરક્ષા તમને લાગુ પડે છે, તો તમારા આરોગ્યની સારસંભાળ સંબંધિત સેવા આપનારે સેવા શેડ્યૂલ કરવા પર અથવા તમારી વિનંતી પર તે તમારા પ્લાનના નેટવર્કમાં છે કે નહીં તે જાહેર કરવું આવશ્યક છે. જો કોઈ આરોગ્યની સારસંભાળ સંબંધિત સેવા આપનાર તમારા પ્લાનના નેટવર્કમાં ન હોય, તો આરોગ્યની સારસંભાળ સંબંધિત સેવા આપનારે તમને તેના ખર્ચ, કોઈપણ સુવિધા ફી સહિત તમારા ખિસ્સામાંથી ચૂકવવા પડે તેવા અંદાજિત ખર્ચ વિશેની માહિતી પ્રદાન કરવી જોઈએ, અને તમને જાણ કરવી જોઈએ કે તમે આ સેવાઓ ઇન-નેટવર્ક આરોગ્યની સારસંભાળ સંબંધિત સેવા આપનાર દ્વારા ઓછી કિંમતે સેવાઓ મેળવી શકશો. જો કોઈ આરોગ્યની સારસંભાળ સંબંધિત સેવા આપનાર તમને અગાઉથી આ જરૂરી સ્પષ્ટતા ન કરે, તો આરોગ્યની સારસંભાળ સંબંધિત સેવા આપનાર તમારું બેલેન્સ બિલ કરી શકશે નહીં. જો તમારી નોંધણી એમ્પ્લોયર સ્વ-ભંડોળ સ્વાસ્થ્ય વીમા યોજના દ્વારા થયેલી છે તો મેસેચ્યુસેટ્સ કાયદા હેઠળની આ સુરક્ષા તમને લાગુ પડતી નથી.

જ્યારે બેલેન્સ બિલિંગની મંજૂરી ન હોય, ત્યારે તમારી પાસે આ સુરક્ષા પણ છે:

- તમે માત્ર તમારા હિસ્સાની કિંમત ચૂકવવા માટે જ જવાબદાર છો (જેમ કે સહ-ચૂકવણી, સહ-વીમો અથવા કપાતપાત્ર જે તમે તમારા ઇન-નેટવર્ક આરોગ્યની સારસંભાળ સંબંધિત સેવા આપનાર અથવા સંસ્થા હોય તેને ચૂકવશો). આઉટ-ઓફ-નેટવર્ક આરોગ્યની સારસંભાળ સંબંધિત સેવા આપનારને અને સંસ્થાઓ ને વધારાનો ખર્ચ સીધો તમારાં હેલ્થ પ્લાન દ્વારા ચૂકવવામાં આવશે.
- સામાન્ય રીતે, તમારી હેલ્થ પ્લાન આવશ્યક રીતે:
 - તમારે સેવાઓ માટે અગાઉથી મંજૂરી મેળવવાની જરૂર વગર કટોકટીની સેવાઓને આવરી લે છે (જેને "પૂર્વ અધિકૃતતા" તરીકે પણ ઓળખવામાં આવે છે).
 - નેટવર્કની બહારના આરોગ્યની સારસંભાળ સંબંધિત સેવા આપનારઓ દ્વારા અપાતી કટોકટીની સેવાઓને આવરી લે છે.
 - તમે આરોગ્યની સારસંભાળ સંબંધિત સેવા આપનાર અથવા સંસ્થા પર (ખર્ચ-શેરિંગ)નું શું લેણું ધરાવો છો અને તેના આધારે તે ઇન-નેટવર્ક આરોગ્યની સારસંભાળ સંબંધિત સેવા આપનાર અથવા સંસ્થા ને જેટલી રકમની ચૂકવણી કરશે તે રકમ તમારા લાભોના સ્પષ્ટીકરણમાં દર્શાવશે.
 - કટોકટીની સેવાઓ અથવા નેટવર્કની બહારની સેવાઓ માટે તમે ચૂકવેલ કોઈપણ રકમને તમારી ઇન-નેટવર્ક કપાતપાત્ર અને ખિસ્સામાંથી બહારની મર્યાદામાં ગણો.

જો તમને લાગે કે તમને ખોટી રીતે બિલ આપવામાં આવ્યું છે, તો તમે સરપ્રાઇઝ હેલ્થ ડેસ્કના નંબર 1-800-985-3059 પર અથવા 888-830-6277 પર મેસેચ્યુસેટ્સ એટર્ની જનરલ ઓફિસનો સંપર્ક કરી શકો છો.

ફેડરલ કાયદા હેઠળ તમારા અધિકારો વિશે વધુ માહિતી માટે <https://www.cms.gov/nosurprises> ની મુલાકાત લો.

Dwa W ak Pwoteksyon W Kont Bòdwo Medikal Sipriz

Lè w resevwa swen ijans oswa lè yon founisè andeyò rezo a ki nan yon lopital ki nan rezo a oswa yon sant chirijikal anbilatwa ap trete w, ou pwoteje kont bodwò balans. Nan ka sa yo, yo pa ta dwe fè w peye plis pase kopèman, ko-asirans ak/oswa dediksyon plan w lan.

Ki sa ki "bodwò balans" (pafwa yo rele li "bodwò sipriz")?

Lè ou wè yon doktè oswa yon lòt founisè swen sante, ou ka dwe peye kèk frè k ap soti nan pòch ou, tankou yon kopèman, ko-asirans, oswa yon dediksyon. Ou ka gen lòt frè oswa ou ka dwe peye tout bòdwo a si w wè yon founisè oswa vizite yon sant sante ki pa nan rezo plan sante w la.

“Andeyò rezo” vle di founisè ak sant ki pa te siyen yon kontra ak plan sante w la pou bay sèvis yo. Founisè ki andeyò rezo a ka gen dwa voye bòdwo ba ou pou diferans ki genyen ant sa plan w lan peye a ak tout kantite lajan w peye pou yon sèvis. Yo rele sa **"bodwò balans."** Montan sa a gen anpil chans pou l plis pase frè rezo a pou menm sèvis la epi li ka pa konte nan dediksyon an oswa limit anyèl depans plan w lan.

"Bodwò sipriz" se yon bòdwo balans inatandi. Sa ka rive lè w pa kapab kontwòle ki moun ki enplike nan swen w—tankou lè w gen yon ijans oswa lè w planifye yon vizit nan yon sant ki nan rezo a men se yon founisè ki pa nan rezo a ki trete w san zatann. Bòdwo medikal sipriz ta ka koute dè milye de dola depandan de pwosedi a oswa sèvis la.

Ou pwoteje kont bodwò balans pou:

Sèvis ijans yo

Si w gen yon pwoblèm medikal ijans epi ou resevwa sèvis ijans nan men yon founisè oswa yon sant ki pa nan rezo a, pi plis yo ka faktire w se kantite frè ki pataje nan rezo plan w lan (tankou kopèman, koasirans, ak dediksyon). Yo **pa ka** faktire w balans pou sèvis ijans sa yo. Sa gen ladann sèvis ou ka jwenn apre ou nan yon kondisyon ki estab, sof si ou bay konsantman alekri epi abandone pwoteksyon ou yo pou yo pa faktire w balans pou sèvis apre estabilizasyon.

Sèten sèvis nan yon lopital ki nan rezo a oswa yon sant chirijikal anbilatwa

Lè w jwenn sèvis nan yon lopital ki nan rezo a oswa yon sant chirijikal anbilatwa, kèk founisè ka andeyò rezo a. Nan ka sa yo, pi plis founisè sa yo ka faktire w se kantite lajan ki pataje nan rezo plan w lan. Sa a aplike nan medikaman ijans, anestezi, patoloji, radyoloji, laboratwa, neonatoloji, asistan chirijyen, ospitalye, oswa sèvis entansif. Founisè sa yo **pa ka** faktire w balans epi yo **pa ka** mande w pou w abandone pwoteksyon w yo pou yo pa faktire w balans.

Si w jwenn lòt kalite sèvis nan sant ki nan rezo sa yo, founisè ki pa nan rezo a **pa kapab** faktire w balans, sof si ou bay konsantman w alekri epi abandone pwoteksyon ou yo.

Ou pa janm oblije abandone pwoteksyon ou yo kont bòdwo balans. Ou pa oblije resevwa swen andeyò rezo a tou. Ou ka chwazi yon founisè oswa yon

sant nan rezo plan w la.

Pwoteksyon adisyonèl ki gen rapò ak sèvis ki pa ijan ke yon founisè andeyò rezo a nan yon sant ki nan rezo a bay kapab disponib tou dapre lalwa Massachusetts, selon plan asirans ou an. Si pwoteksyon anba lwa Massachusetts aplike pou ou, founisè w yo dwe di si yo nan rezo plan w lan oswa si yo pa nan rezo plan w lan lè w pwograme yon sèvis oswa lè w fè yon demann. Si yon founisè pa nan rezo plan w lan, founisè a dwe ba w enfòmasyon sou frè li yo, estimasyon frè w yo ki gen ladann nenpòt frè sant lan, epi fè w konnen ke ou ka jwenn sèvis yo a yon pi ba pri atravè yon founisè nan rezo a. Si yon founisè pa ba w enfòmasyon sa yo alavans, founisè a pa ka faktire w balans. Pwoteksyon sa yo anba lwa Massachusetts pa aplike pou ou si w enskri nan yon plan asirans sante otonan pa anplwayè a.

Lè yo pa pèmèt bòdwo balans, ou gen pwoteksyon sa yo tou:

- Ou responsab sèlman pou peye pati pa w la nan frè a (tankou kopeman, ko-asirans, ak dediksyon ou ta peye si founisè a oswa sant lan te nan rezo a). Plan sante w la pral peye founisè ak sant ki pa nan rezo a nenpòt lòt frè anplis dirèkteman.

- Anjeneral, plan sante w la dwe:
 - Kouvri sèvis ijans san yo pa mande w jwenn apwobasyon pou sèvis davans (yo rele l tou “otorizasyon davans”).
 - Kouvri sèvis ijans ke founisè andeyò rezo a bay.
 - Baze sa ou dwe founisè a oswa sant lan (pataje frè) sou sa li ta peye yon founisè oswa sant ki nan rezo a epi montre kantite lajan sa a nan eksplikasyon ou sou benefis yo.
 - Konte nenpòt montan ou peye pou sèvis ijans oswa sèvis andeyò rezo a nan dediksyon ou nan rezo a ak nan limit depans ou.

Si w panse yo te faktire w mal, ou ka kontakte Biwo Èd No Surprises nan 1-800-985-3059 oswa Biwo Pwokirè Jeneral Massachusetts la nan 888-830-6277.

Vizite <https://www.cms.gov/nosurprises> pou jwenn plis enfòmasyon sou dwa w dapre lalwa federal.

आश्चर्यजनक चिकित्सा बिलों के खिलाफ आपके अधिकार और सुरक्षा

जब आप आपातकालीन देखभाल प्राप्त करते हैं या किसी नेटवर्क से बाहर के प्रदाता द्वारा नेटवर्क के अंदर अस्पताल या मरीज-वाहन शल्य चिकित्सा केंद्र में इलाज किया जाता है, तो आप बकाया बिलिंग से सुरक्षित होते हैं। इन मामलों में, आपसे आपकी योजना की सह-भुगतान, सहबीमा और/या कटौती योग्य राशि से ज्यादा शुल्क नहीं लिया जाना चाहिए।

"बकाया बिलिंग" (कभी-कभी "आश्चर्यजनक बिलिंग" भी कहा जाता है) क्या है?

जब आप एक डॉक्टर या अन्य स्वास्थ्य सेवा प्रबन्धक को देखते हैं, तो आपको कुछ जेब से बाहर की लागते देनी पड़ सकती हैं, जैसे कि एक सहभुगतान, सहबीमा, या काटे जाने वाली योग्य वस्तुओं की राशि। अगर आप किसी ऐसे प्रबन्धक को दिखाते हैं या ऐसी स्वास्थ्य सेवा सुविधा पर जाते हैं जो आपकी स्वास्थ्य योजना के नेटवर्क में नहीं है, तो आपको अतिरिक्त लागतें आ सकती हैं या आपको पूरे बिल का भुगतान करना पड़ सकता है।

"नेटवर्क-से-बाहर" का मतलब उन प्रबन्धकों और सुविधाओं से है, जिन्होंने सेवाएं देने के लिए आपकी स्वास्थ्य योजना के साथ समझौते पर हस्ताक्षर नहीं किए हैं। नेटवर्क-से-बाहर प्रबन्धकों को आपकी योजना द्वारा किये जाने वाले भुगतान और किसी सेवा की लागत के बीच के अंतर का बकाया बिल आपको देने की आज्ञा दी जा सकती है। इसे "बकाया बिलिंग" कहा जाता है। यह राशि समान सेवा के लिए इन-नेटवर्क लागतों से ज्यादा होने की संभावना है और हो सकता है कि आपकी योजना की कटौती योग्य या वार्षिक जेब-से-बाहर सीमा में गिनती ना की जाएं।

"आश्चर्यजनक बिलिंग" एक अनपेक्षित बकाया बिल है। यह तब हो सकता है जब आप नियंत्रित नहीं कर सकते कि आपकी देखभाल में कौन शामिल है—जैसे कि जब आपके पास कोई आपात स्थिति हो या जब आप किसी इन-नेटवर्क सुविधा में निरीक्षण करवाने के लिए शेड्यूल करते हैं, लेकिन अनपेक्षित रूप से एक नेटवर्क-से-बाहर प्रदाता द्वारा इलाज किया जाता है। प्रक्रिया या सेवा के आधार पर आश्चर्यजनक चिकित्सा बिलों में हजारों डॉलर खर्च हो सकते हैं।

आप इनके लिए बकाया बिलिंग से सुरक्षित हैं:

आपातकालीन सेवाएं

अगर आपकी कोई आपातकालीन चिकित्सा परिस्थिति है और आप किसी नेटवर्क-से-बाहर प्रदाता या सुविधा से आपातकालीन सेवाएं लेते हैं, आपकी योजना की नेटवर्क के तहत सांझी-लागत राशि (जैसे सहभुगतान, सहबीमा, और कटौती) के बराबर और वे आपको बिल कर सकते हैं। इन आपातकालीन सेवाओं के लिए आपसे बकाया राशि का बिल नहीं लिया जा सकता है। इसमें वे सेवाएं शामिल हैं जो आपको स्थिर स्थिति में होने के बाद मिल सकती हैं, जब तक कि आप लिखित सहमति नहीं देते और स्थिरीकरण के बाद की इन सेवाओं के लिए बकाया बिल नहीं देने के लिए अपनी सुरक्षा को छोड़ देते हैं।

नेटवर्क के अंदर के अस्पताल या मरीजवाहन सर्जिकल केंद्र में कुछ सेवाएं

जब आप किसी नेटवर्क के अंदर वाले अस्पताल या मरीजवाहन सर्जिकल केंद्र से सेवाएं प्राप्त करते हैं, तो कुछ प्रदाता नेटवर्क से बाहर हो सकते हैं। इन मामलों में, वे प्रदाता जो आपको आपकी योजना की नेटवर्क के अंदर की लागत-साझाकरण राशि का बिल दे सकते हैं। यह आपातकालीन दवाओं, एनेस्थीसिया, पैथोलॉजी, रेडियोलॉजी,

प्रयोगशाला, नियोनेटोलॉजी, सहायक सर्जन, आतिथ्यकर्मी, या इंटेसिविस्ट सेवाओं पर लागू होता है।ये प्रदाता आपको बकाया बैलेंस नहीं कर सकते हैं और आपको बकाया बिल ना करने के लिए अपने बचाव को छोड़ने के लिए नहीं कह सकते हैं। अगर आप नेटवर्क के अंदर की सुविधाओं पर अन्य प्रकार की सेवाएं प्राप्त करते हैं, तो नेटवर्क-से-बाहर प्रदाता आपको बकाया बिल नहीं कर सकते है जब तक आप लिखित सहमति नहीं देते और अपनी सुरक्षा को नहीं छोड़ देते है।

आपको बकाया बिलिंग से अपनी सुरक्षा को कभी भी छोड़ने की जरूरत नहीं है। आपको नेटवर्क-से-बाहर देखभाल लेने की भी जरूरत नहीं है। आप अपने प्लान के नेटवर्क में एक प्रदाता या सुविधा चुन सकते हैं।

आपकी बीमा योजना के आधार पर मैसाचुसेट्स कानून के अंतर्गत एक नेटवर्क-से-बाहर प्रदाता द्वारा दी जाने वाली गैर-आपातकालीन सेवाओं से संबंधित अतिरिक्त सुरक्षा भी आपके लिए उपलब्ध हो सकती है। अगर मैसाचुसेट्स कानून के तहत सुरक्षा आप पर लागू होती है, तो सेवा को नियत करने पर या आपके अनुरोध पर आपके प्रदाताओं को यह बताना होगा कि यह आपकी योजना के नेटवर्क में है या नहीं है। अगर कोई प्रदाता आपकी योजना के नेटवर्क में नहीं है, तो प्रदाता को आपको इसके शुल्कों, किसी भी सुविधा शुल्क सहित आपकी जेब से लगने वाले अनुमानित लागतों के बारे में जानकारी देनी चाहिए, और आपको सूचित करना चाहिए कि आप एक नेटवर्क वाले प्रदाता के माध्यम से कम लागत पर यह सेवाएं प्राप्त करने में सक्षम हो सकते हैं। अगर कोई प्रदाता आपको ये जरूरी खुलासे पहले से नहीं करता है, तो प्रदाता आपको बकाया बिल नहीं कर सकता है। मैसाचुसेट्स कानून के तहत ये सुरक्षा आप पर लागू नहीं होती है अगर आप एक मालिक द्वारा स्व-वित्त पोषित स्वास्थ्य बीमा योजना में नामांकित हैं।

जब बकाया बिलिंग की अनुमति नहीं है, तो आपके पास ये बचाव भी हैं:

- आप केवल लागत के अपने हिस्से का भुगतान करने के लिए जिम्मेदार हैं (जैसे कि सहभुगतान, सहबीमा, और कटौती योग्य जो आप भुगतान करेंगे अगर प्रदाता या सुविधा नेटवर्क के अंदर में थी)। आपकी स्वास्थ्य योजना नेटवर्क से बाहर के प्रदाताओं और सुविधाओं को सीधे किसी भी अतिरिक्त लागत का भुगतान करेगी।
- आम तौर पर, आपकी स्वास्थ्य योजना में यह होना चाहिए:
 - पहले से स्वीकृति लेने के बिना आपातकालीन सेवाओं को कवर करें और आपको सेवा दे (जिसे "पूर्व अधिकार-पत्र" भी कहा जाता है)।
 - नेटवर्क-से-बाहर के प्रदाताओं द्वारा आपातकालीन सेवाओं को कवर करें।
 - प्रदाता या सुविधा (लागत-साझाकरण) के आधार पर आप नेटवर्क प्रदाता या सुविधा को कितना भुगतान करेंगे और उस राशि को आपके फायदों के व्याख्या में दिखाएं।
 - आपके नेटवर्क के अंदर कटौती योग्य और जेब-से-बाहर सीमा के लिए, आपातकालीन सेवाओं या नेटवर्क-से-बाहर सेवाओं के लिए आपके द्वारा भुगतान की जाने वाली किसी भी राशि की गणना करें।

अगर आपको लगता है कि आपको गलत तरीके से बिल किया गया है, आप 1-800-985-3059 नंबर पर नो आश्चर्यजनक सहायता केंद्र या 888-830-6277 पर मैसाचुसेट्स अटॉर्नी जनरल के कार्यालय से संपर्क कर सकते हैं।

फ़ेडरल कानून के तहत अपने अधिकारों के बारे में ज्यादा जानकारी के लिए <https://www.cms.gov/nosurprises> पर जाएं

I Suo diritti e tutele contro le fatture mediche inaspettate

Quando si ricevono cure d'emergenza o si viene curati da un fornitore out-of-network in un ospedale o centro chirurgico ambulatoriale in-network, si è protetti contro la fatturazione a saldo. In questi casi, non si dovrebbero ricevere addebiti superiori rispetto a quanto previsto dal piano di

Cos'è la "fatturazione a saldo" (a volte chiamata "fatturazione a sorpresa")?

Quando si reca da un dottore o da un altro fornitore di assistenza sanitaria, lei potrebbe dover sostenere determinati costi di tasca propria, come una partecipazione alle spese, una co-assicurazione o una franchigia. Potrebbe dover sostenere dei costi aggiuntivi o dover pagare l'intero importo se si reca da un fornitore o presso una struttura sanitaria che non è nel network del Suo piano sanitario.

"Out-of-network" significa fornitori e strutture che non hanno firmato un contratto per fornire servizi con il Suo piano sanitario. I fornitori out-of-network possono essere autorizzati a fatturare la differenza tra ciò che il Suo piano copre e l'intero importo addebitato per un servizio. Questo viene chiamato "**fatturazione a saldo**". Questo importo è probabilmente superiore ai costi in-network per lo stesso servizio e potrebbe non essere conteggiato nella franchigia del Suo piano o nel limite annuale di spese vive.

La "fatturazione a sorpresa" è una fattura a saldo inaspettata. Questo può accadere quando non Lei non può controllare chi è coinvolto nella tua cura, come quando ha un'emergenza o quando programma una visita presso una struttura in-network ma viene inaspettatamente curato da un fornitore out-of-network. Le fatture mediche a sorpresa potrebbero costare migliaia di dollari a seconda della procedura o del servizio.

Lei è tutelato/a dalla fatturazione a saldo per:

Servizi di emergenza

Se presenta una condizione medica di emergenza e riceve servizi di emergenza da un fornitore o da una struttura out-of-network, il massimo che possono fatturarLe è l'importo di condivisione dei costi del Suo piano (come partecipazione alle spese, co-assicurazione e franchigie). **Non può** ricevere fatture a saldo per questi servizi di emergenza. Ciò comprende i servizi che può ottenere dopo che si trova in condizioni stabili, a meno che Lei non fornisca un consenso scritto e rinunci alle Sue tutele per non essere fatturato a saldo per tali servizi post-stabilizzazione.

Alcuni servizi presso un ospedale o un centro chirurgico ambulatoriale in-network

Quando riceve servizi da un ospedale o da un centro chirurgico ambulatoriale in-network, alcuni fornitori potrebbero essere out-of-network. In tali casi, il massimo che questi fornitori possono fatturarLe è l'importo di condivisione dei costi del Suo piano in-network. Questo vale per la medicina d'urgenza, l'anestesia,

patologia, radiologia, laboratorio, neonatologia, assistente chirurgo, medicina ospedaliera o intensivista. Questi fornitori **non** possono fatturare a saldo e **non** possono chiederLe di rinunciare alle Sue tutele contro le fatture a saldo.

Se ottiene altri tipi di servizi in queste strutture in-network, i fornitori out-of-network **non possono** Emettere fattura a saldo nei Suoi confronti, a meno che Lei fornisca il Suo consenso scritto e rinunci alle Sue tutele.

Non è mai obbligato/a a rinunciare alle Sue protezioni contro la fatturazione a saldo. Inoltre, non è obbligato/a a ricevere cure out-of-network. Può scegliere un fornitore o una struttura in-network del Suo piano.

Ulteriori tutele relative ai servizi non di emergenza forniti da un fornitore out-of-network in una struttura in-network possono anche essere disponibili per Lei secondo la legge del Massachusetts, a seconda del Suo piano assicurativo. Se le protezioni della legge del Massachusetts si applicano a Lei, i Suoi fornitori devono informarLa se sono o meno in-network del Suo piano, al momento di programmare un servizio o su Sua richiesta. Se un fornitore non fa parte del network del Suo piano, il fornitore deve fornirLe informazioni circa le sue tariffe, sui costi stimati che Lei dovrà sostenere di tasca Sua, incluse eventuali spese della struttura, e informarLa della sua possibilità di ottenere i servizi a un costo inferiore per mezzo di un fornitore in-network. Se un fornitore non Le fornisce queste informazioni richieste in anticipo, il fornitore non può fatturare a saldo. Queste protezioni secondo la legge del Massachusetts non si applicano a Lei, se Lei è iscritto/a a un piano di assicurazione sanitaria autofinanziato dal datore di lavoro.

Quando la fatturazione a saldo non è permessa, Lei dispone anche di tali tutele:

- Lei è solo responsabile del pagamento della sua parte di costo (come le partecipazioni alle spese, la coassicurazione e la franchigia che pagherebbe se il fornitore o la struttura fosse in-network). Il Suo piano sanitario sosterrà direttamente qualsiasi costo aggiuntivo ai fornitori e alle strutture out-of-network.
- In generale, il Suo piano sanitario deve:
 - Coprire i servizi di emergenza senza richiedere l'approvazione dei servizi in anticipo (nota anche come "autorizzazione preventiva").
 - Coprire i servizi di emergenza da parte di fornitori out-of-network.
 - Basare quanto si è tenuti a corrispondere al fornitore o alla struttura (condivisione dei costi) su quanto pagherebbe a un fornitore o una struttura in-network e mostrare tale importo nella Sua descrizione dei benefici.
 - Tenere conto di qualsiasi importo pagato per i servizi di emergenza o per i servizi out-of-network nella franchigia in-network e nel limite di spese vive.

Se pensa di aver ricevuto una fattura impropriamente, contatti L'Help Desk No Surprises al 1-800-985-3059 o l'Ufficio del Procuratore Generale del Massachusetts al 888-830-6277.

Visiti <https://www.cms.gov/nosurprises> per maggiori informazioni sui tuoi diritti ai sensi della legge federale.

救急医療を受けたり、ネットワーク内の病院や外来手術センターでネットワーク外のプロバイダーによって治療を受けたりすると、残高請求から保護されます。このような場合、プランの自己負担、共同保険、および/または控除額を超えて請求されるべき

驚きの医療費に対する本人の権利と保護

バランス請求 (サプライズ請求と呼ばれることもあります) とは何ですか？

医師や他の医療提供者に診てもらおうと、自己負担、共同保険、控除額など、特定の自己負担費用が発生する場合があります。医療提供者に会ったり、健康保険のネットワークにない医療施設を訪れたりした場合は、追加費用がかかるか、全額を支払う必要があります。

ネットワーク外とは、支援を提供するためにあなたの健康保険と契約を結んでいないプロバイダーと施設を意味します。ネットワーク外のプロバイダーは、プランが支払う金額と支援に対して請求される全額との差額を請求することが許可される場合があります。これは「残高請求」と呼ばれます。この金額は、同じ支援のネットワーク内コストを超える可能性があり、プランの控除可能または年間の自己負担限度額にカウントされない場合があります。

サプライズ請求は予想外の残高請求です。これは、緊急事態が発生した場合や、ネットワーク内の施設への訪問をスケジュールしたが、ネットワーク外のプロバイダーによって予期せず治療された場合など、ケアに関与する人を制御できない場合に発生する可能性があります。驚きの医療費は、手続きや支援によっては数千ドルかかる可能性があります。

残高請求から保護されます:

緊急事態

緊急の病状があり、ネットワーク外のプロバイダーまたは施設から緊急支援を受けた場合、彼らが請求できるのは、プランのネットワーク内の費用分担額 (自己負担、共同保険、控除額など) です。これらの緊急支援に対して残高請求を行うことはできません。これには、書面による同意を与え、これらの安定化後の支援に対してバランスの取れた請求が行われなように保護を放棄しない限り、安定した状態になった後に得られる可能性のあるメリットが含まれます。

ネットワーク内の病院または外来手術センターでの特定の支援

ネットワーク内の病院または外来手術センターから支援を受ける場合、特定のプロバイダーがネットワーク外にある可能性があります。このような場合、これらのプロバイダーが請求できるのは、プランのネットワーク内の費用分担額です。これは救急医療、麻酔、

病理学、放射線学、実験室、新生児学、外科医助手、ホスピタリスト、または集中治療専門医の支援。これらのプロバイダーは、バランスをとることができず、バランスをとらないように保護を放棄するように要求しない場合があります。

これらのネットワーク内の施設で他の種類の支援を受けた場合、ネットワーク外のプロバイダーはできません

あなたが書面による同意を与え、あなたの保護を放棄しない限り、バランスはあなたに請求します。

残高請求からの保護を放棄する必要はありません。また、ネットワーク外のケアを受ける必要もありません。プランのネットワークでプロバイダーまたは施設を選択できます。

マサチューセッツ州の法律では、保険プランによっては、ネットワーク外のプロバイダーがネットワーク内の施設で提供する緊急でない支援に関連する追加の保護も利用できる場合があります。マサチューセッツ州法に基づく保護があなたに適用される場合、あなたのプロバイダーは、支援のスケジュールを立てるとき、またはあなたの要求に応じて、彼らがあなたの計画のネットワークにあるかどうかを開示しなければなりません。プロバイダーがプランのネットワークに含まれていない場合、プロバイダーは、その料金、施設使用料を含む自己負担額の見積もりに関する情報を提供し、ネットワーク内プロバイダー。プロバイダーがこれらの必要な開示を事前に行わない場合、プロバイダーはあなたに請求のバランスをとることができません。マサチューセッツ州法に基づくこれらの保護は、雇用主の自己負担健康保険プランに加入している場合は適用されません。

残高請求が許可されていない場合は、次の保護もあります:

- 費用の一部を支払う責任があるのは本人だけです (自己負担、共同保険、プロバイダーまたは施設がネットワーク内にある場合に支払う控除額など)。健康保険は、ネットワーク外のプロバイダーや施設に直接追加費用を支払います。
- 健康計画は以下をしなければなりません:
 - 事前に給付の承認を得る必要なしに緊急援助をカバーします (「事前承認」とも呼ばれます)。
 - ネットワーク外のプロバイダーによる緊急支援をカバーします。
 - プロバイダーまたは施設に支払うべき金額 (コストシェアリング) は、ネットワーク内のプロバイダーまたは施設に支払う金額に基づいて、メリットの説明にその金額を示します。
 - 緊急支援またはネットワーク外の特典に支払う金額を、ネットワーク内の

控除対象および自己負担の制限にカウントします。

誤って請求されたと思われる場合は、No Surprises ヘルプデスク (1-800-985-3059) またはマサチューセッツ州検事総局 (888-830-6277) に連絡してください。

連邦法に基づく権利の詳細については <https://www.cms.gov/nosurprises> にアクセスしてください。

잔액 청구 의료비에 대한 당신의 권리와 보호

응급 치료를 받거나 네트워크 내 병원의 네트워크 외 의료제공자 또는 외래 외과 센터에서 치료를 받으시면, 잔액 청구로부터 보호됩니다. 이러한 경우 당신의 건강 보험 플랜의 자기 부담금, 자기보험 및/또는 공제액보다 더 많은 요금이 부과될 수 없습니다.

"잔액 청구"("깜짝 놀랄 청구"라고도 함)란 무엇입니까?

당신이 의사나 다른 의료 제공자에게 진료를 받을 때, 자기 부담금, 자기 보험, 또는 공제와 같이 특정한 사후 정산되는 비용이 발생할 수 있습니다. 또는, 의료제공자에게 진료를 받거나 당신의 건강 보험 플랜의 네트워크에 없는 의료 시설을 방문하는 경우 추가 비용이 발생하거나 청구서의 전체 비용을 지불하게 될 수도 있습니다.

"네트워크 외"란 당신의 건강 보험 플랜에 서비스를 제공하기 위한 계약을 체결하지 않은 의료제공자 및 시설을 의미합니다. 네트워크 외 의료제공자는 당신의 건강 보험 플랜이 지불하는 금액과 서비스에 대해 청구되는 전체 금액과의 차액을 청구할 수 있습니다. 이를 "**잔액청구**"라고 합니다. 이 금액은 동일한 서비스에 대한 네트워크 내 비용보다 많을 수 있으며 당신의 건강 보험 플랜의 공제 금액 또는 연간 본인 부담 제한에 포함되지 않을 수 있습니다.

"깜짝 놀랄 청구"는 예기치 않은 잔액 청구서입니다. 응급 상황 또는 네트워크 내 시설에 방문을 예약했지만 예기치 않게 네트워크 외의 의료제공자에게 치료를 받을 때와 같이 - 당신이 당신의 치료에 누가 관여하는지 통제할 수 없는 상황에서 발생할 수 있습니다. 깜짝 놀랄 의료비는 절차 또는 서비스에 따라 수천 달러의 비용이 들 수 있습니다.

당신은 잔액 청구로부터 다음과 같이 보호를 받습니다.

응급 서비스

만약 당신이 응급 의료 서비스를 받아야 할 상태이고 네트워크 외 의료제공자 또는 시설에서 응급 서비스를 받는 경우, 그들이 당신에게 가장 크게 비용을 청구할 수 있는 것은 당신의 건강 보험 플랜의 네트워크 내 비용 부담 금액(예: 자기 부담금, 자기보험 및 공제액)입니다. 이러한 응급 서비스에 대해 잔액 청구를 받을 수 없게 되어 있습니다. 여기에는 당신이 응급 상태에서 회복되어 안정된 후 받는 서비스에 대한 것도 포함됩니다, 즉, 안정화 후에 받는 이러한 서비스에 대해 서면 동의를 하여 잔액청구를 받지 않게 보호하는 조항을 포기하지 않는 한 안정적인 상태가 된 후에 받을 수 있는 서비스도 포함된다는 의미입니다.

네트워크 내 병원 또는 외래 외과 센터에서 특정 서비스

당신이 네트워크 내 병원이나 외과 수술 센터에서 서비스를 받는 경우, 그곳의 특정한 의료제공자가 네트워크 외부 제공자일 수도 있습니다. 이러한 경우 그러한 의료제공자가 당신에게 청구할 수 있는 가장 큰 금액은 당신의 건강 보험 플랜의 네트워크 내 비용 부담 금액입니다. 이것은 응급 약물, 마취,

병리학, 방사선학, 실험실, 신생아학, 보조 외과 의사, 입원환자전문의 또는 중환자 전문 치료사에 적용됩니다. 이러한 의료제공자들은 당신에게 잔금을 **청구할 수 없으며** 잔금이 청구되지 않도록 하는 보호를 포기하도록 요청할 수도 **없습니다**.

당신이 이러한 네트워크 내 시설안에서 다른 유형의 서비스를 받는 경우, 당신이 서면 동의를 하고 보호를 포기하지 않는 한, 네트워크 외 의료제공자는 당신에게 잔액청구를 **할 수 없습니다**.

당신은 절대 잔액 청구로부터의 보호를 포기할 필요가 없습니다. 당신은 또한 네트워크 외의 권리를 받을 필요도 없습니다. 당신은 당신의 보험 플랜에 포함된 네트워크 안에서 의료제공자 또는 시설을 선택할 수 있습니다.

네트워크 내 시설에서 네트워크 외 의료제공자가 제공하는 비응급 서비스와 관련된 추가 보호는 당신의 보험 플랜에 따라 매사추세츠 주법에 따라 당신에게 제공될 수 있습니다. 매사추세츠 주법에 따른 보호가 당신에게 적용되는 경우, 의료제공자는 서비스 예약 시 또는 당신의 요청에 따라 귀하의 건강 보험 플랜의 네트워크 안에 그들의 서비스가 포함되는지 여부를 공개해야 합니다. 만약 의료제공자가 당신의 건강 보험 플랜의 네트워크 안에 없는 경우 의료제공자는 요금에 대한 정보를 제공해야 하며, 모든 시설 비용이 포함된 기타 비용으로 예상되는 정보도 제공하고, 네트워크 내 의료제공자를 통해 더 저렴한 비용으로 서비스를 얻을 수도 있음을 알려야 합니다. 의료제공자가 사전에 이러한 필요한 공개를 하지 않으면, 그 의료제공자는 당신에게 잔액을 청구할 수 없습니다. 매사추세츠 주법에 따른 이러한 보호는 당신이 고용주의 자체 자금으로 조성된 건강 보험 플랜에 등록되어 있는 경우에는 적용되지 않습니다.

잔액 청구가 허용되지 않는 경우 다음과 같은 보호 기능도 있습니다.

- 당신은 오직 당신의 비용만을 지불할 책임이 있습니다(예: 의료제공자 또는 시설이 네트워크 안에 있는 경우 지불할 자기 부담금, 자기보험 및 공제액). 당신의 건강 보험 플랜은 네트워크 외 의료제공자 및 시설에 직접 추가 비용을 지불할 것입니다.
- 일반적으로 건강 보험 플랜은 다음을 수행해야 합니다.
 - 사전에 서비스에 대한 승인을 받을 필요 없이 응급 서비스를 수행합니다("사전 승인"이라고도 함).
 - 네트워크 외 의료제공자에 의한 응급 서비스도 포함합니다.
 - 의료제공자 또는 시설(비용 부담)에 당신이 내야 할 비용을 기반으로 네트워크 내 의료제공자 또는 시설에 비용을 지불하는 것에 대한 해당 금액을 당신이 받을 혜택에 대한 설명에 명기합니다.
 - 응급 서비스 또는 네트워크 외 서비스에 대해 당신이 지불하는 모든 금액을 네트워크 내 공제액 및 사후정산 제한으로 계산합니다.

만약 당신이 잘못된 청구서를 받은 경우, 당신은 “깜짝 놀라는 일이 없도록 돕는 헬프 데스크” 번호 1-800-985-3059 또는 매사추세츠 법무 장관 사무실에 888-830-6277로 문의 할 수 있습니다.

<https://www.cms.gov/nosurprises> 를 방문하여 연방 법률에 따른 귀하의 권리에 대한 자세한 내용을 확인하십시오.

ការការពារ និងសិទ្ធិរបស់អ្នកប្រចាំប្រតិបត្តិការពេទ្យភ្នាក់ងារ

នៅពេលដែលអ្នកទទួលបានការសង្គ្រោះបន្ទាន់ ឬត្រូវបានព្យាបាលដោយអ្នកផ្តល់សេវាក្រៅប្រព័ន្ធនៅមន្ទីរពេទ្យក្នុងប្រព័ន្ធ ឬមជ្ឈមណ្ឌលរក្សាភ័យ អ្នកត្រូវបានការពារពីវិក័យបត្រសមតុល្យ។ ក្នុងករណីទាំងនេះ អ្នកមិនត្រូវបានគិតថ្លៃច្រើនជាងការបង់រួមគ្នា សហធានារ៉ាប់រង និង/ឬ ដែលអាចកាត់កងបានពីផែនការរបស់អ្នក។

តើអ្វីជា “វិក័យបត្រសមតុល្យ” (ពេលខ្លះត្រូវបានហៅថា “វិក័យបត្រភ្នាក់ងារ”)?

ពេលអ្នកជួបជាមួយគ្រូពេទ្យ ឬអ្នកផ្តល់សេវាថែទាំសុខភាពដទៃទៀត អ្នកអាចត្រូវបានបង់ថ្លៃមួយចំនួនដោយលុយផ្ទាល់ខ្លួនដូចជា ការបង់រួមគ្នា សហធានារ៉ាប់រង ឬដែលអាចកាត់កងបាន។ អ្នកអាចបង់ថ្លៃបន្ថែម ឬត្រូវបង់វិក័យបត្រទាំងមូលពេលអ្នកជួបជាមួយអ្នកផ្តល់សេវា ឬទៅមណ្ឌលថែទាំសុខភាពដែលមិនមាននៅក្នុងប្រព័ន្ធនៃផែនការសុខភាពអ្នក។

“ក្រៅប្រព័ន្ធ” មានន័យថាមណ្ឌល និងអ្នកផ្តល់សេវាដែលមិនបានចុះកិច្ចសន្យាដើម្បីផ្តល់សេវាកម្មជាមួយផែនការសុខភាពរបស់អ្នក។ អ្នកផ្តល់សេវាក្រៅប្រព័ន្ធអាចត្រូវបានអនុញ្ញាតឱ្យចេញវិក័យបត្រឱ្យអ្នកនូវចំនួនដែលខុសគ្នារវាងចំនួនដែលផែនការរបស់អ្នកបង់ និងតម្លៃសរុបសម្រាប់សេវាកម្មទាំងមូល។ នេះត្រូវបានហៅថា “វិក័យបត្រសមតុល្យ”។ ចំនួននេះអាចនឹងថ្លៃជាងតម្លៃក្នុងប្រព័ន្ធសម្រាប់សេវាកម្មដូចគ្នា និងអាចនឹងមិនត្រូវបានរាប់បញ្ចូលក្នុងកម្រិតដែលអាចកាត់កងបាន ឬលុយផ្ទាល់ខ្លួនប្រចាំឆ្នាំរបស់ផែនការអ្នក។

“វិក័យបត្រភ្នាក់ងារ” គឺជាវិក័យបត្រសមតុល្យដែលមិនបានរំពឹងទុក។ នេះអាចកើតឡើងនៅពេលដែលអ្នកមិនអាចគ្រប់គ្រងលើអ្នកដែលចូលរួមក្នុងការថែទាំរបស់អ្នក ឧ. ពេលដែលអ្នកត្រូវសង្គ្រោះបន្ទាន់ ឬពេលដែលអ្នកមានណាត់ជួបក្នុងមណ្ឌលដៃគូ ប៉ុន្តែត្រូវបានព្យាបាលដោយអ្នកផ្តល់សេវាក្រៅប្រព័ន្ធដោយមិនបានរំពឹងទុក។ វិក័យបត្រពេទ្យភ្នាក់ងារអាចមានតម្លៃរាប់ពាន់ដុល្លារ ដោយផ្អែកលើនីតិវិធី ឬសេវាកម្ម។

អ្នកត្រូវបានការពារពីវិក័យបត្រសមតុល្យសម្រាប់៖

សេវាកម្មសង្គ្រោះបន្ទាន់
ប្រសិនបើអ្នកមានស្ថានភាពសង្គ្រោះបន្ទាន់ និងត្រូវការសេវាកម្មសង្គ្រោះបន្ទាន់ពីមណ្ឌល ឬអ្នកផ្តល់សេវាក្រៅប្រព័ន្ធ វិក័យបត្រដែលគេអាចគិតពីអ្នកខ្ពស់បំផុតគឺតម្លៃចែករំលែកជាមួយតម្លៃក្នុងប្រព័ន្ធនៃផែនការរបស់អ្នក (ដូចជាការបង់រួមគ្នា សហធានារ៉ាប់រង និងដែលអាចកាត់កងបាន)។ អ្នកមិនអាចត្រូវបានចេញវិក័យបត្រសមតុល្យសម្រាប់សេវាកម្មសង្គ្រោះបន្ទាន់ទាំងនេះទេ។ នេះរួមបញ្ចូលសេវាកម្មដែលអ្នកនឹងទទួលបានបន្ទាប់ពីស្ថានភាពនឹងនរវិញ លើកលែងតែអ្នកបានផ្តល់ការអនុញ្ញាតជាលាយលក្ខណ៍អក្សរ និងបោះបង់ការការពាររបស់អ្នកលើការមិនត្រូវបានចេញវិក័យបត្រសមតុល្យសម្រាប់សេវាកម្មបន្ទាប់ពីស្ថានភាពនឹងនរទាំងនេះ។

សេវាកម្មជាក់លាក់នៅមន្ទីរពេទ្យក្នុងប្រព័ន្ធ ឬមជ្ឈមណ្ឌលរក្សាភ័យ
ពេលដែលអ្នកទទួលសេវាកម្មពីមន្ទីរក្នុងប្រព័ន្ធ ឬមជ្ឈមណ្ឌលរក្សាភ័យ អ្នកផ្តល់សេវាណាមួយនៅទីនោះអាចនៅក្រៅប្រព័ន្ធ។ ក្នុងករណីទាំងនេះ

អ្នកផ្តល់សេវាកម្មទាំងនោះអាចចេញវិក័យបត្រឲ្យអ្នកគឺតម្លៃចែករំលែក
តម្លៃក្នុងប្រព័ន្ធនៃផែនការរបស់អ្នក។ នេះរួមបញ្ចូលថ្នាំសង្គ្រោះបន្ទាន់ ថ្នាំសន្លប់ វិនិច្ឆ័យជម្ងឺ វិទ្យុសាស្ត្រ
មន្ទីរពិសោធន៍ ថែទាំទារក ជំនួយការរះកាត់ គ្រូពេទ្យថែទាំ ឬសេវាកម្មថែទាំជម្ងឺធ្ងន់ធ្ងរ។
អ្នកផ្តល់សេវាកម្មទាំងនេះ**មិនអាច**ចេញវិក័យបត្រសមតុល្យដល់អ្នក
និង**មិន**អាចឲ្យអ្នកបោះបង់ការការពាររបស់អ្នកលើការមិនត្រូវបានចេញវិក័យបត្រសមតុល្យឡើយ។

ប្រសិនបើអ្នកទទួលសេវាកម្មប្រភេទដទៃទៀតនៅមន្ទីរពេទ្យក្នុងប្រព័ន្ធទាំងនេះ
អ្នកផ្តល់សេវាកម្មក្រៅប្រព័ន្ធមិនអាចចេញវិក័យបត្រសមតុល្យដល់អ្នក
លើកលែងតែអ្នកផ្តល់ការអនុញ្ញាតជាលាយលក្ខណ៍អក្សរ និងបោះបង់ការការពាររបស់អ្នក។

អ្នកមិនតម្រូវឲ្យបោះបង់ការការពាររបស់អ្នកពីវិក័យបត្រសមតុល្យ។
អ្នកក៏មិនតម្រូវឲ្យទទួលបានថែទាំក្រៅប្រព័ន្ធដែរ។ **អ្នកអាចជ្រើសរើសអ្នកផ្តល់សេវាកម្ម**
ឬមណ្ឌលក្នុងប្រព័ន្ធនៃផែនការរបស់អ្នក។

ការការពារបន្ថែមដែលទាក់ទងនឹងសេវាកម្មមិនសង្គ្រោះបន្ទាន់ដែលត្រូវបានផ្តល់ដោយអ្នកផ្តល់សេវាកម្ម
ក្រៅប្រព័ន្ធនៅមណ្ឌលក្នុងប្រព័ន្ធក៏អាចមានសម្រាប់អ្នក ក្រោមច្បាប់ **Massachusetts**
ដោយផ្អែកលើផែនការធានារ៉ាប់រងរបស់អ្នក។ ប្រសិនបើអ្នកមានការការពារក្រោមច្បាប់ **Massachusetts**
អ្នកផ្តល់សេវារបស់អ្នកត្រូវតែអះអាងថាគេពួកគេនៅក្នុងប្រព័ន្ធនៃផែនការរបស់អ្នកឬទេនៅពេលដែលមា
នការណាត់សេវាកម្ម ឬតាមការស្នើរសុំរបស់អ្នក។
ប្រសិនបើអ្នកផ្តល់សេវាមិននៅក្នុងប្រព័ន្ធនៃផែនការរបស់អ្នក
អ្នកផ្តល់សេវាត្រូវតែផ្តល់ជូនអ្នកនូវព័ត៌មានអំពីតម្លៃ
តម្លៃដែលអ្នកនឹងត្រូវចេញខ្លួនឯងរួមទាំងចំណាយបរិក្ខារផ្សេងៗ
និងប្រាប់អ្នកថាអ្នកអាចនឹងទទួលបានសេវាកម្មនៅក្នុងតម្លៃទាបជាងនេះតាមអ្នកផ្តល់សេវាក្នុងប្រព័ន្ធ។
ប្រសិនបើអ្នកផ្តល់សេវាមិនបានប្រាប់អ្នកលើព័ត៌មានចាំបាច់ទាំងនេះជាមុន
អ្នកផ្តល់សេវាមិនអាចចេញវិក័យបត្រសមតុល្យឲ្យអ្នកបានទេ។ ការការពារទាំងនេះស្ថិតក្រោមច្បាប់
Massachusetts
មិនមានសម្រាប់អ្នកទេប្រសិនបើអ្នកជាបុគ្គលិកដែលទិញផែនការធានារ៉ាប់រងសុខភាពដោយខ្លួនឯង។

ពេលដែលវិក័យបត្រសមតុល្យមិនត្រូវបានអនុញ្ញាត អ្នកក៏មានការការពារទាំងនេះដែរ៖

- អ្នកមានទំនួលខុសត្រូវសម្រាប់ការទូទាត់ចំណែកនៃថ្លៃរបស់អ្នក (ដូចជាការបង់រួមគ្នា សហធានារ៉ាប់រង និងដែលអាចកាត់កងបាន ដែលអ្នកត្រូវបង់ប្រសិនបើអ្នកផ្តល់សេវា ឬមណ្ឌលមាននៅក្នុងប្រព័ន្ធ)។
ផែនការសុខភាពរបស់អ្នកនឹងបង់តម្លៃបន្ថែមផ្សេងៗទៅអ្នកផ្តល់សេវា និងមណ្ឌលក្រៅប្រព័ន្ធដោយផ្ទាល់។
- ជាទូទៅ ផែនការសុខភាពរបស់ត្រូវតែ៖
 - គ្របដណ្តប់លើសេវាសង្គ្រោះបន្ទាន់ដោយមិនតម្រូវឱ្យអ្នកទទួលបានការអនុញ្ញាតសម្រាប់សេវាកម្មជាមុន (ឬហៅថា “ការអនុញ្ញាតជាមុន”)។
 - គ្របដណ្តប់លើសេវាសង្គ្រោះបន្ទាន់ដោយអ្នកផ្តល់សេវាក្រៅប្រព័ន្ធ។
 - ផ្អែកលើអ្វីដែលអ្នកបង់ឱ្យអ្នកផ្តល់សេវា ឬមណ្ឌល (តម្លៃចែករំលែក) លើអ្វីដែលអ្នកត្រូវបង់ឱ្យអ្នកផ្តល់សេវា ឬមណ្ឌលក្នុងប្រព័ន្ធ និងបង្ហាញពីតម្លៃក្នុងការបកស្រាយពីអត្ថប្រយោជន៍របស់អ្នក។
 - រាប់បញ្ចូលតម្លៃដែលអ្នកបង់សម្រាប់សេវាសង្គ្រោះបន្ទាន់ ឬសេវាក្រៅប្រព័ន្ធទៅលើកម្រិតដែលអាចកាត់កងបានក្នុងប្រព័ន្ធ និងលុយផ្ទាល់ខ្លួន។

ប្រសិនបើអ្នកគិតថាអ្នកត្រូវបានចេញវិក័យបត្រខុស អ្នកអាចទាក់ទងទៅផ្នែកជំនួយមិនភ្ញាក់ផ្អើលតាម 1-800-985-3059 ឬការិយាល័យផ្នែកច្បាប់ទូទៅ **Massachusetts** តាម 888-830-6277។

សូមទៅកាន់ <https://www.cms.gov/nosurprises> សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែមអំពីសិទ្ធិរបស់អ្នកក្រោមច្បាប់សហព័ន្ធ។

Seus direitos e proteções contra despesas médicas surpresas

Quando você recebe atendimento de emergência ou é tratado por um provedor fora da rede em um hospital ou centro cirúrgico ambulatorial da rede, você está protegido contra faturamento de saldo. Nestes casos, você não deve ser cobrado mais do que os copagamentos, cosseguro e/ou franquia do seu plano.

O que é "faturamento de saldo" (às vezes chamado de "despesa surpresa")?

Ao consultar um médico ou outro profissional de saúde, você pode ter de pagar alguns custos diretos, como copagamento, cosseguro ou franquia. Você pode ter custos adicionais ou ter que pagar a conta inteira se consultar um provedor ou visitar um centro de saúde que não esteja na rede do seu plano de saúde.

“Fora da rede” significa provedores e instalações que não assinaram um contrato com o seu plano de saúde para fornecer serviços. Provedores fora da rede podem ter permissão para cobrar de você a diferença entre o que seu plano paga e o valor total cobrado por um serviço. Isso é chamado de “faturamento de saldo”. Este valor é provavelmente mais do que os custos dentro da rede para o mesmo serviço e pode não contar para a franquia de seu plano ou limite de desembolso anual.

“Despesa surpresa” é uma fatura inesperada. Isso pode acontecer quando você não pode controlar quem está envolvido no seu tratamento - como quando você tem uma emergência ou quando agenda uma visita a uma instalação dentro da rede, mas é inesperadamente atendido por um provedor fora da rede. Despesas médicas inesperadas podem custar milhares de dólares, dependendo do procedimento ou serviço.

Você está protegido contra faturamento de saldo para:

Serviços de Emergência

Se você tiver uma condição médica emergencial e receber serviços de emergência de um provedor ou unidade fora da rede, o máximo que eles podem cobrar de você é o valor de compartilhamento de custos dentro da rede do seu plano (como copagamentos, cosseguro e franquias). O saldo não pode ser cobrado por esses serviços de emergência. Isso inclui serviços que você pode obter depois de estar em condição estável, a menos que dê consentimento por escrito e desista de suas proteções para não ser cobrado por esses serviços pós-estabilização.

Certos serviços em um hospital da rede ou centro cirúrgico ambulatorial

Quando você recebe serviços de um hospital ou centro cirúrgico ambulatorial da rede, alguns provedores podem estar fora da rede. Nesses casos, o máximo que esses provedores podem cobrar de você é o valor de compartilhamento de custos na rede do seu plano. Isso se aplica a serviços de medicina de emergência, anestesia, patologia, radiologia, laboratório, neonatologia, cirurgião assistente, ou intensivista. Esses provedores não podem cobrar a diferença e **não podem** pedir que você desista de suas proteções para evitar ser cobrado.

Se você obtiver outros tipos de serviços nessas unidades dentro da rede, os provedores fora da rede não poderão cobrar de você, a menos que você dê consentimento por escrito e desista de

suas proteções.

Você nunca é obrigado a abrir mão de sua proteção contra o faturamento de saldo. Você também não é obrigado a receber atendimento fora da rede. Você pode escolher um provedor ou unidade na rede do seu plano.

Proteções adicionais relacionadas a serviços não emergenciais prestados por um provedor fora da rede em uma unidade dentro da rede também podem estar disponíveis para você de acordo com as leis de Massachusetts, dependendo do seu plano de saúde. Se as proteções sob a lei de Massachusetts se aplicarem a você, seus provedores devem divulgar se estão ou não na rede do seu plano ao agendar um serviço ou a seu pedido. Se um provedor não estiver na rede do seu plano, ele deve fornecer informações sobre as suas cobranças, seus custos estimados de desembolso, incluindo quaisquer taxas da unidade, e informá-lo de que você pode obter os serviços a um custo menor por meio de um provedor dentro da rede. Se um provedor não fizer essas divulgações exigidas para você com antecedência, o provedor não poderá cobrar a diferença. Essas proteções sob a lei de Massachusetts não se aplicam a você se você estiver inscrito em um plano de seguro saúde autofinanciado pelo empregador.

Quando o faturamento de saldo não é permitido, você também tem essas proteções:

- Você é responsável apenas por pagar a sua parte no custo (como copagamentos, cosseguro e franquia que você pagaria se o provedor ou instalação estivesse na rede). O seu plano de saúde pagará quaisquer custos adicionais para provedores e instalações fora da rede diretamente.
- Geralmente, o seu plano de saúde deve:
 - Cobrir serviços de emergência sem exigir que você obtenha aprovação prévia para os serviços (também conhecido como “autorização prévia”).
 - Cobrir serviços de emergência por provedores fora da rede.
 - Basear o que você deve ao provedor ou instalação (parcelamento de custos) no que pagaria a um provedor ou unidade dentro da rede e mostrar esse valor na explicação dos benefícios.
 - Contar qualquer valor que você pagar por serviços de emergência ou serviços fora da rede em sua franquia dentro da rede e limite de desembolso direto.

Se você acha que foi cobrado indevidamente, você pode entrar em contato com o No Surprises Help Desk em 1-800-985-3059 ou o Gabinete do Procurador-Geral de Massachusetts em 888-830-6277.

Visite <https://www.cms.gov/nosurprises> para obter mais informações sobre os seus direitos de acordo com a lei federal.

Os seus direitos e proteções contra faturas médicas inesperadas

Quando recebe cuidados de emergência ou é tratado por um prestador de cuidados fora da rede num hospital ou centro cirúrgico ambulatorial da rede, está protegido contra a cobrança do saldo. Nestes casos, não lhe devem ser cobrados mais do que os co-pagamentos do seu plano, seguro e/ou dedutíveis.

O que é "cobrança do saldo" (por vezes chamada "cobrança inesperada")?

Quando consultar um médico ou outro prestador de cuidados de saúde, poderá ficar a dever certos custos extra-orçamentais, como um co-pagamento, um seguro monetário, ou uma franquia. Pode ter custos adicionais ou ter de pagar a totalidade da conta se consultar um prestador ou visitar um estabelecimento de saúde que não esteja na rede do seu plano de saúde.

"Fora da rede" significa prestadores e estabelecimentos que não tenham assinado um contrato com o seu plano de saúde para a prestação de serviços. Os prestadores fora da rede podem ser autorizados a faturar-lhe a diferença entre o que o seu plano paga e o montante total cobrado por um serviço. A isto chama-se "**cobrança do saldo**". Este montante é provavelmente superior aos custos dentro da rede para o mesmo serviço e pode não contar para o limite de dedução ou para o limite anual de despesas diretas do seu plano.

A "cobrança inesperada" é uma fatura de saldo inesperada. Isto pode acontecer quando não se consegue controlar quem está envolvido no seu cuidado - como quando se tem uma emergência ou quando se marca uma visita a um estabelecimento em rede, mas é inesperadamente tratado por um prestador fora da rede. As faturas médicas inesperadas podem custar milhares de dólares, dependendo do procedimento ou serviço.

Está protegido da cobrança do saldo por:

Serviços de emergência

Se tiver uma condição médica de emergência e receber serviços de emergência de um prestador ou estabelecimento fora da rede, o máximo que podem faturar é o montante de partilha de custos dentro da rede do seu plano (tais como co-pagamentos, seguros monetários, e franquias). **Não pode** ser cobrado o saldo destes serviços de emergência. Isto inclui serviços que poderá obter depois de estar em condições estáveis, a menos que dê o seu consentimento por escrito e renuncie às suas proteções para não ser cobrado do saldo por estes serviços pós-estabilização.

Certos serviços num hospital em rede ou centro cirúrgico ambulatorial

Quando se recebe serviços de um hospital ou centro cirúrgico ambulatorial em rede, alguns prestadores podem estar fora da rede. Nestes casos, o máximo que esses prestadores podem faturar é o montante de partilha de custos do seu plano dentro da rede. Isto aplica-se à medicina de emergência, anestesia,

patologia, radiologia, laboratório, neonatologia, cirurgião assistente, hospitalista, ou serviços intensivistas. Estes prestadores **não podem** cobrar o saldo e **não** podem pedir-lhe que abdique das suas proteções para não ser cobrado o saldo.

Se obtiver outros tipos de serviços nestes estabelecimentos dentro da rede, os prestadores fora da rede **não podem** cobrar-lhe o saldo, a menos que dê o seu consentimento por escrito e renuncie às suas proteções.

Nunca é obrigado a abdicar da sua proteção contra a cobrança do saldo. Também não é obrigado a receber cuidados fora da rede. Pode escolher um prestador ou estabelecimento na rede do seu plano.

Proteções adicionais relacionadas com serviços de não emergência prestados por um prestador fora da rede num estabelecimento, dentro da rede, podem também estar à sua disposição ao abrigo da lei de Massachusetts, dependendo do seu plano de seguro. Se as proteções ao abrigo da lei de Massachusetts se aplicarem a si, os seus prestadores devem revelar se estão ou não na rede do seu plano, ao agendar um serviço ou a seu pedido. Se um prestador não estiver na rede do seu plano, o prestador deve fornecer-lhe informações sobre os seus encargos, as suas estimativas de custos, incluindo quaisquer taxas de estabelecimento, e informá-lo de que poderá obter os serviços a um custo inferior através de um prestador em rede. Se um prestador não fizer estas revelações necessárias com antecedência, o prestador não poderá cobrar-lhe o saldo. Estas proteções ao abrigo da lei de Massachusetts não se aplicam a si se estiver inscrito num plano de seguro de saúde autofinanciado pela entidade patronal.

Quando a cobrança do saldo não é permitida, também se dispõe destas proteções:

- Só é responsável pelo pagamento da sua parte dos custos (como os co-pagamentos, o seguro monetário e a franquia que iria pagar se o prestador ou o estabelecimento estiver em rede). O seu plano de saúde irá pagar quaisquer custos adicionais diretamente aos prestadores e estabelecimentos fora da rede.
- Geralmente, o seu plano de saúde deve:
 - Cobrir serviços de emergência sem exigir a aprovação prévia dos serviços (também conhecida como "autorização prévia").
 - Cobrir serviços de emergência por fornecedores fora da rede.
 - Basear o que deve ao prestador ou estabelecimento (partilha de custos) no que iria pagar a um prestador ou estabelecimento em rede e mostrar esse montante na sua explicação dos benefícios.
 - Conte qualquer montante pago por serviços de emergência ou serviços fora da rede para o seu limite de dedutibilidade dentro da rede e de despesas diretas.

Se pensa que foi incorretamente faturado, pode contactar o Nº de Serviço de Apoio a despesas médicas inesperadas através do número 1-800-985-3059 ou a Procuradoria-Geral de Massachusetts

pelo número 888-830-6277.

Visite <https://www.cms.gov/nosurprises> para mais informações sobre os seus direitos ao abrigo da lei estatal.

ਸਰਪ੍ਰਾਈਜ਼ ਮੈਡੀਕਲ ਬਿੱਲਾਂ ਦੇ ਵਿਰੁੱਧ ਤੁਹਾਡੇ ਅਧਿਕਾਰ ਅਤੇ ਸੁਰੱਖਿਆ

ਜਦੋਂ ਤੁਸੀਂ ਐਮਰਜੈਂਸੀ ਦੇਖਭਾਲ ਪ੍ਰਾਪਤ ਕਰਦੇ ਹੋ ਜਾਂ ਕਿਸੇ ਇਨ-ਨੈਟਵਰਕ ਹਸਪਤਾਲ ਜਾਂ ਐਂਬੂਲੇਟਰੀ ਸਰਜੀਕਲ ਸੈਂਟਰ ਵਿੱਚ ਕਿਸੇ ਨੈਟਵਰਕ ਤੋਂ ਬਾਹਰ ਪ੍ਰਦਾਤਾ ਦੁਆਰਾ ਇਲਾਜ ਕਰਵਾ ਲੈਂਦੇ ਹੋ, ਤਾਂ ਤੁਸੀਂ ਬਕਾਇਆ ਬਿਲਿੰਗ ਤੋਂ ਸੁਰੱਖਿਅਤ ਹੁੰਦੇ ਹੋ। ਇਹਨਾਂ ਮਾਮਲਿਆਂ ਵਿੱਚ, ਤੁਹਾਡੇ ਤੋਂ ਤੁਹਾਡੀ ਯੋਜਨਾ ਦੇ ਸਹਿ-ਭੁਗਤਾਨ, ਸਹਿ-ਬੀਮਾ ਅਤੇ/ਜਾਂ ਕਟੌਤੀਯੋਗ ਤੋਂ ਵੱਧ ਖਰਚਾ ਨਹੀਂ ਲਿਆ ਜਾਣਾ ਚਾਹੀਦਾ।

"ਬੈਲੈਂਸ ਬਿਲਿੰਗ" ਕੀ ਹੈ (ਇਸ ਨੂੰ ਕਈ ਵਾਰ "ਸਰਪ੍ਰਾਈਜ਼ ਬਿਲਿੰਗ" ਵੀ ਕਿਹਾ ਜਾਂਦਾ ਹੈ)?

ਜਦੋਂ ਤੁਸੀਂ ਕਿਸੇ ਡਾਕਟਰ ਜਾਂ ਹੋਰ ਸਿਹਤ ਦੇਖ-ਰੇਖ ਪ੍ਰਦਾਤਾ ਨੂੰ ਦੇਖਦੇ ਹੋ, ਤਾਂ ਤੁਹਾਡੇ 'ਤੇ ਜੇਬ ਤੋਂ ਬਾਹਰ ਦੇ ਕੁਝ ਖਰਚੇ ਹੋ ਸਕਦੇ ਹਨ, ਜਿਵੇਂ ਕਿ ਸਹਿ-ਭੁਗਤਾਨ, ਸਹਿ-ਬੀਮਾ, ਜਾਂ ਕਟੌਤੀਯੋਗ। ਜੇਕਰ ਤੁਸੀਂ ਕਿਸੇ ਪ੍ਰਦਾਤਾ ਨੂੰ ਦੇਖਦੇ ਹੋ ਜਾਂ ਕਿਸੇ ਸਿਹਤ ਸੰਭਾਲ ਸਹੂਲਤ 'ਤੇ ਜਾਂਦੇ ਹੋ ਜੋ ਤੁਹਾਡੀ ਸਿਹਤ ਯੋਜਨਾ ਦੇ ਨੈਟਵਰਕ ਵਿੱਚ ਨਹੀਂ ਹੈ, ਤਾਂ ਤੁਹਾਡੇ ਕੋਲ ਵਾਧੂ ਖਰਚੇ ਹੋ ਸਕਦੇ ਹਨ ਜਾਂ ਤੁਹਾਨੂੰ ਪੂਰੇ ਬਿੱਲ ਦਾ ਭੁਗਤਾਨ ਕਰਨਾ ਪੈ ਸਕਦਾ ਹੈ।

"ਨੈਟਵਰਕ ਤੋਂ ਬਾਹਰ" ਦਾ ਅਰਥ ਹੈ ਪ੍ਰਦਾਤਾਵਾਂ ਅਤੇ ਸਹੂਲਤਾਂ ਜਿਨ੍ਹਾਂ ਨੇ ਸੇਵਾਵਾਂ ਪ੍ਰਦਾਨ ਕਰਨ ਲਈ ਤੁਹਾਡੀ ਸਿਹਤ ਯੋਜਨਾ ਨਾਲ ਇਕਰਾਰਨਾਮੇ 'ਤੇ ਹਸਤਾਖਰ ਨਹੀਂ ਕੀਤੇ ਹਨ। ਨੈਟਵਰਕ ਤੋਂ ਬਾਹਰ ਪ੍ਰਦਾਤਾਵਾਂ ਨੂੰ ਤੁਹਾਡੀ ਯੋਜਨਾ ਦੇ ਭੁਗਤਾਨ ਅਤੇ ਸੇਵਾ ਲਈ ਚਾਰਜ ਕੀਤੀ ਗਈ ਪੂਰੀ ਰਕਮ ਵਿਚਕਾਰ ਅੰਤਰ ਲਈ ਤੁਹਾਨੂੰ ਬਿਲ ਦੇਣ ਦੀ ਇਜਾਜ਼ਤ ਦਿੱਤੀ ਜਾ ਸਕਦੀ ਹੈ। ਇਸਨੂੰ **"ਬੈਲੈਂਸ ਬਿਲਿੰਗ"** ਕਿਹਾ ਜਾਂਦਾ ਹੈ। ਇਹ ਰਕਮ ਸੰਭਾਵਤ ਤੌਰ 'ਤੇ ਉਸੇ ਸੇਵਾ ਲਈ ਇਨ-ਨੈਟਵਰਕ ਲਾਗਤਾਂ ਤੋਂ ਵੱਧ ਹੈ ਅਤੇ ਹੋ ਸਕਦਾ ਹੈ ਕਿ ਤੁਹਾਡੀ ਯੋਜਨਾ ਦੀ ਕਟੌਤੀਯੋਗ ਜਾਂ ਸਾਲਾਨਾ ਆਊਟ-ਆਫ-ਪਾਕੇਟ ਸੀਮਾ ਵਿੱਚ ਗਿਣਿਆ ਨਾ ਜਾਵੇ।

"ਸਰਪ੍ਰਾਈਜ਼ ਬਿਲਿੰਗ" ਇੱਕ ਅਚਾਨਕ ਬਕਾਇਆ ਬਿੱਲ ਹੈ। ਇਹ ਉਦੋਂ ਹੋ ਸਕਦਾ ਹੈ ਜਦੋਂ ਤੁਸੀਂ ਨਿਯੰਤਰਿਤ ਨਹੀਂ ਕਰ ਸਕਦੇ ਹੋ ਕਿ ਤੁਹਾਡੀ ਦੇਖਭਾਲ ਵਿੱਚ ਕੌਣ ਸ਼ਾਮਲ ਹੈ — ਜਿਵੇਂ ਕਿ ਜਦੋਂ ਤੁਹਾਡੇ ਕੋਲ ਕੋਈ ਐਮਰਜੈਂਸੀ ਹੁੰਦੀ ਹੈ ਜਾਂ ਜਦੋਂ ਤੁਸੀਂ ਕਿਸੇ ਇਨ-ਨੈਟਵਰਕ ਸਹੂਲਤ 'ਤੇ ਮੁਲਾਕਾਤ ਦਾ ਸਮਾਂ ਨਿਯਤ ਕਰਦੇ ਹੋ ਪਰ ਕਿਸੇ ਨੈਟਵਰਕ ਤੋਂ ਬਾਹਰ ਪ੍ਰਦਾਤਾ ਦੁਆਰਾ ਅਚਾਨਕ ਇਲਾਜ ਕੀਤਾ ਜਾਂਦਾ ਹੈ। ਪ੍ਰਕਿਰਿਆ ਜਾਂ ਸੇਵਾ ਦੇ ਆਧਾਰ 'ਤੇ ਹੈਰਾਨੀਜਨਕ ਮੈਡੀਕਲ ਬਿੱਲਾਂ 'ਤੇ ਹਜ਼ਾਰਾਂ ਡਾਲਰ ਖਰਚ ਹੋ ਸਕਦੇ ਹਨ।

ਤੁਸੀਂ ਨਿਮਨਲਿਖਤ ਲਈ ਬਕਾਇਆ ਬਿਲਿੰਗ ਤੋਂ ਸੁਰੱਖਿਅਤ ਹੋ:

ਐਮਰਜੈਂਸੀ ਸੇਵਾਵਾਂ

ਜੇਕਰ ਤੁਹਾਡੀ ਕੋਈ ਐਮਰਜੈਂਸੀ ਡਾਕਟਰੀ ਸਥਿਤੀ ਹੈ ਅਤੇ ਤੁਸੀਂ ਕਿਸੇ ਨੈਟਵਰਕ ਤੋਂ ਬਾਹਰ ਦੇ ਪ੍ਰਦਾਤਾ ਜਾਂ ਸੁਵਿਧਾ ਤੋਂ ਐਮਰਜੈਂਸੀ ਸੇਵਾਵਾਂ ਪ੍ਰਾਪਤ ਕਰਦੇ ਹੋ, ਤਾਂ ਉਹ ਤੁਹਾਨੂੰ ਤੁਹਾਡੀ ਯੋਜਨਾ ਦੀ ਇਨ-ਨੈਟਵਰਕ ਲਾਗਤ-ਸ਼ੇਅਰਿੰਗ ਰਕਮ (ਜਿਵੇਂ ਕਿ ਸਹਿ-ਭੁਗਤਾਨ, ਸਹਿ-ਬੀਮਾ, ਅਤੇ ਕਟੌਤੀਆਂ) ਦਾ ਸਭ ਤੋਂ ਵੱਧ ਬਿੱਲ ਦੇ ਸਕਦੇ ਹਨ। ਤੁਹਾਨੂੰ ਇਹਨਾਂ ਐਮਰਜੈਂਸੀ ਸੇਵਾਵਾਂ ਲਈ ਬਕਾਇਆ ਬਿੱਲ ਨਹੀਂ ਦਿੱਤਾ ਜਾ ਸਕਦਾ। ਇਸ ਵਿੱਚ ਉਹ ਸੇਵਾਵਾਂ ਸ਼ਾਮਲ ਹਨ ਜੋ ਤੁਸੀਂ ਸਥਿਰ ਸਥਿਤੀ ਵਿੱਚ ਹੋਣ ਤੋਂ ਬਾਅਦ ਪ੍ਰਾਪਤ ਕਰ ਸਕਦੇ ਹੋ, ਜਦੋਂ ਤੱਕ ਤੁਸੀਂ ਲਿਖਤੀ ਸਹਿਮਤੀ ਨਹੀਂ ਦਿੰਦੇ ਜਾਂ ਇਹਨਾਂ ਪੋਸਟ-ਸਟੈਬਲਾਈਜ਼ੇਸ਼ਨ ਸੇਵਾਵਾਂ ਲਈ ਸੰਤੁਲਿਤ ਬਿਲ ਨਾ ਹੋਣ ਲਈ ਆਪਣੀਆਂ ਸੁਰੱਖਿਆਵਾਂ ਨੂੰ ਛੱਡ ਦਿਓ।

ਇਨ-ਨੈਟਵਰਕ ਹਸਪਤਾਲ ਜਾਂ ਐਂਬੂਲੇਟਰੀ ਸਰਜੀਕਲ ਸੈਂਟਰ ਵਿੱਚ ਕੁਝ ਸੇਵਾਵਾਂ

ਜਦੋਂ ਤੁਸੀਂ ਕਿਸੇ ਇਨ-ਨੈਟਵਰਕ ਹਸਪਤਾਲ ਜਾਂ ਐਂਬੂਲੇਟਰੀ ਸਰਜੀਕਲ ਸੈਂਟਰ ਤੋਂ ਸੇਵਾਵਾਂ ਪ੍ਰਾਪਤ ਕਰਦੇ ਹੋ, ਤਾਂ ਉੱਥੇ ਕੁਝ ਪ੍ਰਦਾਤਾ ਨੈਟਵਰਕ ਤੋਂ ਬਾਹਰ ਹੋ ਸਕਦੇ ਹਨ। ਇਹਨਾਂ ਮਾਮਲਿਆਂ ਵਿੱਚ, ਸਭ ਤੋਂ ਵੱਧ ਉਹ ਪ੍ਰਦਾਤਾ ਤੁਹਾਨੂੰ ਬਿਲ ਦੇ ਸਕਦੇ ਹਨ ਜੋ ਤੁਹਾਡੀ ਯੋਜਨਾ ਦੀ ਇਨ-ਨੈਟਵਰਕ ਲਾਗਤ-ਸ਼ੇਅਰਿੰਗ ਰਕਮ ਹੈ। ਇਹ ਐਮਰਜੈਂਸੀ ਦਵਾਈ, ਅਨੱਸਥੀਸੀਆ, ਪੈਥੋਲੋਜੀ, ਰੇਡੀਓਲੋਜੀ, ਪ੍ਰਯੋਗਸ਼ਾਲਾ, ਨਿਓਨੈਟੋਲੋਜੀ, ਸਹਾਇਕ ਸਰਜਨ, ਹਸਪਤਾਲ ਦੇ ਡਾਕਟਰ, ਜਾਂ ਇੰਟੈਂਸਿਵਿਸਟ ਸੇਵਾਵਾਂ 'ਤੇ ਲਾਗੂ ਹੁੰਦਾ ਹੈ। ਇਹ ਪ੍ਰਦਾਤਾ ਤੁਹਾਡੇ ਬਿੱਲ ਨੂੰ ਸੰਤੁਲਿਤ ਨਹੀਂ ਕਰ ਸਕਦੇ ਹਨ ਅਤੇ ਹੋ ਸਕਦਾ ਹੈ ਕਿ ਤੁਹਾਨੂੰ ਬਕਾਇਆ ਬਿੱਲ ਨਾ ਹੋਣ ਲਈ ਤੁਹਾਡੀਆਂ ਸੁਰੱਖਿਆਵਾਂ ਛੱਡਣ ਲਈ ਨਾ ਕਰੋ।

ਜੇਕਰ ਤੁਸੀਂ ਇਹਨਾਂ ਇਨ-ਨੈਟਵਰਕ ਸੁਵਿਧਾਵਾਂ 'ਤੇ ਹੋਰ ਕਿਸਮ ਦੀਆਂ ਸੇਵਾਵਾਂ ਪ੍ਰਾਪਤ ਕਰਦੇ ਹੋ, ਤਾਂ ਨੈਟਵਰਕ ਤੋਂ ਬਾਹਰ ਪ੍ਰਦਾਤਾ ਤੁਹਾਡੇ ਬਿੱਲ ਨੂੰ ਸੰਤੁਲਿਤ ਨਹੀਂ ਕਰ ਸਕਦੇ, ਜਦੋਂ ਤੱਕ ਤੁਸੀਂ ਲਿਖਤੀ ਸਹਿਮਤੀ ਨਹੀਂ ਦਿੰਦੇ ਅਤੇ ਆਪਣੀਆਂ ਸੁਰੱਖਿਆਵਾਂ ਛੱਡ ਨਹੀਂ ਦਿੰਦੇ ਹੋ।

ਤੁਹਾਨੂੰ ਬਕਾਇਆ ਬਿਲਿੰਗ ਤੋਂ ਆਪਣੀਆਂ ਸੁਰੱਖਿਆਵਾਂ ਨੂੰ ਛੱਡਣ ਦੀ ਕਦੇ ਲੋੜ ਨਹੀਂ ਹੈ। ਤੁਹਾਨੂੰ ਨੈਟਵਰਕ ਤੋਂ ਬਾਹਰ ਦੇਖਭਾਲ ਪ੍ਰਾਪਤ ਕਰਨ ਦੀ ਵੀ ਲੋੜ ਨਹੀਂ ਹੈ। ਤੁਸੀਂ ਆਪਣੇ ਪਲਾਨ ਦੇ ਨੈਟਵਰਕ ਵਿੱਚ ਇੱਕ ਪ੍ਰਦਾਤਾ ਜਾਂ ਸਹੂਲਤ ਚੁਣ ਸਕਦੇ ਹੋ।

ਤੁਹਾਡੀ ਬੀਮਾ ਯੋਜਨਾ ਦੇ ਆਧਾਰ 'ਤੇ ਮੈਸੇਚਿਉਸੇਟਸ ਕਾਨੂੰਨ ਦੇ ਤਹਿਤ ਤੁਹਾਡੇ ਲਈ ਇੱਕ ਇਨ-ਨੈਟਵਰਕ ਸਹੂਲਤ 'ਤੇ ਨੈਟਵਰਕ ਤੋਂ ਬਾਹਰ ਪ੍ਰਦਾਤਾ ਦੁਆਰਾ ਪ੍ਰਦਾਨ ਕੀਤੀਆਂ ਗੈਰ-ਐਮਰਜੈਂਸੀ ਸੇਵਾਵਾਂ ਨਾਲ ਸਬੰਧਤ ਵਾਧੂ ਸੁਰੱਖਿਆ ਵੀ ਉਪਲਬਧ ਹੋ ਸਕਦੀ ਹੈ। ਜੇਕਰ ਮੈਸੇਚਿਉਸੇਟਸ ਕਾਨੂੰਨ ਦੇ ਅਧੀਨ ਸੁਰੱਖਿਆ ਤੁਹਾਡੇ 'ਤੇ ਲਾਗੂ ਹੁੰਦੀ ਹੈ, ਤਾਂ ਤੁਹਾਡੇ ਪ੍ਰਦਾਤਾਵਾਂ ਨੂੰ ਇਹ ਖੁਲਾਸਾ ਕਰਨਾ ਚਾਹੀਦਾ ਹੈ ਕਿ ਉਹ ਸੇਵਾ ਨਿਯਤ ਕਰਨ 'ਤੇ ਜਾਂ ਤੁਹਾਡੀ ਬੇਨਤੀ 'ਤੇ ਤੁਹਾਡੇ ਪਲਾਨ ਦੇ ਨੈਟਵਰਕ ਵਿੱਚ ਹਨ ਜਾਂ ਨਹੀਂ। ਜੇਕਰ ਕੋਈ ਪ੍ਰਦਾਤਾ ਤੁਹਾਡੇ ਪਲਾਨ ਦੇ ਨੈਟਵਰਕ ਵਿੱਚ ਨਹੀਂ ਹੈ, ਤਾਂ ਪ੍ਰਦਾਤਾ ਨੂੰ ਤੁਹਾਨੂੰ ਇਸਦੇ ਖਰਚਿਆਂ ਬਾਰੇ ਜਾਣਕਾਰੀ ਪ੍ਰਦਾਨ ਕਰਨੀ ਚਾਹੀਦੀ ਹੈ, ਤੁਹਾਡੀਆਂ ਅਨੁਮਾਨਿਤ ਜੇਬ ਖਰਚਿਆਂ ਸਮੇਤ ਕਿਸੇ ਵੀ ਸੁਵਿਧਾ ਫੀਸ, ਅਤੇ ਤੁਹਾਨੂੰ ਸੂਚਿਤ ਕਰਨਾ ਚਾਹੀਦਾ ਹੈ ਕਿ ਤੁਸੀਂ ਇੱਕ ਦੁਆਰਾ ਘੱਟ ਕੀਮਤ 'ਤੇ ਸੇਵਾਵਾਂ ਪ੍ਰਾਪਤ ਕਰਨ ਦੇ ਯੋਗ ਹੋ ਸਕਦੇ ਹੋ। ਇਨ-ਨੈਟਵਰਕ ਪ੍ਰਦਾਤਾ। ਜੇਕਰ ਕੋਈ ਪ੍ਰਦਾਤਾ ਤੁਹਾਨੂੰ ਇਹ ਲੋੜੀਂਦੇ ਖੁਲਾਸੇ ਪਹਿਲਾਂ ਤੋਂ ਨਹੀਂ ਕਰਦਾ ਹੈ, ਤਾਂ ਪ੍ਰਦਾਤਾ ਤੁਹਾਡੇ ਬਿੱਲ ਨੂੰ ਸੰਤੁਲਿਤ ਨਹੀਂ ਕਰ ਸਕਦਾ ਹੈ। ਮੈਸੇਚਿਉਸੇਟਸ ਕਾਨੂੰਨ ਦੇ ਤਹਿਤ ਇਹ ਸੁਰੱਖਿਆ ਤੁਹਾਡੇ 'ਤੇ ਲਾਗੂ ਨਹੀਂ ਹੁੰਦੀ ਹੈ ਜੇਕਰ ਤੁਸੀਂ ਇੱਕ ਰੁਜ਼ਗਾਰਦਾਤਾ ਸਵੈ-ਫੰਡਡ ਸਿਹਤ ਬੀਮਾ ਯੋਜਨਾ ਵਿੱਚ ਨਾਮ ਦਰਜ ਕਰਵਾਇਆ ਹੈ।

ਜਦੋਂ ਬਕਾਇਆ ਬਿਲਿੰਗ ਦੀ ਇਜਾਜ਼ਤ ਨਹੀਂ ਹੁੰਦੀ ਹੈ, ਤਾਂ ਤੁਹਾਡੇ ਕੋਲ ਇਹ ਸੁਰੱਖਿਆ ਵੀ ਹਨ:

- ਤੁਸੀਂ ਸਿਰਫ਼ ਲਾਗਤ ਦੇ ਆਪਣੇ ਹਿੱਸੇ ਦਾ ਭੁਗਤਾਨ ਕਰਨ ਲਈ ਜ਼ਿੰਮੇਵਾਰ ਹੋ (ਜਿਵੇਂ ਕਿ ਸਹਿ-ਭੁਗਤਾਨ, ਸਹਿ-ਬੀਮਾ, ਅਤੇ ਕਟੌਤੀਯੋਗ ਜੋ ਤੁਸੀਂ ਅਦਾ ਕਰੋਗੇ ਜੇਕਰ ਪ੍ਰਦਾਤਾ ਜਾਂ ਸਹੂਲਤ ਨੈਟਵਰਕ ਵਿੱਚ ਸੀ)। ਤੁਹਾਡੀ ਸਿਹਤ ਯੋਜਨਾ ਕਿਸੇ ਵੀ ਵਾਧੂ ਲਾਗਤ ਦਾ ਭੁਗਤਾਨ ਨੈਟਵਰਕ ਤੋਂ ਬਾਹਰ ਪ੍ਰਦਾਤਾਵਾਂ ਅਤੇ ਸਹੂਲਤਾਂ ਨੂੰ ਸਿੱਧੇ ਤੌਰ 'ਤੇ ਕਰੇਗੀ।

- ਆਮ ਤੌਰ 'ਤੇ, ਤੁਹਾਡੀ ਸਿਹਤ ਯੋਜਨਾ ਨੂੰ:

- ਐਮਰਜੈਂਸੀ ਸੇਵਾਵਾਂ ਨੂੰ ਕਵਰ ਕਰੇ ਬਿਨਾਂ ਤੁਹਾਨੂੰ ਸੇਵਾਵਾਂ ਲਈ ਪਹਿਲਾਂ ਤੋਂ ਮਨਜ਼ੂਰੀ ਲੈਣ ਦੀ ਲੋੜ ਹੈ (ਜਿਸ ਨੂੰ "ਪਹਿਲਾਂ ਅਧਿਕਾਰ" ਵੀ ਕਿਹਾ ਜਾਂਦਾ ਹੈ)।

- ਨੈਟਵਰਕ ਤੋਂ ਬਾਹਰ ਪ੍ਰਦਾਤਾਵਾਂ ਦੁਆਰਾ ਐਮਰਜੈਂਸੀ ਸੇਵਾਵਾਂ ਨੂੰ ਕਵਰ ਕਰੇ।

- ਤੁਹਾਡੇ ਦੁਆਰਾ ਪ੍ਰਦਾਤਾ ਜਾਂ ਸਹੂਲਤ (ਲਾਗਤ-ਸ਼ੇਅਰਿੰਗ) ਨੂੰ ਇਸ ਗੱਲ 'ਤੇ ਅਧਾਰਤ ਕਰੋ ਕਿ ਇਹ ਇੱਕ ਇਨ-ਨੈਟਵਰਕ ਪ੍ਰਦਾਤਾ ਜਾਂ ਸਹੂਲਤ ਦਾ ਕੀ ਭੁਗਤਾਨ ਕਰੇਗਾ ਅਤੇ ਲਾਭਾਂ ਦੀ ਤੁਹਾਡੀ ਵਿਆਖਿਆ ਵਿੱਚ ਉਹ ਰਕਮ ਦਿਖਾਓ।

- ਕਿਸੇ ਵੀ ਰਕਮ ਦੀ ਗਿਣਤੀ ਕਰੋ ਜੋ ਤੁਸੀਂ ਐਮਰਜੈਂਸੀ ਸੇਵਾਵਾਂ ਜਾਂ ਨੈਟਵਰਕ ਤੋਂ ਬਾਹਰ ਦੀਆਂ ਸੇਵਾਵਾਂ ਲਈ ਅਦਾ ਕਰਦੇ ਹੋ ਆਪਣੀ ਇਨ-ਨੈਟਵਰਕ ਕਟੌਤੀਯੋਗ ਅਤੇ ਜੇਬ ਤੋਂ ਬਾਹਰ ਦੀ ਸੀਮਾ ਦੇ ਅਨੁਸਾਰ।

ਜੇਕਰ ਤੁਸੀਂ ਸੋਚਦੇ ਹੋ ਕਿ ਤੁਹਾਨੂੰ ਗਲਤੀ ਨਾਲ ਬਿਲ ਦਿੱਤਾ ਗਿਆ ਹੈ, ਤਾਂ ਤੁਸੀਂ 1-800-985-3059 'ਤੇ ਨੌ ਸਰਪ੍ਰਾਈਜ਼ ਹੈਲਪ ਡੈਸਕ ਜਾਂ 888-830-6277 'ਤੇ ਮੈਸੇਚਿਉਸੇਟਸ ਅਟਾਰਨੀ ਜਨਰਲ ਦੇ ਦਫਤਰ ਨਾਲ ਸੰਪਰਕ ਕਰ ਸਕਦੇ ਹੋ।

ਸੰਘੀ ਕਾਨੂੰਨ ਅਧੀਨ ਆਪਣੇ ਅਧਿਕਾਰਾਂ ਬਾਰੇ ਹੋਰ ਜਾਣਕਾਰੀ ਲਈ <https://www.cms.gov/nosurprises> 'ਤੇ ਜਾਓ।

Ваши права и защитные механизмы против непредвиденных медицинских расходов

Когда вы получаете неотложную медицинскую помощь или лечитесь у медицинского специалиста, не входящего в страховой план, в больнице или амбулаторном хирургическом центре, входящем в страховой план, вы защищены от выписывания счетов на баланс. В этих случаях с вас не должны взимать больше, чем предусмотрено вашим планом доплат, совместного страхования и/или отчислений.

Что такое "выписывание счетов на баланс" (неожиданным выставлением счетов)?

Когда вы посещаете врача или другого медицинского работника, вы можете быть обязаны оплатить определённые расходы из собственных средств, например, доплату, сострахование или вычет. У вас могут возникнуть дополнительные расходы или вам придётся оплатить весь счёт, если вы обратитесь к врачу или посетите медицинское учреждение, не входящее в сеть вашего медицинского страхового плана.

"Вне сети" это поставщики и учреждения, которые не подписали договор с вашим медицинским страховым планом на предоставление услуг. Поставщикам, не входящим в сеть, может быть разрешено выставлять вам счёт на разницу между суммой, оплаченной вашим планом, и полной суммой, выставленной за услугу. Это называется "**выставлением счета на баланс**". Эта сумма, скорее всего, будет больше, чем стоимость той же услуги в сети, и может не учитываться при расчёте вычета или годового лимита на оплату услуг

"Неожиданное выставление счетов" - это неожиданный счёт за баланс. Это может произойти, когда вы не можете контролировать, кто участвует в оказании вам медицинской помощи - например, когда у вас экстренная ситуация или когда вы запланировали визит в учреждение, входящее в страховую сеть, но неожиданно получили лечение у поставщика, не входящего в сеть. Неожиданные медицинские счета могут стоить тысячи долларов в зависимости от процедуры или услуги

Вы защищены от выставления счетов за баланс:

Экстренные услуги

Если у вас экстренная медицинская ситуация и вы получаете экстренные услуги от поставщика или учреждения, не входящего в сеть, то максимум, что он может выставить вам, - это сумма участия в расходах вашего плана (например, доплаты, сострахование и вычеты). Балансовый счёт за эти экстренные услуги выставлять **нельзя**. Сюда входят услуги, которые вы можете получить после стабилизации состояния, если только вы не дадите письменное согласие и не откажетесь от защиты от выставления счетов за эти после-стабилизационные услуги.

Определённые услуги в больнице или амбулаторном хирургическом центре, входящем в сеть

Когда вы получаете услуги в больнице или амбулаторном хирургическом центре, входящем в сеть, некоторые поставщики могут быть вне сети. В таких случаях эти поставщики могут выставить вам счёт на сумму, равную сумме участия в расходах, предусмотренной вашим планом. Это относится к неотложной медицине, анестезии, патологии, радиологии, лаборатории, неонатологии, услуг ассистента хирурга, госпиталиста или intensivиста. Эти поставщики **не могут** выставить вам счёт на баланс и **не имеют** права просить вас отказаться от своей защиты от выставления счета на баланс.

Если вы получаете другие виды услуг в этих учреждениях, входящих в сеть, поставщики, не входящие в сеть, **не могут** выставить вам счёт за баланс, если только вы не дадите письменное согласие и не откажетесь от своей защиты.

Вы никогда не обязаны отказываться от защиты от выставления счетов за баланс. Вы также не обязаны получать медицинскую помощь вне сети. Вы можете выбрать поставщика услуг или учреждение в сети вашего плана.

Дополнительные меры защиты, связанные с оказанием не экстренных услуг поставщиком, не входящим в сеть, в учреждении, входящем в сеть, также могут быть доступны вам по закону штата Массачусетс в зависимости от вашего страхового плана. Если к вам применимы меры защиты по закону штата Массачусетс, ваши поставщики должны сообщить, входят ли они в сеть вашего страхового плана, при составлении расписания обслуживания или по вашему запросу. Если поставщик услуг не входит в сеть вашего плана, он должен предоставить вам информацию о своих расценках, ваших предполагаемых расходах из своего кармана, включая любые сборы учреждения, и сообщить вам, что вы можете получить услуги по более низкой цене у поставщика, входящего в сеть. Если поставщик не предоставит вам эти необходимые сведения заранее, он не сможет выставить вам счёт по балансу. Эти меры защиты по закону штата Массачусетс не распространяются на вас, если вы зачислены в план самофинансируемого медицинского страхования работодателя.

Когда выставление счетов на баланс не разрешено, у вас также есть следующие меры защиты:

- Вы несёте ответственность только за оплату своей доли расходов (например, соплатежей, сострахования и вычета, которые вы бы заплатили, если бы поставщик или учреждение находились в сети). Ваш медицинский страховой план будет оплачивать любые дополнительные расходы поставщиков и учреждений, не входящих в сеть, напрямую.
- Как правило, ваш медицинский страховой план должен:
 - Покрывать услуги неотложной помощи, не требуя от вас предварительного разрешения на их получение (также известное как "предварительное разрешение").
 - Покрытие услуг неотложной помощи, оказываемых поставщиками, не входящими в сеть.
 - Исходите из того, что вы должны поставщику или учреждению (участие в расходах), исходя из того, сколько бы он заплатил поставщику или учреждению, входящему в сеть, и укажите эту сумму в объяснении льгот.
 - Зачитывайте любую сумму, которую вы заплатили за услуги неотложной помощи или услуги вне сети, в свой лимит расходов и лимит на оплату услуг в сети.

Если вы считаете, что вам был выставлен ошибочный счёт, вы можете обратиться в справочную службу "Без Сюрпризов" по телефону 1-800-985-3059 или в Генеральную Прокуратуру штата Массачусетс по телефону 888-830-6277.

Посетите сайт <https://www.cms.gov/nosurprises> для получения дополнительной информации о ваших правах в соответствии с федеральным законодательством.

Quyền và Các Biện pháp Bảo vệ Khỏi Việc Bị Lập Hóa đơn Y tế Bất Ngờ

Khi ông/bà nhận được các dịch vụ chăm sóc cấp cứu hoặc được điều trị bởi một nhà cung cấp dịch vụ ngoài mạng lưới tại bệnh viện hoặc cơ sở phẫu thuật ngoại trú trong mạng lưới, ông/bà được bảo vệ khỏi việc bị lập các hóa đơn phụ trội. Trong những trường hợp này, ông/bà sẽ không bị tính phí nhiều hơn các khoản đồng thanh toán, đồng bảo hiểm và/hoặc khoản khấu trừ trong chương trình bảo hiểm sức khỏe của ông/bà.

What is “balance billing” (sometimes called “surprise billing”)?

“Lập hóa đơn phụ trội” (đôi khi được gọi là “lập hóa đơn bất ngờ”) là gì?

Khi ông/bà thăm khám với bác sĩ hoặc nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe khác, ông/bà có thể phải chịu các khoản chi phí tự chi trả nhất định, như là đồng thanh toán, đồng bảo hiểm hoặc các khoản khấu trừ. Ông/bà có thể có thêm các khoản chi phí khác hoặc phải thanh toán toàn bộ hóa đơn nếu ông/bà thăm khám với nhà cung cấp dịch vụ hoặc thăm khám tại một cơ sở chăm sóc sức khỏe không thuộc mạng lưới nhà cung cấp dịch vụ trong chương trình bảo hiểm sức khỏe của ông/bà.

“Ngoài mạng lưới” có nghĩa là nhà cung cấp dịch vụ và cơ sở chăm sóc sức khỏe chưa ký hợp đồng với chương trình bảo hiểm sức khỏe của ông/bà để cung cấp dịch vụ. Các nhà cung cấp dịch vụ ngoài mạng lưới có thể lập hóa đơn cho ông/bà về khoản tiền chênh lệch giữa số tiền mà chương trình bảo hiểm sức khỏe của ông/bà chi trả cho nhà cung cấp dịch vụ và tổng số tiền toàn bộ cho một dịch vụ. Tình trạng này được gọi là “**lập hóa đơn phụ trội**”. Số tiền này có thể nhiều hơn khoản chi phí chi trả cho nhà cung cấp dịch vụ hoặc cơ sở chăm sóc sức khỏe trong mạng lưới cho cùng một dịch vụ và có thể không được tính vào hạn mức chi phí tự chi trả hàng năm hoặc khấu trừ từ chương trình bảo hiểm sức khỏe của ông/bà.

“Lập hóa đơn bất ngờ” là lập một hóa đơn phụ trội không mong muốn. Điều này có thể xảy ra khi ông/bà không biết rõ danh sách các nhà cung cấp dịch vụ hoặc cơ sở chăm sóc sức khỏe tham gia vào chương trình bảo hiểm sức khỏe của ông/bà - như là khi ông/bà gặp trường hợp cấp cứu hoặc khi ông/bà đặt lịch khám tại một cơ sở trong mạng lưới nhưng được điều trị ngoài ý muốn bởi nhà cung cấp dịch vụ ngoài mạng lưới. Các hóa đơn y tế bất ngờ này có thể tốn kém lên tới hàng nghìn đô la tùy thuộc vào thủ tục hoặc dịch vụ.

Ông/bà sẽ được bảo vệ khỏi việc bị lập hóa đơn phụ trội đối với các trường hợp sau:

Các dịch vụ cấp cứu

Nếu ông/bà gặp phải tình trạng cấp cứu và nhận được các dịch vụ cấp cứu từ một nhà cung cấp dịch vụ hoặc cơ sở chăm sóc sức khỏe ngoài mạng lưới, thì khoản tiền nhiều nhất họ có thể lập hóa đơn cho ông/bà là khoản tiền chia sẻ chi phí trong mạng lưới từ chương trình bảo hiểm sức khỏe của ông/bà (như là khoản đồng thanh toán, đồng bảo hiểm và các khoản khấu trừ). Nhà

cung cấp dịch vụ hoặc cơ sở chăm sóc sức khỏe không thể tính hóa đơn phụ trội đối với các dịch vụ cấp cứu này. Điều này bao gồm các dịch vụ ông/bà có thể nhận được sau khi ông/bà ở trong tình trạng ổn định, trừ khi ông/bà đồng ý bằng văn bản từ bỏ các biện pháp bảo vệ không bị lập hóa đơn phụ trội cho các dịch vụ cung cấp trong giai đoạn ổn định này.

Một số dịch vụ tại bệnh viện hoặc cơ sở phẫu thuật ngoại trú trong mạng lưới

Khi ông/bà nhận được các dịch vụ từ một bệnh viện hoặc cơ sở phẫu thuật ngoại trú trong mạng lưới, một số nhà cung cấp dịch vụ ở đó có thể ngoài mạng lưới. Trong những trường hợp này, hầu hết các nhà cung cấp dịch vụ này có thể lập hóa đơn cho ông/bà là khoản tiền chia sẻ chi phí trong mạng lưới từ chương trình bảo hiểm sức khỏe của ông/bà, áp dụng cho các dịch vụ y tế cấp cứu, gây mê, điều trị bệnh lý, X quang, xét nghiệm, sơ sinh, phụ mổ, dịch vụ bác sĩ bệnh viện hoặc dịch vụ bác sĩ chuyên khoa. Các nhà cung cấp dịch vụ này **không thể** tính hóa đơn phụ trội cho ông/bà và **không** thể yêu cầu ông/bà từ bỏ các biện pháp bảo vệ không bị lập hóa đơn phụ trội.

Nếu ông/bà nhận được các dịch vụ khác tại các cơ sở chăm sóc sức khỏe trong mạng lưới, các nhà cung cấp dịch vụ ngoài mạng lưới **không thể** lập hóa đơn phụ trội cho ông/bà, trừ khi ông/bà đồng ý bằng văn bản từ bỏ các biện pháp bảo vệ của ông/bà.

Ông/bà không bao giờ bị bắt buộc phải từ bỏ các biện pháp bảo vệ khỏi việc bị lập hóa đơn phụ trội. Ông/bà cũng không bị bắt buộc phải sử dụng các dịch vụ chăm sóc ngoài mạng lưới. Ông/bà có thể chọn một nhà cung cấp dịch vụ hoặc cơ sở chăm sóc sức khỏe trong mạng lưới từ chương trình bảo hiểm sức khỏe của ông/bà.

Các biện pháp bảo vệ bổ sung liên quan đến các dịch vụ không khẩn cấp thực hiện bởi nhà cung cấp dịch vụ ngoài mạng lưới tại một cơ sở chăm sóc sức khỏe trong mạng lưới cũng có thể dành cho ông/bà theo luật Massachusetts tùy thuộc vào chương trình bảo hiểm sức khỏe của ông/bà. Nếu các biện pháp bảo vệ theo luật Massachusetts áp dụng cho ông/bà, các nhà cung cấp dịch vụ của ông/bà phải cho biết họ có thuộc mạng lưới trong chương trình bảo hiểm sức khỏe của ông/bà hay không khi đặt lịch cho một dịch vụ y tế hoặc theo yêu cầu của ông/bà. Nếu nhà cung cấp dịch vụ không thuộc mạng lưới chương trình bảo hiểm sức khỏe của ông/bà, nhà cung cấp dịch vụ phải cho ông/bà biết thông tin về các khoản chi phí, chi phí tự chi trả dự kiến bao gồm các khoản phí cơ sở vật chất, và thông báo cho ông/bà biết rằng ông/bà có thể nhận được các dịch vụ với chi phí thấp hơn thông qua nhà cung cấp dịch vụ trong mạng lưới. Nếu nhà cung cấp dịch vụ không cho ông/bà biết trước những thông tin cần thiết này, nhà cung cấp dịch vụ không thể lập hóa đơn phụ trội cho ông/bà. Các biện pháp bảo vệ này theo luật Massachusetts không áp dụng cho ông/bà nếu ông/bà đăng ký tham gia chương trình bảo hiểm y tế tự tài trợ của đơn vị sử dụng lao động.

Khi việc lập hóa đơn phụ trội không được cho phép, ông/bà còn có các biện pháp bảo vệ sau đây:

- Ông/bà chỉ chịu trách nhiệm thanh toán các khoản tiền chia sẻ chi phí của ông/bà (bao gồm khoản đồng thanh toán, đồng bảo hiểm và khoản khấu trừ mà ông/bà sẽ trả nếu nhà cung cấp dịch vụ hoặc cơ sở chăm sóc sức khỏe trong mạng lưới). Chương trình bảo hiểm sức

khỏe của ông/bà sẽ trực tiếp chi trả các khoản chi phí khác cho các nhà cung cấp dịch vụ và cơ sở chăm sóc sức khỏe ngoài mạng lưới.

- Nói chung, chương trình bảo hiểm sức khỏe của ông/bà phải:
 - Chi trả các dịch vụ cấp cứu mà không yêu cầu phải được ông/bà chấp thuận trước cho các dịch vụ (còn được gọi là “ủy quyền trước”).
 - Chi trả các dịch vụ cấp cứu của nhà cung cấp dịch vụ ngoài mạng lưới.
 - Tính trách nhiệm thanh toán của ông/bà (khoản chia sẻ chi phí) dựa trên các khoản tiền mà họ sẽ chi trả cho nhà cung cấp dịch vụ hoặc cơ sở chăm sóc sức khỏe trong mạng lưới và nêu rõ khoản tiền đó trong tài liệu giải thích quyền lợi của ông/bà.
 - Tính tất cả khoản tiền ông/bà phải trả cho các dịch vụ cấp cứu hoặc các dịch vụ ngoài mạng lưới vào hạn mức khấu trừ và hạn mức chi phí tự chi trả trong mạng lưới của ông/bà.

Nếu ông/bà cho rằng ông/bà đã bị lập hóa đơn sai, ông/bà có thể liên hệ với bộ phận hỗ trợ No Surprises theo số 1-800-985-3059 hoặc Văn phòng Tổng chưởng lý Massachusetts theo số 888-830-6277.

Truy cập website <https://www.cms.gov/nosurranty> để biết thêm thông tin về các quyền của ông/bà theo luật liên bang.