

Prawa i ochrona pacjenta przed niespodziewanymi rachunkami medycznymi

Czasem trudno jest zrozumieć rachunki medyczne. Chcemy, aby pacjenci znali swoje prawa.

Prawa pacjenta:

- Brak niespodziewanych rachunków
- Brak rachunków wyrównujących
- Oszacowanie w dobrej wierze, jeśli pacjent nie ma ubezpieczenia zdrowotnego

Wyjaśnienie opłat „w sieci” i „poza siecią”

Aby utrzymać koszty na niskim poziomie, plan opieki zdrowotnej zawiera umowy ze świadczeniodawcami i placówkami medycznymi. Gdy pacjent korzysta z tych świadczeń, jego opłaty są niższe. Są to świadczeniodawcy i placówki „**w sieci**”.

Świadczeniodawcy lub placówki, z którymi plan opieki zdrowotnej nie ma podpisanej umowy, są „**poza siecią**”. W przypadku korzystania z opieki poza siecią opłaty będą wyższe.

Brak niespodziewanych rachunków

Niespodziewany rachunek to nieoczekiwany rachunek za leczenie i naliczenie kosztów poza siecią, gdy pacjent nie wybrał celowo opieki spoza sieci. Może się to zdarzyć, gdy potrzebna jest pomoc w nagłych wypadkach, a pacjent przebywał poza swoim rejonem. Może się to również zdarzyć, jeśli pacjent nie wiedział, że dany świadczeniodawca jest poza siecią, ponieważ był leczony w placówce należącej do sieci.

Brak rachunków wyrównujących

Rachunek wyrównujący to sytuacja, w której pacjent zostaje obciążony różnicą między kosztami w sieci a kosztami poza siecią za pomoc w nagłych wypadkach lub za usługi świadczeniodawców spoza sieci, na które nie wyraził zgody przed udzieleniem pomocy. Opłata ta jest zwykle wyższa niż koszty w sieci. Może nie wliczać się do udziału własnego.

Pacjenci są chronieni przed rachunkami wyrównującymi za:

Usługi w nagłych wypadkach

W przypadku nagłych problemów zdrowotnych i korzystania z usług w nagłych wypadkach u dostawcy lub w placówce spoza sieci dostawca lub placówka może wystawić rachunek na maksymalną kwotę udziału w kosztach w sieci (jak współpłatności i współubezpieczenie). Pacjent nie może otrzymać rachunku wyrównującego za te usługi w nagłych wypadkach. Dotyczy to również usług, które mogą być świadczone po ustabilizowaniu stanu pacjenta, chyba że pacjent wyrazi na to pisemną zgodę i zrezygnuje z ochrony przed rachunkiem wyrównującym za te usługi po ustabilizowaniu jego stanu.

Niektóre usługi w szpitalu lub ambulatoryjnym ośrodku chirurgicznym należącym do sieci

Niektórzy świadczeniodawcy w szpitalach i ambulatoryjnych ośrodkach chirurgicznych należących do sieci mogą być spoza sieci. W takich przypadkach świadczeniodawcy mogą obciążyć pacjenta jedynie kwotą udziału w kosztach w sieci obowiązującą w ramach planu. Dotyczy to usług z zakresu medycyny ratunkowej, anestezjologii, patologii, radiologii, laboratorium, neonatologii, asystenta chirurga, lekarza szpitalnego i pracownika oddziału intensywnej terapii. Ci świadczeniodawcy nie mogą wystawiać rachunków wyrównujących i nie mogą prosić o rezygnację z ochrony przed wystawianiem rachunków wyrównujących.

Jeśli pacjent korzysta z innych usług w tych placówkach należących do sieci, świadczeniodawcy spoza sieci nie mogą wystawiać rachunków wyrównujących, chyba że pacjent wyrazi na to pisemną zgodę i zrezygnuje z przysługującej mu ochrony.

Oszacowanie w dobrej wierze

Oszacowanie w dobrej wierze to szacunek oparty na stanie wiedzy posiadanym w momencie jego sporządzania. Obejmuje szacunkowe koszty opieki podczas wizyty, w tym powiązanej opieki, która jest racjonalnie przewidywana jako bezpośredni rezultat wizyty. Jeśli pacjent nie ma ubezpieczenia lub postanowi sam płacić za opiekę medyczną, ma prawo do oszacowania kosztów w dobrej wierze. Ponieważ leczenie może być różne i schorzenie może ulec zmianie, nie możemy zagwarantować, że oszacowanie w dobrej wierze będzie odpowiadało rzeczywistym kosztom opieki.

Ochrona pacjenta:

Pacjent jest zobowiązany do pokrycia **swojej części** kosztów opieki medycznej (współpłatność, współubezpieczenie i udział własny).

Pacjent nigdy nie musi rezygnować z ochrony przed rachunkiem

wyrównującym. Nie ma obowiązku korzystania z opieki poza siecią.

Plan opieki zdrowotnej jest zobowiązany:

- pokryć koszty opieki w nagłych wypadkach bez konieczności uzyskania wcześniejszej zgody;
- pokryć koszty usług w nagłych wypadkach świadczonych przez świadczeniodawców spoza sieci i wystawiać rachunki jak w przypadku świadczeniodawców należących do sieci, chyba że pacjent wyrazi na to pisemną zgodę;
- wliczyć każdą kwotę zapłaconą za pomoc w nagłych wypadkach lub usługi świadczone poza siecią do udziału własnego i limitu wydatków pokrytych z własnej kieszeni.

Gdzie uzyskać pomoc?

W przypadku jakichkolwiek pytań lub wątpliwości dotyczących wizyty, w tym pytań dotyczących dostawców w sieci, szacunków w dobrej wierze lub wątpliwości dotyczących faktur należy skontaktować się z Działem Obsługi Klienta Tower Health pod numerem 484-628-3528. Nasz personel jest przeszkolony i gotowy do pomocy pacjentom.

Dodatkowa pomoc w znalezieniu świadczeniodawców w sieci

Można skontaktować się z Departamentem Ubezpieczeń Pensylwanii za pośrednictwem strony www.insurance.pa.gov/nosurprise lub zadzwonić pod numer 1-877-881-6388 lub TTY/TTD: 717-783-3898 w razie trudności ze znalezieniem świadczeniodawcy lub placówki należącej do sieci planu.

Dodatkowa pomoc w przypadku niesłusznego wystawienia rachunku

Można zadzwonić do amerykańskiego Centrum Usług Medicare (CMS) pod numer 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) lub odwiedzić stronę <https://www.cms.gov/nosurprises> (<https://www.cms.gov/nosurprises>), aby uzyskać więcej informacji na temat swoich praw według prawa federalnego.

Dodatkowa pomoc z szacowaniem w dobrej wierze

Więcej informacji na temat praw do szacowania w dobrej wierze można też uzyskać na stronie [cms.gov/nosurprises](https://www.cms.gov/nosurprises) (<https://www.cms.gov/nosurprises>) lub pod numerem 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227).