

Ang Iyong Mga Karapatan at Mga Proteksyon Laban sa Mga Sorpresang Medikal na Bill

Kapag nakakuha ka ng emergency na pangangalaga o ginagamot ng isang provider na wala sa network o nasa in-network ospital o ambulatory surgical center, protektado ka mula sa pagsingil sa balanse. Sa mga kasong ito, hindi ka dapat singilin ng higit sa mga copayment, coinsurance at/o deductible ng iyong plan.

Ano ang “balance billing” (minsan tinatawag na “sorpresang billing”)?

Kapag nagpatingin ka sa doktor o iba pang health care provider, maaari kang magkaroon ng ilang partikular na gastos na mula sa balsa, tulad ng isang copayment, coinsurance, o deductible. Maaari kang magkaroon ng mga karagdagang gastos o kailangan mong bayaran ang buong bayarin kung magpatingin ka sa isang provider o bumisita sa health care facility na wala sa network ng iyong health plan.

Ang ibig sabihin ng “wala sa network” ay mga provider at pasilidad na hindi pa pumipirma ng kontrata sa iyong health plan para magbigay ng mga serbisyo. Maaaring payagan ang mga provider na wala sa network na singilin ka para sa pagkakaiba sa pagitan ng binabayaran ng iyong plano at ng buong halagang sinisingil para sa isang serbisyo. Ang tawag dito ay “**balance billing.**” Ang halagang ito ay higit pa sa mga gastos sa network para sa parehong serbisyo at maaaring hindi mabibilang sa deductible o taunang mula-sa-balsa na limitasyon ng iyong plano.

Ang “Sorpresang billing” ay isang hindi inaasahang bill ng balanse. Maaaring mangyari ito kapag hindi mo makontrol kung sino ang nasasangkot sa iyong pangangalaga—tulad ng kapag mayroon kang emergency o kapag nag-iskedyul ka ng pagbisita sa isang pasilidad na nasa network ngunit hindi inaasahang ginagamot ng isang provider na wala sa network. Ang mga sorpresang singil sa medikal ay maaaring makagastos ng libu-libong dolyar depende sa pamamaraan o serbisyo.

Pinoprotektahan ka mula sa balance billing para sa:

MGA SERBISYONG EMERGENCY Kung mayroon kang emergency na kondisyong medikal at kumuha ng mga serbisyong pang-emergency mula sa isang provider o pasilidad na wala sa network, ang pinakamaraming masingil nila sa iyo ay ang halaga ng cost-sharing sa network ng iyong plano (tulad ng mga copayment, coinsurance, at deductible). Hindi ka **maaaring** sisingilin ng balanse para sa mga serbisyong pang-emergency na ito. Kabilang dito ang mga serbisyong maaari mong makuha pagkatapos mong nasa stable na kondisyon, maliban kung magbibigay ka ng nakasulat na pahintulot at isuko ang iyong mga proteksyon upang hindi masingil ng balanse para sa mga serbisyong ito post-stabilization.

Ayon sa Out-Of-Network na mandate na nilagdaan ni Gobernador Phil Murphy noong 2018, (*Out-of-Network Consumer Protection Transparency, Cost Containment and Accountability Act, P.L. 2018*) ang mga proteksyon ay ibinibigay sa lahat ng pasyente patungkol sa sorpresang pagsingil sa ospital sa estado ng New Jersey. Hindi sisingilin ng Cooper University Health Care ang mga pasyente nang higit sa mga pasyente na nasa network cost share para sa emerhensiya/hindi sinasadyang mga serbisyo sa labas ng network.

ILANG MGA SERBISYO SA ISANG IN-NETWORK HOSPITAL O AMBULATORY SURGICAL CENTER Kapag nakakuha ka ng mga serbisyo mula sa isang in-network na ospital o ambulatory surgical center, ang ilang partikular na provider ay maaaring wala sa network. Sa mga kasong ito, ang pinakamaraming masingil sa iyo ng mga provider na iyon ay ang halaga ng in-network cost-sharing ng iyong plano. Nag-aaplay ito sa pang-emerhensiyang gamot, anesthesia, patolohiya, radiology, laboratory, neonatology, assistant surgeon, hospitalist, o mga serbisyo ng intensivist. Hindi masingil ng mga provider na ito ang balanse sa iyo at maaaring hindi hilingin sa iyo na isuko ang iyong mga proteksyon upang hindi masingil ng balanse.

Kung kukuha ka ng iba pang mga uri ng serbisyo sa mga pasilidad na ito sa network, **hindi ka** masingil ng balanse ng mga provider na wala sa network, maliban kung magbibigay ka ng nakasulat na pumayag at isuko ang iyong mga proteksyon.

Hindi mo kailangang isuko ang iyong mga proteksyon mula sa pagsingil sa balanse. Hindi ka rin kailangan na kumuha ng pangangalaga sa labas ng network. Maaari kang pumili ng provider o pasilidad sa network ng iyong plano.

Kapag hindi pinapayagan ang pagsingil sa balanse, mayroon ka ring mga proteksyong ito:

- Responsibilidad mo lang na bayaran ang iyong bahagi sa gastos (tulad ng mga copayment, coinsurance, at deductible na babayaran mo kung ang provider o pasilidad ay nasa network). Direktang babayaran ng iyong health plan ang anumang karagdagang gastos sa mga provider at pasilidad na wala sa network.

Sa pangkalahatan, ang iyong health plan ay dapat na:

- ◆ Saklawin ang mga serbisyong pang-emergency nang hindi hinihiling sa iyo na makakuha ng pag-apruba para sa mga serbisyo nang maaga (kilala rin bilang “paunang awtorisasyon”).
- ◆ Saklawin ang mga serbisyong pang-emergency ng mga provider na wala sa network.
- ◆ Ibase kung ano ang utang mo sa provider o pasilidad (cost-sharing) sa kung ano ang babayaran nito sa isang provider o pasilidad na nasa network at ipakita iyong halaga sa iyong pagpapaliwanag ng mga benepisyo.
- ◆ Bilangin ang anumang halagang binabayaran mo para sa mga serbisyong pang-emergency o mga serbisyong wala sa network patungo sa iyong in-network deductible at mula-sa- balsa na limitasyon.

Kung sa tingin mo ay nasingil ka nang mali, makipag-ugnayan sa Center for Medicare and Medicaid Services sa [1.800.985.3059](tel:1.800.985.3059). Bisitahin ang [cms.gov/nosurprises/consumers](https://www.cms.gov/nosurprises/consumers) para sa karagdagang impormasyon tungkol sa iyong mga karapatan sa ilalim ng pederal na batas. Kontakin ang [1.800.792.9770](tel:1.800.792.9770) o bisitahin ang nj.gov/health/healthfacilities para sa karagdagang impormasyon tungkol sa iyong mga karapatan sa ilalim ng batas ng estado ng New Jersey.

May karapatan kang makatanggap ng “Good Faith Estimate” na nagpapaliwanag kung magkano ang magiging gastos ng iyong health care.

Sa ilalim ng batas, kailangang bigyan ng mga health care provider ang mga pasyenteng **walang insurance o nagbabayad para sa mga serbisyong mula sa balsa (sariling bayad)** ng pagtatantya ng kanilang singil para sa mga health care item at serbisyo bago ibigay ang mga item o serbisyong iyon.

- nag-iskedyul ng mga naturang item o serbisyo. Kabilang dito ang mga kaugnay na gastos tulad ng mga medikal na pagsusuri, mga iniresetang gamot, kagamitan, at mga bayarin sa ospital.
- Kung nag-iskedyul ka ng isang health care item o serbisyo nang hindi bababa sa 3 araw ng negosyo nang mas maaga, siguraduhin na ang iyong health care provider o pasilidad ay magbibigay sa iyo ng Good Faith Estimate na nakasulat sa loob ng 1 araw ng negosyo pagkatapos ng pag-iskedyul. Kung mag-iskedyul ka ng health care item o serbisyo nang hindi bababa sa 10 araw ng negosyo nang mas maaga, siguraduhin na ang iyong health care provider o pasilidad ay magbibigay sa iyo ng Good Faith Estimate nang nakasulat sa loob ng 3 araw ng negosyo pagkatapos ng pag-iskedyul. Maaari ka ring humiling sa sinumang health care provider o pasilidad para sa isang Good Faith Estimate bago ka mag-iskedyul ng isang item o serbisyo. Kung gagawin mo, siguraduhin na ang health care provider o pasilidad ay magbibigay sa iyo ng Good Faith Estimate nang nakasulat sa loob ng 3 araw ng negosyo pagkatapos mong magtanong.
- Kung nakatanggap ka ng bill na hindi bababa sa \$400 na higit pa para sa anumang provider o pasilidad kaysa sa iyong Good Faith Estimate mula sa provider o pasilidad na iyon, maaari mong i-dispute ang bill.

Para sa mga tanong o karagdagang impormasyon tungkol sa iyong karapatan sa isang Good Faith Estimate, bisitahin ang www.cms.gov/nosurprises/consumers, i-email ang FederalPPDRQuestions@cms.hhs.gov, o tawagan ang [1.800.985.3059](tel:1.800.985.3059).