

의료비 과다 청구에 대한 권리 및 보호

네트워크 소속 병원 또는 외래 수술 센터에서 네트워크 비소속 의료 서비스 제공자로부터 응급 진료를 받거나 치료를 받을 경우, 차액 청구(Balance billing)로부터 보호받습니다. 이러한 경우, 보험의 기본분담금, 가입자분담금 또는 가입자부담금보다 더 많은 금액이 청구되어서는 안 됩니다.

"차액 청구"(때때로 "과다 청구"라고도 함)란 무엇인가?

의사나 다른 의료 서비스 제공자에게 진료를 받을 때 기본분담금, 가입자분담금 또는 가입자부담금과 같은 특정 본인 부담 비용이 발생할 수 있습니다. 귀하의 건강 보험 회사 네트워크에 소속되지 않은 비소속 의료 서비스 제공자를 만나거나 의료 서비스 시설을 방문하는 경우, 추가 비용이 발생하거나 전체 청구서 금액을 지불해야 할 수도 있습니다.

"네트워크 비소속"은 서비스를 제공하기 위해 건강 보험 회사와 계약을 맺지 않은 의료 서비스 제공자 및 시설을 의미합니다. 네트워크 비소속 의료 서비스 제공자는 귀하의 보험 회사에서 지불하는 금액과 서비스에 대해 청구된 전체 금액 간의 차액을 귀하에게 청구할 수 있습니다. 이를 "차액 청구"라고 합니다. 이 금액은 동일한 서비스에 대한 네트워크 소속에 지불하는 비용보다 더 많을 수 있으며, 보험의 가입자부담금 또는 연간 가입자 부담 최대 한도액에 포함되지 않을 수도 있습니다.

"과다 청구(Surprise billing)"는 예상치 못한 차액 청구입니다. 예를 들어, 응급 상황이 발생하거나 네트워크 소속 의료 서비스 시설을 방문하기로 예약했지만 예기치 않게 네트워크 비소속 의료 서비스 제공자로부터 진료를 받은 경우처럼 귀하가 진료에 관련된 사람을 통제할 수 없을 때 발생할 수 있습니다. 예상치 못한 의료비는 시술 또는 서비스에 따라 수천 달러에 달할 수 있습니다.

다음의 차액 청구로부터 보호:

응급 서비스

귀하가 응급 의료 상태에서 네트워크 비소속 의료 서비스 제공자 또는 시설로부터 응급

서비스를 받는 경우, 해당 의료 서비스 제공자나 시설이 귀하에게 청구할 수 있는 최대 금액은 귀하가 네트워크 소속에 지불하는 분담금액(기본분담금, 가입자분담금 및 가입자부담금)입니다. 이러한 응급 서비스에 대해서는 차액 청구를 할 수 없습니다. 여기에는 건강 상태 안정화 후 서비스에 대해 서면으로 동의하고 차액 청구를 피하기 위한 보호를 포기하지 않는 한, 안정적인 상태가 된 후에 받을 수 있는 서비스도 포함됩니다.

2018 년, Phil Murphy 주지사가 서명한 네트워크 비소속 보호명령(네트워크 비소속 소비자 보호 투명성, 비용 억제 및 책임에 관한 법률, P.L. 2018)에 따라 뉴저지 주에서는 과다 청구와 관련하여 모든 환자가 보호를 받게 되었습니다. Capital Health 는 응급/우발적 네트워크 비소속 서비스에 대하여 환자에게 네트워크 소속 비용 부담금보다 더 많은 비용을 청구하지 않습니다.

네트워크 소속 병원 또는 외래 수술 센터의 특정 서비스

네트워크 소속 병원이나 외래 수술 센터에서 의료 서비스를 받을 때 특정 의료 서비스 제공자는 네트워크 비소속 의료 서비스 제공자일 수도 있습니다. 이러한 경우, 해당 의료 서비스 제공자가 청구할 수 있는 최대 금액은 귀하의 보험의 네트워크 소속 분담금액입니다. 이는 응급 진료, 마취, 병리학, 방사선과, 검사실, 신생아과, 보조외과의, 입원 환자 전문의 또는 중환자 전문 치료 서비스 등에 적용됩니다. 이러한 의료 서비스 제공자는 차액을 청구할 수 없으며, 차액 청구를 피하기 위한 보호를 포기하도록 요구할 수 없습니다.

이러한 네트워크 소속 의료 서비스 시설에서 다른 유형의 서비스를 받을 경우, 귀하가 서면으로 동의하여 보호를 포기하지 않는 한, 네트워크 비소속 의료 서비스 제공자는 귀하에게 차액을 청구할 수 없습니다.

차액 청구 보호를 포기할 필요가 없습니다. 또한 네트워크 비소속으로부터 진료를 받을 필요도 없습니다. 건강 보험 네트워크 소속 의료 서비스 제공자 또는 시설을 선택할 수 있습니다.

차액 청구가 허용되지 않는 경우, 다음의 보호 조치도 보유

귀하의 분담금액(의료 서비스 제공자 또는 시설이 네트워크 소속인 경우 지불할 기본분담금, 가입자분담금 및 가입자부담금)만 지불할 책임만 있습니다. 귀하의 건강 보험 회사가 네트워크 비소속 의료 서비스 제공자 및 시설에 추가 비용을 직접 비용을 지불합니다.

건강 보험에서 수행해야 하는 사항들:

사전에 서비스 승인("사전 승인"이라고도 함)을 받을 필요 없이 응급 서비스를 보장합니다.

네트워크 비소속 의료 서비스 제공자의 응급 서비스를 보장합니다.

의료 서비스 제공자 또는 시설에 지불해야 할 금액(분담금액)은 네트워크 소속 의료 서비스 제공자 또는 시설에 지불하는 비용에 기반을 두며, 그 금액을 혜택 설명서에 명시합니다.

응급 서비스 또는 네트워크 비소속 의료 서비스에 대한 비용을 네트워크 소속 가입자부담금 및 가입자 부담 최대 한도액에 포함해 계산합니다.

부당한 청구를 받은 것으로 생각되면 Medicare 및 Medicaid 서비스 센터(1-800-985-3059)에 문의하십시오. 연방법에 따른 권리에 대해 자세히 알고 싶으시면 www.cms.gov/nosurprises/consumers에 접속하십시오. 뉴저지 주법에 따른 귀하의 권리에 대한 자세한 내용은 1-800-792-9770 번으로 문의하거나 www.nj.gov/health/healthfacilities에서 확인하십시오.

"예상 비용 견적서(Good Faith Estimate)"를 받을 권리

법에 따라 의료 서비스 제공자는 특정 유형의 의료 서비스 커버리지 없거나 이용하지 않는 환자에게 해당 항목이나 서비스를 제공하기 전, 의료 서비스 항목 및 서비스에 대한 청구 예상 금액을 제공할 필요가 있습니다.

- 귀하는 요청 시 또는 이같은 항목이나 서비스 예약 시 의료 서비스 항목 또는 서비스의 예상 총 비용에 대한 예상 비용 견적서를 받을 권리가 있습니다. 여기에는 의료 검사, 처방약, 장비 및 병원비와 같은 관련 비용이 포함됩니다.
- 의료 서비스 항목 또는 서비스를 영업일 기준 최소 3 일 전에 예약하는 경우, 의료 서비스 제공자 또는 시설이 예약 후 영업일 기준 1 일 이내에 서면으로 예상 비용 견적서를 제공하는지

확인하십시오. 의료 서비스 항목 또는 서비스를 영업일 기준 최소 10 일 전에 예약하는 경우, 의료 서비스 제공자 또는 시설이 예약 후 영업일 기준 3 일 이내에 서면으로 예상 비용 견적서를 제공하는지 확인하십시오. 항목이나 서비스를 예약하기 전에 의료 서비스 제공자나 시설에 예상 비용 견적서를 요청할 수도 있습니다. 그렇게 하는 경우, 의료 서비스 제공자 또는 시설이 요청 후 영업일 기준 3 일 이내에 서면으로 예상 비용 견적서를 제공하는지 확인하십시오.

- 만일 예상 비용 견적서 금액보다 400 달러 이상 더 많은 청구서를 받게 되면 해당 제공자나 시설에 이의를 제기할 수 있습니다.

예상 비용 견적서에 대한 귀하의 권리에 관해 질문이 있거나 더 자세한 정보를 원하면 인터넷 www.cms.gov/nosurprises/consumers, 이메일 FederalPPDRQuestions@cms.hhs.gov 또는 전화 1-800-985-3059 로 문의하시기 바랍니다.