

Ihre Rechte und Maßnahmen zum Schutz vor überraschenden Arztrechnungen

Wenn Sie eine Notfallversorgung erhalten oder von einem Anbieter außerhalb des Versicherungsnetzes in einem Krankenhaus oder einem ambulanten chirurgischen Zentrum behandelt werden, sind Sie vor Ausgleichsabrechnungen geschützt. In diesen Fällen sollten Ihnen nicht mehr als die Zuzahlungen, die Selbstbeteiligung bzw. der Eigenanteil Ihres Tarifs in Rechnung gestellt werden.

Was ist eine „Ausgleichsabrechnung“ (manchmal auch „Überraschungsabrechnung“ genannt)?

Wenn Sie einen Arzt oder einen anderen Leistungserbringer im Gesundheitswesen aufsuchen, müssen Sie möglicherweise bestimmte Kosten selbst tragen, z. B. Zuzahlungen, Mitversicherungsbeiträge oder einen Selbstbehalt. Es können zusätzliche Kosten anfallen oder Sie müssen die gesamte Rechnung bezahlen, wenn Sie einen Leistungserbringer oder eine Gesundheitseinrichtung aufsuchen, die nicht zum Versicherungsnetz Ihrer Krankenkasse gehört.

„Außerhalb des Versicherungsnetzes“ bedeutet, dass Leistungserbringer und Einrichtungen, die keinen Vertrag mit Ihrer Krankenkasse abgeschlossen haben, Leistungen erbringen.

Leistungserbringer außerhalb des Versicherungsnetzes dürfen Ihnen unter Umständen die Differenz zwischen dem Betrag, den Ihre Versicherung zahlt, und dem vollen Betrag für eine Leistung in Rechnung stellen. Dies wird als „Ausgleichsabrechnung“ bezeichnet. Dieser Betrag ist wahrscheinlich höher als die Kosten für dieselbe Leistung innerhalb des Versicherungsnetzes und wird unter Umständen nicht auf den Selbstbehalt oder die jährliche Belastungsgrenze Ihres Tarifs angerechnet.

Eine **„Überraschungsabrechnung“** ist eine unerwartete Ausgleichsabrechnung. Dies kann der Fall sein, wenn Sie nicht beeinflussen können, wer an Ihrer Behandlung beteiligt ist, z. B. wenn Sie einen Notfall haben oder wenn Sie einen Besuch in einer Einrichtung innerhalb des Versicherungsnetzes planen, aber unerwartet von einem Leistungserbringer außerhalb des Versicherungsnetzes behandelt werden. Überraschende Arztrechnungen können je nach Verfahren oder Leistung Tausende von Dollar kosten.

Sie sind vor Ausgleichsabrechnungen geschützt für:

NOTFALLEISTUNGEN

Wenn Sie einen medizinischen Notfall haben und Notfalleistungen von einem Leistungserbringer oder einer Einrichtung außerhalb des Versicherungsnetzes in Anspruch nehmen, kann dieser/diese Ihnen höchstens die Kostenbeteiligung Ihres Tarifs (z. B. Zuzahlungen, Selbstbehalte und Eigenanteile) in Rechnung stellen. Für diese Notfalleistungen dürfen Ihnen keine

Ausgleichsabrechnungen ausgestellt werden. Dies gilt auch für Leistungen, nachdem sich Ihr Zustand stabilisiert hat, es sei denn, Sie geben Ihr schriftliches Einverständnis und verzichten auf Ihren Schutz gegen Ausgleichsabrechnungen für diese Leistungen nach einer Stabilisierung des Zustands.

Gemäß dem von Gouverneur Phil Murphy im Jahr 2018 unterzeichneten Out-of-Network-Mandat (Out-of-Network Consumer Protection Transparency, Cost Containment and Accountability Act, P.L. 2018 [Gesetz über Transparenz, Kostendämpfung und Rechenschaftspflicht beim Verbraucherschutz außerhalb des Versicherungsnetzes, P.L. 2018]) sind alle Patienten in Bezug auf überraschende Krankenhausrechnungen im Staat New Jersey geschützt. Capital Health stellt den Patienten für dringende/unbeabsichtigte erbrachte Leistungen außerhalb des Versicherungsnetzes nicht mehr als den Kostenanteil des Patienten innerhalb des Versicherungsnetzes in Rechnung.

BESTIMMTE DIENSTLEISTUNGEN IN EINEM KRANKENHAUS ODER EINEM AMBULANTEN CHIRURGISCHEN ZENTRUM, DAS DEM VERSICHERUNGSNETZ ANGEHÖRT

Wenn Sie Leistungen von einem Krankenhaus oder einem ambulanten chirurgischen Zentrum in Anspruch nehmen, das dem Versicherungsnetz angehört, kann es sein, dass bestimmte Leistungserbringer dort nicht dem Versicherungsnetz angehören. In diesen Fällen können Ihnen diese Leistungserbringer höchstens den Selbstbehalt Ihres Tarifs in Rechnung stellen. Dies gilt für Leistungen in den Bereichen Notfallmedizin, Anästhesie, Pathologie, Radiologie, Labor, Neonatologie sowie für Assistenzärzte, Krankenhausärzte und Intensivärzte. Diese Leistungserbringer können Ihnen keinen Saldo in Rechnung stellen und dürfen Sie nicht auffordern, auf Ihren Versicherungsschutz vor Ausgleichsabrechnungen zu verzichten.

Wenn Sie in diesen Einrichtungen andere Leistungen in Anspruch nehmen, können Leistungserbringer außerhalb des Versicherungsnetzes diese nicht abrechnen, es sei denn, Sie geben Ihr schriftliches Einverständnis und verzichten auf Ihre Rechte zum Versicherungsschutz.

Sie sind niemals gezwungen, Ihren Schutz vor Ausgleichsabrechnungen aufzugeben. Sie sind auch nicht verpflichtet, Leistungen außerhalb des Versicherungsnetzes in Anspruch zu nehmen. Sie können einen Leistungserbringer oder eine Einrichtung aus dem Versicherungsnetz Ihres Tarifs wählen.

Wenn die Ausgleichsabrechnung nicht erlaubt ist, gelten auch diese Schutzmaßnahmen für Sie:

Sie sind nur für die Zahlung Ihres Selbstbezalts an den Kosten verantwortlich (z. B. für die Zuzahlungen, die Selbstbeteiligung bzw. den Eigenanteil, die Sie zahlen würden, wenn der Leistungserbringer oder die Einrichtung zum Versicherungsnetz gehören würde). Ihre Krankenkasse

zahlt alle zusätzlichen Kosten für Leistungserbringer und Einrichtungen, die nicht zum Versicherungsnetz gehören, direkt.

Im Allgemeinen muss Ihre Krankenkasse:

die Kosten für Notfalleistungen übernehmen, ohne dass Sie vorher eine Genehmigung für die Leistungen einholen müssen (auch bekannt als „Vorabgenehmigung“).

die Kosten für Notfalleistungen von Leistungserbringern außerhalb des Versicherungsnetzes übernehmen.

Legen Sie den Betrag, den Sie dem Leistungserbringer oder der Einrichtung schulden (Kostenbeteiligung), auf der Grundlage dessen fest, was der Leistungserbringer oder die Einrichtung bei einer Aufnahme in das Versicherungsnetz zahlen würde, und weisen Sie diesen Betrag in Ihrer Leistungserklärung aus.

Alle Beträge, die Sie für Notfalleistungen oder Leistungen außerhalb des Versicherungsnetzes bezahlen, werden auf Ihren Selbstbehalt im Versicherungsnetz und auf Ihre Belastungsgrenze angerechnet.

Wenn Sie glauben, dass Ihnen eine falsche Rechnung gestellt wurde, wenden Sie sich an das Zentrum für Medicare und Medicaid Services unter 1.800.985.3059. Unter www.cms.gov/nosurprises/consumers finden Sie weitere Informationen über Ihre Rechte nach dem Bundesgesetz. Wenden Sie sich an 1.800.792.9770 oder besuchen Sie www.nj.gov/health/healthfacilities, um weitere Informationen über Ihre Rechte im Rahmen der Gesetze des Staates New Jersey zu erhalten.

Sie haben das Recht, einen „Unverbindlichen Kostenvoranschlag“ zu erhalten.

Nach dem Gesetz müssen Leistungserbringer im Gesundheitswesen Patienten, die nicht über bestimmte Arten von Krankenversicherungsschutz verfügen oder die bestimmte Arten von Krankenversicherungsschutz nicht in Anspruch nehmen, einen Kostenvoranschlag für Gesundheitsartikel und -leistungen vorlegen, bevor diese Artikel geliefert oder Leistungen erbracht werden.

- Sie haben das Recht, auf Anfrage oder bei der Planung von Gesundheitsleistungen einen unverbindlichen Kostenvoranschlag über die voraussichtlichen Gesamtkosten der Leistungen zu erhalten. Dazu gehören auch damit verbundene Kosten wie medizinische Tests, verschreibungspflichtige Medikamente, Geräte und Krankenhauskosten.
- Wenn Sie einen Termin für ein medizinisches Produkt oder eine Dienstleistung mindestens 3 Werktage im Voraus vereinbaren, vergewissern Sie sich, dass Ihr Gesundheitsdienstleister oder Ihre Einrichtung Ihnen innerhalb eines Werktages nach der Terminvereinbarung einen schriftlichen unverbindlichen Kostenvoranschlag zukommen lässt. Wenn Sie einen Termin für ein medizinisches Produkt oder eine

Dienstleistung mindestens 10 Werktage im Voraus vereinbaren, vergewissern Sie sich, dass Ihr Gesundheitsdienstleister oder Ihre Einrichtung Ihnen innerhalb von 3 Werktagen nach der Terminvereinbarung einen schriftlichen unverbindlichen Kostenvoranschlag zukommen lässt. Sie können auch jeden Gesundheitsdienstleister oder jede Einrichtung um einen unverbindlichen Kostenvoranschlag bitten, bevor Sie einen Termin für einen Artikel oder eine Dienstleistung vereinbaren. Wenn Sie dies tun, stellen Sie sicher, dass der Gesundheitsdienstleister oder die Einrichtung Ihnen innerhalb von 3 Werktagen nach Ihrer Anfrage einen schriftlichen unverbindlichen Kostenvoranschlag ausstellt.

- Wenn Sie eine Rechnung erhalten, die bei einem Leistungserbringer oder einer Einrichtung um mindestens 400 US-Dollar höher ausfällt als Ihr unverbindlicher Kostenvoranschlag, können Sie die Rechnung anfechten.

Wenn Sie Fragen haben oder weitere Informationen über Ihr Recht auf einen unverbindlichen Kostenvoranschlag wünschen, besuchen Sie www.cms.gov/nosurprises/consumers, E-Mail FederalPPDRQuestions@cms.hhs.gov, oder rufen Sie die Nummer 1-800-985-3059 an.