

Nagulat ang iyong mga Karapatan at Proteksyon Laban sa mga Medical Bill

Kapag ikaw ay makakuha ng emergency care o makakuha ng ginagamot sa pamamagitan ng isang out-of-network provider sa isang in-network ospital o ambulatory kirurhiko center, ikaw ay protektado mula sa sorpresa ng pagsingil o balanseng pagsingil.

Ano ang "balanseng pagsingil" (kung minsan ay tinatawag na "sorpresa ng pagsingil")?

Kapag nakakita ka ng doktor o iba pang pangkalusugang pag-aalaga provider, maaari kang magkaroon ng ilang mga gastos sa balsa, tulad ng isang copayment, barya, at / o isang deductible. Maaari kang magkaroon ng iba pang mga gastos o kailangang bayaran ang buong bill kung makakakita ka ng provider o bisitahin ang isang health care facility na wala sa network ng iyong health plan.

Ang "out-of-network" ay naglalarawan ng mga provider at pasilidad na hindi naka-sign ng kontrata sa iyong health plan. Ang mga out-of-network provider ay maaaring pahintulatang bayaran ka para sa pagkakaiba ng iyong planong bayaran at ang buong halagang sinisingil para sa isang serbisyo. Ito ay tinatawag na "**balanseng pagsingil.**" Ang halagang ito ay malamang na higit pa sa mga gastos sa network para sa parehong serbisyo at maaaring hindi bilangin sa iyong taunang out-of-pocket limit.

"Sorpresa pagsingil" ay isang hindi inaasahang balanseng bill. Maaaring mangyari ito kapag hindi mo makontrol kung sino ang kasangkot sa iyong pangangalaga—tulad ng kapag ikaw ay may emergency o kapag nag-iskedyul ka ng pagbisita sa isang pasilidad ng network ngunit hindi inaasahang ginagamot ng isang out-of-network provider.

Ikaw ay protektado mula sa balanseng pagsingil para sa:

Mga serbisyong pang-emergency

Kung mayroon kang emergency medical condition at kumuha ng emergency services mula sa isang out-of-network provider o pasilidad, maaaring bayaran ng provider o pasilidad ang halaga ng iyong plano sa pagbabahagi (tulad ng mga copayments at coinsurance). Hindi **ka maaaring** balansehin ang mga serbisyong ito sa emergency. Kabilang dito ang mga serbisyong maaari mong makuha pagkatapos mong matatag, maliban kung magbibigay ka ng nakasulat na pahintulot at isuko ang iyong proteksyon hindi balanse para sa mga post-stabilization services na ito.

Oregon state law (ORS 743B.287): Ang isang provider na out-of-network provider para sa isang health benepisyo plano o health care service kontrata ay hindi maaaring balansehin ang isang enrollee sa health benepisyo plano o health care service kontrata para sa out-of-network emergency services, inpatient services, o serbisyong pangkalusugan ay maaaring hindi balansehin ang isang enrollee sa health care services.

Ilang mga serbisyo sa isang in-network ospital o ambulatory kirurhiko center



Kapag nakakuha ka ng mga serbisyo mula sa isang in-network ospital o ambulatory kirurhiko center, maaaring may mga out-of-network. Sa ganitong mga kaso, ang pinakamga provider ay maaaring bill ikaw ay ang halaga ng iyong plano sa pagbabahagi ng network-cost-sharing. Ito ay angkop sa emergency gamot, anesthesia, pathology, radiology, laboratory, neonatology, assistant surgeon, ospital, o intensivist services. Ang mga provider **na ito ay hindi maaaring** balansehin ang bill mo at maaaring hindi mo hilingin sa iyo na isuko ang iyong mga proteksyon na hindi dapat balansehin.



Kung makakakuha ka ng iba pang mga serbisyo sa mga pasilidad na ito sa network, hindi maaaring balansehin ka ng mga out-of-network provider, maliban kung magbibigay ka ng nakasulat na pahintulot at isuko ang iyong proteksyon.

Hindi mo kailangang isuko ang iyong proteksyon mula sa balanseng pagsingil. Hindi mo rin kailangang pangalagaan ang out-of-network. Maaari kang pumili ng provider o pasilidad sa network ng iyong plano.

Oregon state law (ORS 743B.287) ay nangangailangan na kung ang isang enrollee ay pumili upang makatanggap ng mga serbisyo mula sa isang out-of-network provider, ang provider ay dapat ipaalam sa enrollee na siya ay pinansiyal na responsable para sa out-of-pocket gastos para sa serbisyo na lampas sa normal na barya o copayments na kaugnay sa piniling serbisyo. Ang out-of-network provider ay dapat ding makuha ang nakasulat na pahintulot ng enrollee para sa out-of-network service at ang mga gastos sa labas ng bulsa na kaugnay nito.

Kapag hindi pinapayagan ang balanseng pagsingil, mayroon ka ring mga sumusunod na proteksyon:

Ikaw lamang ang responsable sa pagbabayad ng iyong bahagi ng gastos (tulad ng mga copayments, barya, at deductibles na babayaran mo kung ang provider o pasilidad ay nasa network-network). Ang iyong plano sa kalusugan ay magbabayad ng out-of-network provider at mga pasilidad nang direkta.

Ang iyong plano sa kalusugan ay dapat:

Takpan ang mga emergency service nang hindi mo hinihiling na maaprubahan ka nang maaga (bago pahintulutan).

Takpan ang emergency services ng mga out-of-network provider.

Base kung ano ang utang mo sa provider o pasilidad (cost-sharing) kung ano ang babayaran nito sa in-network provider o pasilidad at ipakita ang halagang iyon sa iyong paliwanag tungkol sa mga benepisyo.

Bilangin ang anumang halagang babayaran mo para sa emergency service o out-of-network services patungo sa iyong deductible at out-of-pocket limit.

Kung naniniwala ka na mali ang nabayaranmo, ang mga pasyente ay maaaring mag-file ng mga reklamo sa Oregon Division ng Financial Regulasyon sa pamamagitan ng telepono (888-877-4894) o online: <https://dfr.oregon.gov/help/complaints-licenses/Pages/file-complaint.aspx> para sa pagpapatupadng mga isyu na may kaugnayan sa mga planong estado,



o 1-800-985-3059 (<https://www.cms.gov/nosurprises/consumers>) para sa pagpapatupad ng mga isyu namay kinalamansa pederal na mga plano.

Bisitahin www.cms.gov/nosurprises para sa karagdagang impormasyon tungkol sa iyong mga karapatan sa ilalim ng pederal na batas.