

갑작스러운 의료비 청구에 대한 개인의 권리 및 보호

응급 처치를 받았거나 네트워크 내부 병원이나 외래 수술 센터에서 네트워크 외부의 서비스 제공자로부터 치료를 받았다면 잔액 청구를 받지 않게 됩니다. 이러한 경우, 플랜의 자기부담금, 공동보험 및/또는 공제액보다 큰 금액을 청구할 수 없습니다.

“잔액 청구(balance billing)”(“예상 외 청구(surprise billing)”라고도 함)란?

의사 또는 기타 의료진에게 진료를 보는 경우, 자기부담금, 공동보험, 공제액처럼 일정 본인부담액을 지불할 수도 있습니다. 건강 플랜의 네트워크 내부가 아닌 서비스 제공자나 의료 시설을 이용하면 추가 비용이 발생하거나 전체 비용을 지불해야 할 수 있습니다.

“네트워크 외부(Out-of-network)”란 가입자의 건강 플랜과 계약하지 않은 서비스 제공자 및 시설을 말합니다. 네트워크 외부 서비스 제공자는 플랜이 지급하는 금액과 서비스 전체 금액 간의 차액을 가입자에게 청구할 수 있습니다. 이것을 “잔액 청구”라고 합니다. 이 금액은 네트워크 내부(in-network) 비용보다 높을 수 있으며 플랜의 공제액이나 연례 본인부담액 한도에 포함되지 않을 수 있습니다.

“예상 외 청구”는 예상하지 못한 잔액 청구를 말합니다. 즉, 응급 상황이거나 네트워크 내부 시설에 예약을 했지만 예기치 않게 네트워크 외부 서비스 제공자의 서비스를 이용한 경우처럼 가입자의 치료에 참여하는 사람을 통제할 수 없는 경우 발생할 수 있습니다. 예상 외 의료비 청구는 시술이나 서비스에 따라 거액의 금액이 청구될 수 있습니다.

다음에 대한 잔액 청구로부터 보호 받을 수 있습니다.

응급 서비스

의학적 응급 상태라서 네트워크 외부의 서비스 제공자나 시설에서 응급 서비스를 받았다면 청구 가능한 최대 금액은 플랜의 네트워크 내부 비용 분담액(자기부담금, 공동보험, 공제액 등)입니다. 이러한 응급 서비스에 대해서는 잔액 청구를 할 수 **없습니다**. 여기에는 가입자가 안정을 되찾은 후에 이용한 서비스도 포함되며, 안정화 후 서비스에 대한 잔액 청구 차단을 포기한다는 서면 동의서를 제공한 경우는 제외됩니다.

*연방법 외에, 플로리다주에서는 플로리다주*에서 허가를 받은 PPO와 HMO 건강 플랜의 보장을 받는 개인에 대한 잔액 청구를 금지합니다. HMO 또는 PPO 건강 플랜에 가입된 피보험자는 해당되는 자기부담금, 공동보험, 공제액 외에 네트워크 외부 응급 서비스에 책임을 지지 않습니다.*

네트워크 내부 병원이나 외래 수술 센터에서의 특정 서비스

네트워크 내부 병원이나 외래 수술 센터에서 서비스를 받을 때 일부 서비스 제공자는 네트워크 외부 소속일 수 있습니다. 이러한 경우 이들이 청구할 수 있는 최대 금액은 가입자의 플랜 네트워크 내부 비용분담액이 됩니다. 이 규정은 응급 의약품, 마취, 병리학, 방사선학, 검사, 신생아학, 보조 외과의,

중환자 전문의 서비스 등에 적용됩니다. 이러한 서비스 제공자는 가입자에게 잔액 청구를 할 수 **없으며** 잔액 청구 차단을 포기하도록 요구할 수 **없습니다**.

*플로리다주는 또한 일반적인 환경을 포함해 플로리다에서 허가를 받은 HMO*의 가입자에 대한 모든 잔액 청구를 금지합니다. 플로리다주 법에 따라 PPO 에 가입된 피보험자는 네트워크 내부 시설에 있지만 참여 제공자를 선택할 능력이거나 기회가 없는 경우, 비응급 서비스에 대한 잔액 청구 대상자에서 제외되기도 합니다.*

**귀하의 보험이 플로리다주에서 허가를 받은 것인지 알아보려면 개별적으로 건강 플랜 ID 카드를 확인해야 합니다.*

가입자가 의무적으로 잔액 청구 차단을 포기해야 하는 경우는 **없습니다**. 또한 네트워크 외부 서비스를 반드시 이용해야 하는 경우도 **없습니다**. 가입자는 플랜의 네트워크 소속인 서비스 제공자나 시설을 선택할 수 있습니다.

잔액 청구가 허용되지 않는 경우, 다음과 같은 보호를 받을 수 있습니다.

- 가입자 분담액(서비스 제공자 또는 시설이 네트워크 내부일 경우 지불하는 자기부담금, 공동보험 및 공제액)만 납부하면 됩니다. 가입자의 건강 플랜은 네트워크 외부 서비스 제공자와 시설에게 추가 비용을 직접 지불할 것입니다.
- 일반적으로 건강 플랜은 다음과 같아야 합니다.
 - 가입자가 사전 승인("사전 허가"라고도 함)을 받지 않아도 응급 서비스를 보장.
 - 네트워크 외부 서비스 제공자가 제공한 응급 서비스를 보장.
 - 서비스 제공자 또는 시설에 가입자가 지불할 금액(분담액)은 네트워크 내부의 서비스 제공자 또는 시설의 비용을 기준으로 하며 혜택 설명서에 금액을 명시.
 - 가입자가 응급 서비스나 네트워크 외부 서비스에 대해 지불하는 금액을 네트워크 내부 공제액 및 본인부담액 한도에 포함.

연방법에 따른 귀하의 권리에 대한 자세한 정보가 궁금하시다면 www.cms.gov/nosurprises/consumers 를 방문해 보세요.

귀하에 대한 청구가 부당하다고 생각되신다면, 연락하십시오.

연방: 1.800.985.3059

주: 1.877.693.5236 또는 850.413.3089