

뜻밖의 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 공제액을 초과한 금액이 청구될 수 없습니다.

“잔액 청구” 또는 “뜻밖의 청구”란?

의사나 기타 의료 서비스 제공자의 진료를 받으면 자기부담금, 공동보험 또는 공제액과 같은 본인부담금이 발생할 수 있습니다. 건강 보험의 네트워크 내부에 속하지 않은 서비스 제공자나 의료 시설을 이용하면 추가 비용이 발생하거나 전체 비용을 지불해야 할 수 있습니다.

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

“뜻밖의 청구”는 예상하지 못한 잔액 청구를 말합니다. 즉, 응급 상황이거나 네트워크 내부 시설에 예약을 했지만 예기치 않게 네트워크 외부 서비스 제공자의 서비스를 이용하는 경우처럼 가입자의 치료에 참여하는 의료진을 선택할 수 없을 때 발생할 수 있습니다.

뜻밖의 의료비 청구에는 시술이나 서비스에 따라 수천 달러의 금액이 포함되어 청구될 수 있습니다.

다음에 대한 잔액 청구로부터 보호 받을 수 있습니다.

응급 서비스

귀하께서 의학적 응급 상황이라서 네트워크 외부의 서비스 제공자나 병원에서 응급 서비스를 받았다면 귀하께 청구 가능한 최대 금액은 플랜의 네트워크 내부 비용 분담액 (자기부담액, 공동보험, 공제액 등)입니다. 이러한 응급 서비스에 대해서는 잔액 청구를 할 수 **없습니다**. 여기에는 가입자가 안정을 되찾은 후에 이용한 서비스도 포함되며, 귀하께서 안정화 후 서비스의 잔액 청구에 대한 보호책을 포기한다는 서면 동의서를 제공한 경우는 제외됩니다. 가입자의 보험 ID 카드에 “종합 보험 가입”이라고 적혀 있다면 안정화 후 서비스의 잔액 청구에 대한 보호책을 포기한다는 서면 동의서를 제공할 수 **없습니다**.

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 청구에 대한 보호책을 포기하도록 요청할 수 **없습니다**.



QR 코드를 스캔하여 의료비에 대해 자세히 알아보십시오.

네트워크 내부 시설에서 다른 유형의 서비스를 받을 경우, 네트워크 외부의 서비스 제공자는 가입자가 잔액 청구에 대한 보호책을 포기한다는 동의서를 제공한 경우가 아니라면 가입자에게 잔액 청구를 할 수 **없습니다**. 가입자의 보험 ID 카드에 “종합 보험 가입” 이라고 명시되어 있다면 가입자는 이러한 기타 서비스의 뜻밖의 청구에 대한 보호책을 포기할 수 **없습니다**. 뜻밖의 청구는 가입자가 네트워크 내부 병원이나 외래 수술 시설에 있으며 참여 의사의 서비스를 받을 수 없거나, 가입자가 알지 못하는 사이에 비참여 의사의 서비스를 이용했거나, 예기치 않게 의료 서비스를 이용한 경우 발생합니다.

네트워크 내부 의사가 추천한 서비스

보험 ID 카드에 “종합 보험 가입”으로 되어 있다면 뜻밖의 청구에는 네트워크 내부 의사가 가입자의 동의 없이(검사 및 병리학 서비스 포함) 네트워크 외부의 서비스 제공자를 추천한 경우가 포함됩니다. 이러한 서비스 제공자는 가입자에게 잔액 청구를 할 수 **없으며** 잔액 청구에 대한 보호책을 포기하도록 요청할 수 **없습니다**. 잔액 청구에 대한 보호책을 완전하게 적용하려면 특정 양식(재무부 웹 사이트에서 입수 가능)에 서명해야 할 수 있습니다.

가입자가 의무적으로 잔액 청구에 대한 보호책을 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 않은 경우, 다음과 같은 보호를 받을 수 있습니다.

- + 가입자 부담액만 납부하면 됩니다(서비스 제공자 또는 시설이 네트워크 내부일 경우 지불하는 자기부담금, 공동보험 및 공제액). 가입자의 건강 보험은 네트워크 외부 서비스 제공자와 시설에게 추가 비용을 직접 지불할 것입니다.

- + 일반적으로 건강 보험은 다음의 의무를 가집니다.
 - 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.

의료비가 잘못 청구되었으며 본인의 보장이 뉴욕주 법률의 적용을 받는다고 생각한다면 (“종합 보험 가입”), NYC Health + Hospitals에 1-844-692-4692번으로 연락하여 잘못 청구된 사실을 알려 주시기 바랍니다.

저희가 직접 도움을 드릴 수 없다면 뉴욕주 재무 서비스부에 1-800-342-3736번이나 surprisemedicalbills@dfs.ny.gov로 문의하실 수 있습니다. 뉴욕주 법률에 따른 가입자 권리에 대한 정보를 찾아보려면 www.dfs.ny.gov를 방문해 주십시오.

개별 가입 보장이나 뉴욕주 외부에서의 보장에 대한 내용은 CMS에 1-800-985-3059번으로 문의해 주십시오. 연방법에 따른 가입자의 권리에 대한 정보를 알아보려면 www.cms.gov/nosurprises/consumers를 방문해 주십시오.