

# Surprise Billing Disclosure

## Table of Contents

Please review the language selections and page numbers below for translations.

English .....	2
Spanish .....	4
Arabic .....	7
Chinese .....	9
French .....	11
German .....	14
Greek .....	17
Gujarati .....	20
Hindi .....	22
Italian .....	25
Korean .....	27
Polish .....	30
Russian .....	32
Tagalog .....	35
Urdu .....	37
Vietnamese .....	39

## Your Rights and Protections Against Surprise Medical Bills

When you get emergency care or are treated by an out-of-network provider at an in-network hospital or ambulatory surgical center, you are protected from balance billing. In these cases, you shouldn't be charged more than your plan's copayments, coinsurance and/or deductible.

### **What is "balance billing" (sometimes called "surprise billing")?**

When you see a doctor or other health care provider, you may owe certain [out-of-pocket costs](#), like a [copayment](#), [coinsurance](#), or [deductible](#). You may have additional costs or have to pay the entire bill if you see a provider or visit a health care facility that isn't in your health plan's network.

"Out-of-network" means providers and facilities that haven't signed a contract with your health plan to provide services. Out-of-network providers may be allowed to bill you for the difference between what your plan pays and the full amount charged for a service. This is called "**balance billing**." This amount is likely more than in-network costs for the same service and might not count toward your plan's deductible or annual out-of-pocket limit.

"Surprise billing" is an unexpected balance bill. This can happen when you can't control who is involved in your care—like when you have an emergency or when you schedule a visit at an in-network facility but are unexpectedly treated by an out-of-network provider. Surprise medical bills could cost thousands of dollars depending on the procedure or service.

### **You're protected from balance billing for:**

#### **Emergency services**

If you have an emergency medical condition and get emergency services from an out-of-network provider or facility, the most they can bill you is your plan's in-network cost-sharing amount (such as copayments, coinsurance, and deductibles). You **can't** be balance billed for these emergency services. This includes services you may get after you're in stable condition, unless you give written consent and give up your protections not to be balance billed for these post-stabilization services.

To view, download and read the OSF HealthCare Financial Assistance Plain Language Summary, please visit our website at <https://www.osfhealthcare.org/billing/financial-assistance/>.

#### **Certain services at an in-network hospital or ambulatory surgical center**

When you get services from an in-network hospital or ambulatory surgical center, certain providers there may be out-of-network. In these cases, the most those providers can bill you is your plan's in-network cost-sharing amount. This applies to emergency medicine, anesthesia,

pathology, radiology, laboratory, neonatology, assistant surgeon, hospitalist, or intensivist services. These providers **can't** balance bill you and may **not** ask you to give up your protections not to be balance billed.

If you get other types of services at these in-network facilities, out-of-network providers **can't** balance bill you, unless you give written consent and give up your protections.

**You're never required to give up your protections from balance billing. You also aren't required to get out-of-network care. You can choose a provider or facility in your plan's network.**

To view, download and read the OSF HealthCare Financial Assistance Plain Language Summary, please visit our website at <https://www.osfhealthcare.org/billing/financial-assistance/>.

**When balance billing isn't allowed, you also have these protections:**

- You're only responsible for paying your share of the cost (like the copayments, coinsurance, and deductible that you would pay if the provider or facility was in-network). Your health plan will pay any additional costs to out-of-network providers and facilities directly.
- Generally, your health plan must:
  - Cover emergency services without requiring you to get approval for services in advance (also known as "prior authorization").
    - Cover emergency services by out-of-network providers.
  - Base what you owe the provider or facility (cost-sharing) on what it would pay an in-network provider or facility and show that amount in your explanation of benefits.
  - Count any amount you pay for emergency services or out-of-network services toward your in-network deductible and out-of-pocket limit.

**If you think you've been wrongly billed**, the federal phone number for information and complaints is 1-800-985-3059.

Visit <https://www.cms.gov/nosurprises> for more information about your rights under federal law.

## Sus derechos y protecciones contra las facturas médicas sorpresa

Cuando recibe atención de emergencia o es atendido por un proveedor fuera de la red en un hospital o centro quirúrgico ambulatorio dentro de la red, usted está protegido de la facturación compensatoria. En estos casos, no deberían cobrarle más que los copagos, el coseguro y/o el deducible de su plan.

### ¿Qué es la “facturación compensatoria” (a veces llamada “facturación sorpresa”)?

Cuando consulta a un médico u otro proveedor de atención médica, es posible que deba ciertos [gastos de su propio bolsillo](#), como un [copago](#), [coseguro](#), o [deducible](#). Es posible que incurra en costos adicionales o que tenga que pagar toda la factura si acude a un proveedor o visita un centro de salud que no está dentro de la red de su plan de salud.

“Fuera de la red” se refiere a los proveedores y centros que no han firmado un contrato con su plan de salud para prestar servicios. Los proveedores fuera de la red podrían estar autorizados a facturarle la diferencia entre lo que paga su plan y el importe total cobrado por un servicio. Esto se llama “**facturación compensatoria**.” Este importe es probablemente superior a los costos dentro de la red para el mismo servicio y podría no contar para el deducible de su plan o el límite anual de gastos de bolsillo.

La “facturación sorpresa” es una factura compensatoria inesperada. Esto puede ocurrir cuando no puede controlar quién interviene en su atención, como cuando tiene una emergencia o cuando programa una visita en un centro dentro de la red, pero inesperadamente es atendido por un proveedor fuera de la red. Las facturas médicas sorpresa pueden costar miles de dólares en función del procedimiento o servicio.

### Usted está protegido de la facturación compensatoria en los siguientes casos:

#### **Servicios de emergencia**

Si tiene una emergencia médica y recibe servicios de emergencia de un proveedor o centro fuera de la red, lo máximo que le pueden facturar es el monto de repartición de costos dentro de la red de su plan (como copagos, coseguros y deducibles). A usted **no** se le puede hacer una factura compensatoria por estos servicios de emergencia. Esto incluye los servicios que pueda recibir después de estar estable, a menos que dé su consentimiento por escrito y renuncie a sus protecciones para que no se le facturen estos servicios posteriores a la estabilización.

Para ver, descargar y leer el Resumen en lenguaje sencillo sobre la asistencia financiera de OSF HealthCare, visite nuestro sitio web en <https://www.osfhealthcare.org/billing/financial-assistance/>.

### **Determinados servicios en un hospital o centro quirúrgico ambulatorio dentro de la red**

Cuando recibe servicios de un hospital o centro quirúrgico ambulatorio dentro de la red, algunos proveedores pueden estar fuera de la red. En estos casos, lo máximo que pueden facturarle esos proveedores es el monto de repartición de costos dentro de la red de su plan. Esto se aplica a los servicios de medicina de emergencia, anestesia, patología, radiología, laboratorio, neonatología, asistente de cirujano, especialista hospitalario o intensivista. Estos proveedores **no** pueden hacerle una factura compensatoria y **no** deben pedirle que renuncie a sus protecciones para que no le facturen.

Si obtiene otro tipo de servicio en estas instalaciones dentro de la red, los proveedores fuera de la red **no pueden** facturarle el saldo, a menos que dé su consentimiento por escrito y renuncie a sus protecciones.

**Usted nunca está obligado a renunciar a sus protecciones contra la facturación compensatoria. Tampoco está obligado a recibir atención fuera de la red. Puede elegir un proveedor o centro dentro de la red de su plan.**

Para ver, descargar y leer el Resumen en lenguaje sencillo sobre la asistencia financiera de OSF HealthCare, visite nuestro sitio web en <https://www.osfhealthcare.org/billing/financial-assistance/>.

### **Cuando no se permite la facturación compensatoria, también tiene estas protecciones:**

- Usted solo es responsable de pagar su parte del costo (como los copagos, el coseguro y el deducible que pagaría si el proveedor o el centro estuvieran dentro de la red). Su plan de salud pagará directamente cualquier costo adicional a los proveedores y centros fuera de la red.
- Por lo general, su plan de salud debe:
  - Cubrir los servicios de emergencia sin exigirle la aprobación de los servicios por adelantado (también conocida como “autorización previa”).
  - Cubrir los servicios de emergencia de proveedores fuera de la red.
  - Calcular lo que usted debe al proveedor o centro (repartición de costos) en base a lo que pagaría a un proveedor o centro dentro de la red y mostrar ese monto en su explicación de beneficios.
  - Tener en cuenta cualquier monto que pague por servicios de emergencia o servicios fuera de la red para su deducible dentro de la red y el límite de gastos de bolsillo.

**Si cree que le han facturado incorrectamente**, el número de teléfono federal para

obtener información y para quejas es 1-800-985-3059.

Visite <https://www.cms.gov/nosurprises/consumers> para obtener más información sobre sus derechos según la ley federal.

## حقوقك وحمايتك من الفواتير الطبية المفاجئة

عندما تحصل على رعاية طارئة أو تتم معالجتك من قبل مقدّم خدمة من خارج الشبكة في مستشفى داخل الشبكة أو مركز جراحي متنقل، فأنت محمي من أي فواتير لسداد الفارق. في هذه الحالات، لا يجب تغريمك أكثر من مبالغ الدفعات المشتركة أو التأمين المشترك أو المبلغ المقتطع في خطتك.

### ما المقصود من "فوترة سداد الفارق" (تُسمى أحياناً "الفوترة المفاجئة")؟

عندما تزور طبيباً أو مقدم رعاية صحية آخر، فقد تكون مدينًا له بتكاليف نثرية، مثل: الدفعة المشتركة أو التأمين المشترك أو المبلغ المقتطع. قد تكون لديك تكاليف إضافية أو يتعين عليك دفع الفاتورة بالكامل إذا زرت مقدم رعاية أو قمت بزيارة مرفق رعاية صحية ليس ضمن شبكة خطتك الصحية.

يُقصد بمصطلح "خارج الشبكة" مقدمي الخدمات والمرافق التي لم توقع عقدًا مع خطتك الصحية لتقديم الخدمات. قد يُسمح لمقدمي الخدمات من خارج الشبكة بعمل فواتير لك لسداد الفرق بين ما تدفعه خطتك والمبلغ الكامل الذي يتم تحصيله مقابل الخدمة. يسمى هذا "فوترة سداد الفارق." من المحتمل أن يكون هذا المبلغ أكثر من التكاليف داخل الشبكة لنفس الخدمة وقد لا يتم احتسابه في حدود خطتك القابلة للخصم أو الحد السنوي من التكاليف النثرية.

"الفوترة المفاجئة" هي فاتورة سداد غير متوقعة. يمكن أن يحدث هذا عندما لا يمكنك التحكم في من يشارك في رعايتك — مثلًا عندما يكون لديك حالة طوارئ أو عندما تحدد موعدًا لزيارة في منشأة داخل الشبكة ولكن تتم معالجتك بشكل غير متوقع من قبل موفر خدمة خارج الشبكة. قد تكلف الفواتير الطبية المفاجئة آلاف الدولارات حسب الإجراء أو حسب الخدمة.

### أنت محمي من فوترة سداد الفارق في المواقف التالية:

#### خدمات الطوارئ

إذا كنت تعاني من حالة طبية طارئة وحصلت على خدمات الطوارئ من مقدم خدمة أو مرفق خارج الشبكة، فإن أقصى ما يمكنهم تغريمك إياه هو مبلغ تقاسم التكاليف داخل الشبكة الموجود بخطتك (مثل: المدفوعات المشتركة، والتأمين المشترك، والمبالغ المقتطعة). لا يجوز تطبيق فوترة سداد الفارق عليك مقابل خدمات الطوارئ هذه. يتضمن ذلك الخدمات التي قد تحصل عليها بعد أن تستقر حالتك، ما لم تقدم موافقة كتابية وتتخلّ عن وسائل الحماية الخاصة بك التي لا تجعلك عرضة لتطبيق فوترة تسديد الفارق عليك نظير خدمات ما بعد استقرار حالتك هذه.

لعرض وتنزيل وقراءة ملخص اللغة البسيط للمساعدة المالية ل OSF HealthCare، يُرجى زيارة موقعنا على <https://www.osfhealthcare.org/billing/financial-assistance>.

#### خدمات معينة في مستشفى داخل الشبكة أو مركز جراحي متنقل

عندما تحصل على خدمات من مستشفى تقع داخل الشبكة أو مركز جراحي متنقل، فقد يكون بعض مقدمي الخدمة خارج الشبكة. في هذه الحالات، يكون أقصى ما يمكن لمقدمي الخدمة هؤلاء إرسال فاتورة به هو مبلغ مشاركة التكلفة داخل الشبكة لخطتك. ينطبق هذا على طب الطوارئ أو التخدير

ببيط تامدخ وأى شتسما وأدعاسملا حل جلا وأة دلولا يديد حبط وأ يرتخملا وأة عشلا وأ ضلر ملأ ملاء تامدخ وأة يامحلا نعلي ختلا كنم لو بلطين أمهل زوجي لوك ل قواف دادس قوتاف رادصلا علاؤة مدخلا مي دقمل زوجيلا . قركملا يانعلا قوافلا دادس قوتاف رويحتم تيلا تي حكة بصاخلا

إذا حصلت على أنواع أخرى من الخدمات في هذه المرافق داخل الشبكة، فإن مقدمي الخدمة خارج الشبكة لا يمكنهم تحرير فاتورة سداد فارق لك، ما لم تمنح موافقة كتابية وتتخلى عن الحماية الخاصة بك.

**أنت غير مُطالب أبدًا بالتخلي عن حمايتك من فواتير سداد الفارق. أنت غير مُطالب بالحصول على رعاية خارج الشبكة. يمكنك اختيار مقدم خدمة أو مرفق في شبكة خطتك.**

عرض وتنزيل وقراءة ملخص اللغة البسيط للمساعدة المالية ل OSF HealthCare، يُرجى زيارة موقعنا على [./https://www.osfhealthcare.org/billing/financial-assistance](https://www.osfhealthcare.org/billing/financial-assistance).

**عندما لا يُسمح بفوترة سداد الفارق، فإنك تتمتع أيضًا بوسائل الحماية التالية:**

- أنت مسؤول فقط عن دفع حصتك من التكلفة (مثل: المدفوعات المشتركة والتأمين المشترك والمبالغ المقتطعة التي ستدفعها إذا كان مقدم الخدمة أو المنشأة داخل الشبكة). ستدفع خطتك الصحية أي تكاليف إضافية لمقدمي الخدمات والمرافق خارج الشبكة مباشرةً.
- بشكل عام، يجب على خطتك الصحية:
- تغطية خدمات الطوارئ دون مطالبتك بالحصول على موافقة مسبقة للخدمات (يُعرف أيضًا باسم "التفويض المسبق").
- تغطية خدمات الطوارئ من قبل مُقدمي خدمات خارج الشبكة.
- جعل ما تدين به لمقدم الخدمة أو المنشأة (تقاسم التكلفة) محددًا على أساس ما ستدفعه لمقدم خدمة أو مرفق داخل الشبكة وأظهر هذا المبلغ في شرحك للمزايا.
- احسب أي مبلغ تدفعه مقابل خدمات الطوارئ أو الخدمات خارج الشبكة في حدود المبلغ المقتطع داخل الشبكة والتكاليف النثرية.

إذا كنت تعتقد أنه تم إصدار فاتورة لك بشكل خاطئ، فإن رقم الهاتف الفيدرالي للحصول على المعلومات و عمل شكاوى 1-800-985-3059.

قم بزيارة <https://www.cms.gov/nosurprises> للحصول على مزيد من المعلومات حول حقوقك بموجب القانون الفيدرالي.



## 针对意外医疗账单您所享有的权利和保护

当您获取紧急治疗，或者在网络内医院或门诊手术中心接受由网络外服务提供者提供的治疗时，您会得到免遭差额账单的保护。在这些情况下，向您收取的费用不应超过您医保计划的共付额、共保额和/或自付额。

### 什么是“差额账单”（有时称为“意外账单”）？

当您就诊于某位医生或其他医疗保健服务提供者时，您可能需要支付一定金额的**自付费用**，如**共付额**、**共保额**或**自付额**。如果您就诊的服务提供者或医疗保健机构不在您的医保计划网络内，您则可能需要支付额外费用，或者必须支付全额费用。

“网络外”是指服务提供者和机构与您的医保计划没有签署提供服务合同。网络外服务提供者可能被允许向您收取服务的全额费用与您的计划所支付费用之间的差额。这被称为“**差额账单**”。该金额可能超过相同服务的网络内费用，并且可能不计入您医保计划的自付额或年度最高自付限额。

“意外账单”是意外差额账单。当您无法控制由谁为您提供治疗时，便可能会发生这种情况，比如您遇到紧急情况看急诊，或者您安排在网络内机构就诊但却意外接受了网络外服务提供者的治疗。意外医疗账单可能会花费数千美元，具体取决于所接受的治疗或服务。

### 对于以下情况，您会得到免遭差额账单的保护：

#### 急诊服务

如果您出现紧急病情，并在网络外服务提供者或机构处接受了急诊服务，则他们可以向您收取的最高费用是您医保计划的网络内分摊金额（如共付额、共保额和自付额）。对于这些急诊服务，**不能向您收取差额**。这包括您在病情稳定后可能获得的服务，除非您提供书面同意，并放弃针对这些病情稳定后服务不向您收取差额的保护。

如需查看、下载和阅读 OSF 医疗保健财务援助简明语言摘要，请访问我们的网站 <https://www.osfhealthcare.org/billing/financial-assistance/>。

#### 在网络内医院或门诊手术中心接受的特定服务

当您在网络内医院或门诊手术中心获取服务时，其中的某些服务提供者可能是网络外提供者。在这些情况下，这些服务提供者可以向您收取的最高金额是您医保计划的网络内分摊金额。

。这适用于急诊医疗、麻醉、**病理学、放射学、化验室、新生儿、助理外科医生、住院医生或重症监护医生服务**。这些服务提供者**不能向您收取差额**，并且**不得要求您放弃不向您收取差额的保护**。

如果您在这些网络内机构获取其他类型的服务，除非您提供书面同意并放弃您所享有的保护，否则网络外服务提供者**不能向您收取差额**。

**您决不会被要求放弃所享有的免遭差额账单的保护。也不会被要求获取网络外治疗。您可以在您医保计划的网络内选择服务提供者或机构。**

如需查看、下载和阅读 OSF 医疗保健财务援助简明语言摘要，请访问我们的网站 <https://www.osfhealthcare.org/billing/financial-assistance/>。

**在不允许差额账单的情况下，您还享有以下保护：**

- 您只负责支付您的分摊费用（比如服务提供者或机构在网络内时，您将支付的共付额、共保额和自付额）。您的医保计划将向网络外服务提供者或机构直接支付任何额外费用。
- 一般来说，您的医保计划必须：
  - p 承保急诊服务，无需您提前获得服务批准（也称为“预先核准”）。
  - o 承保由网络外服务提供者提供的急诊服务。
  - p 根据向网络内服务提供者或机构支付的费用，确定您需要向服务提供者或机构支付的费用（分摊费用），并在您的保险权益说明中列出该金额。
  - p 将您支付的急诊服务或网络外服务的任何金额，计入您的网络内自付额和最高自付限额。

如果您认为自己被错误收费，您则可致电联邦电话号码 1-800-985-3059，以获得相关信息并进行投诉。

请访问 <https://www.cms.gov/nosurprises>，了解有关依据联邦法律您所享有权利方面的更多信息。

## Vos droits et protections concernant les surfacturations médicales surprises

Lorsque vous recevez des soins d'urgence ou que vous êtes traité par un fournisseur hors réseau dans un hôpital ou un centre de chirurgie ambulatoire en réseau, vous êtes protégé contre une surfacturation. Dans ces cas, vous ne devriez pas être facturé plus que la quote-part, la coassurance et/ou la franchise de votre régime.

### Qu'est-ce qu'une surfacturation (désignée parfois sous le nom de « facture surprise »)?

Lorsque vous consultez un médecin ou un autre fournisseur de soins de santé, il se peut que vous deviez déboursier certains [frais](#), comme une [quote-part](#), une [coassurance](#), ou encore une [franchise](#). Vous pourriez supporter des coûts supplémentaires ou régler la facture complète si vous consultez un fournisseur ou visitez un établissement de soins de santé qui ne figure pas dans le réseau de votre régime d'assurance.

« Hors réseau » signifie que les fournisseurs et les établissements n'ont pas signé de contrat avec votre régime d'assurance pour offrir des services. Les fournisseurs hors réseau peuvent être autorisés à vous facturer pour les différences entre ce que votre régime paie et le montant total réclamé pour un service. Cela correspond à une « **surfacturation** ». Ce montant est fort probablement plus élevé que les coûts en réseau pour le même service et pourrait ne pas être pris en compte dans la franchise de votre régime ou la contribution annuelle de l'adhérent.

La « surfacturation » est une facture inattendue. Ce phénomène peut se produire lorsque vous ne pouvez contrôler la personne qui vous fournit les soins—par exemple lors d'une urgence ou d'une visite planifiée dans un établissement en réseau où vous êtes traité par un fournisseur hors réseau. Des surfacturations médicales pourraient coûter des milliers de dollars en fonction de la procédure ou du service.

### Vous êtes protégé contre la surfacturation pour :

#### **Les services d'urgence**

Si vous avez un problème médical qui requiert une urgence et recevez les services d'urgence d'un fournisseur ou d'un établissement hors réseau, le maximum qu'ils peuvent vous facturer est le montant de participation au coût de votre régime d'assurance en réseau (comme la quote-part, la coassurance et la franchise). On **ne peut** vous surfacturer pour ces services d'urgence. Cela comprend les services que vous pouvez obtenir une fois que votre état s'est stabilisé, sauf si vous donnez un consentement écrit où vous renoncez à vos protections de ne pas être surfacturé pour ces services après stabilisation de votre état.

Pour afficher, télécharger et lire le sommaire sur l'aide financière de OSF HealthCare en langage clair, veuillez visiter notre site Web à l'adresse suivante :

<https://www.osfhealthcare.org/billing/financial-assistance/>.

### **Certains services dans un hôpital ou un centre de chirurgie ambulatoire en réseau**

Lorsque vous recevez des services d'un hôpital ou d'un centre de chirurgie ambulatoire en réseau, il se peut que certains de ses fournisseurs soient hors réseau. Dans ces cas, le maximum que ces fournisseurs peuvent vous facturer est le montant de participation au coût de votre régime d'assurance en réseau. Cela s'applique aux services de soins médicaux d'urgence, d'anesthésie, de pathologie, de radiologie, de laboratoire, de néonatalogie, ainsi qu'aux services de l'aide-chirurgien, du spécialiste en soins de courte durée ou du spécialiste en médecine de soins intensifs. Ces fournisseurs **ne peuvent** vous surfacturer et **ne peuvent** vous demander de renoncer à vos protections contre la surfacturation.

Si vous bénéficiez d'autres types de services auprès de ces établissements en réseau, ces fournisseurs hors réseau **ne sauraient** vous surfacturer, sauf si vous donnez un consentement écrit où vous renoncez à vos protections.

**On n'exigera jamais de vous que vous renonciez à vos protections contre la surfacturation. On n'exigera pas non plus que vous sortiez des soins hors réseau. Vous pouvez choisir un fournisseur ou un établissement dans le réseau de votre régime.**

Pour afficher, télécharger et lire le sommaire sur l'aide financière de OSF HealthCare en langage clair, veuillez visiter notre site Web à l'adresse suivante :  
<https://www.osfhealthcare.org/billing/financial-assistance/>.

### **Lorsque la surfacturation n'est pas permise, vous êtes également couverts par les protections suivantes :**

- Vous êtes uniquement responsable de votre part du coût (comme la quote-part, la coassurance et la franchise que vous paieriez si le fournisseur ou l'établissement faisait partie du réseau). Votre régime de santé paiera directement tout coût supplémentaire aux fournisseurs et établissements hors réseau.
- De façon générale, votre régime de santé doit :
  - ☐ couvrir les services d'urgence sans exiger de vous que vous obteniez à l'avance l'approbation pour les services (aussi connue comme « autorisation préalable »);
  - couvrir les services d'urgence effectués par les fournisseurs hors réseau;
  - ☐ énumérer ce que vous devez au fournisseur ou à l'établissement (participation au coût) considérant ce que le régime paierait à un fournisseur ou un établissement en réseau et indiquer ce montant dans l'explication des prestations;
  - ☐ énumérer tout montant que vous payez pour les services d'urgence ou les services hors réseau en fonction de votre franchise en réseau et votre contribution.

**Si vous croyez avoir été facturé indûment**, le numéro de téléphone du ministère fédéral pour obtenir des informations et porter plainte est le 1-800-985-3059.

Visiter le site <https://www.cms.gov/nosurprises> pour obtenir davantage d'informations sur vos droits prévus dans la loi fédérale.

## Ihre Rechte bei und Ihr Schutz gegen unerwartete Rechnungen für medizinische Leistungen

Wenn Sie sich einer Notfallbehandlung unterziehen müssen oder von einem Anbieter, der nicht Teil des Netzwerks ist, in einem Krankenhaus oder in einer Unfallchirurgie behandelt werden, die Teil des Netzwerks sind, sind Sie davor geschützt, die Differenz zwischen dem Rechnungsbetrag und dem von der Krankenversicherung gedeckten Betrag begleichen zu müssen. Dieser Betrag wird als „Balance Billing“ (Saldoabrechnung) bezeichnet. In diesen Fällen darf Ihnen nicht mehr als die/der in Ihrem Versicherungsvertrag vereinbarte Betrag für Zuzahlung, Selbstbeteiligung und/oder Selbstbehalt in Rechnung gestellt werden.

### **Was bedeutet der Begriff „Balance Billing“ (Saldoabrechnung), der gelegentlich auch als „Surprise Billing“ (Unerwartete Rechnung) bezeichnet wird?**

Wenn Sie einen Arzt bzw. eine Ärztin oder einen anderen Gesundheitsdienstleister konsultieren, müssen Sie möglicherweise bestimmte [Auslagen](#) wie [Zuzahlung](#), [Selbstbeteiligung](#) oder [Selbstbehalt](#) selbst tragen. So werden Ihnen möglicherweise zusätzliche Kosten in Rechnung gestellt, oder Sie müssen den gesamten Rechnungsbetrag bezahlen, wenn Sie sich bei einem Anbieter vorgestellt oder einen Termin in einer Gesundheitspflegeeinrichtung wahrgenommen haben, der bzw. die nicht Teil des in Ihrem Krankenversicherungsvertrag genannten Netzwerks ist.

„Nicht Teil des Netzwerks“ steht für alle Anbieter und Einrichtungen, die mit Ihrem Versicherungsanbieter keinen Vertrag zur Erbringung von Leistungen vereinbart haben. Anbieter, die nicht Teil des Netzwerks sind, sind möglicherweise berechtigt, Ihnen Beträge in Rechnung zu stellen, die den Saldo zwischen den durch Ihren Krankenversicherungsvertrag abgedeckten Kosten und dem Gesamtbetrag für die erbrachten Leistungen darstellen. Dieses Verfahren wird in den USA als „**Balance Billing**“ (Saldoabrechnung) bezeichnet. Diese Beträge sind höchstwahrscheinlich höher als jene Kosten, die innerhalb des Netzwerks für dieselben Leistungen berechnet würden, und werden möglicherweise nicht auf den in Ihrem Versicherungsvertrag genannten Selbstbehalt oder die pro Jahr von Ihnen selbst zu tragenden Kosten angerechnet.

Als „Surprise Billing“ wird eine unerwartete Saldoabrechnung bezeichnet. Eine solche Rechnung kann ausgestellt werden, wenn Sie nicht steuern können, wer an den für Sie erbrachten medizinischen Leistungen beteiligt ist, z. B. wenn Sie sich einer ambulanten Notfallversorgung unterziehen müssen oder wenn Sie einen Besuch in einer dem Netzwerk zugehörigen Einrichtung vereinbart haben, aber ungeplant von einem Anbieter behandelt werden, der nicht Teil des Netzwerks ist. Unerwartete Rechnungen für medizinische Leistungen können je nach Behandlung oder Leistung schnell Beträge mit Tausenden Dollar erreichen.

## **Sie sind in den folgenden Fällen vor Saldoabrechnungen geschützt:**

### **Notfalleleistungen**

Wenn Sie sich in einem kritischen medizinischen Zustand befinden und Notfalleleistungen von einem Anbieter oder einer Einrichtung in Anspruch nehmen müssen, der/die nicht Teil des Netzwerks ist, können dieser Anbieter oder die Einrichtung Ihnen höchstens jene Beträge in Rechnung stellen, die Sie gemäß der netzwerkinternen Kostenbeteiligung zu zahlen verpflichtet sind (darunter Zuzahlungen, Selbstbeteiligungen oder Selbstbehalt). Diese Notfalleleistungen **dürfen Ihnen nicht** als Saldoabrechnung in Rechnung gestellt werden. Dazu gehören auch Leistungen, die Sie möglicherweise erhalten, nachdem sich Ihr Gesundheitszustand wieder stabilisiert hat. Dies trifft allerdings nicht zu, wenn Sie Ihr schriftliches Einverständnis erklärt haben, dass Sie auf den Schutz vor einer Saldoabrechnung für diese nachträglichen Stabilisierungsleistungen verzichten.

Wenn Sie eine Übersicht über die finanziellen Unterstützungsleistungen von OSF HealthCare (OSF HealthCare Financial Assistance Plain Language Summary) in leichter Sprache anzeigen und herunterladen möchten, rufen Sie bitte die folgende Webseite auf:

<https://www.osfhealthcare.org/billing/financial-assistance/>.

### **Bestimmte Leistungen in einem zum Netzwerk gehörenden Krankenhaus oder einer zum Netzwerk gehörenden Unfallchirurgie**

Wenn Sie Leistungen in einem zum Netzwerk gehörenden Krankenhaus oder einer zum Netzwerk gehörenden Unfallchirurgie in Anspruch nehmen, gehören bestimmte Anbieter möglicherweise nicht dem Netzwerk an. In diesen Fällen können diese Anbieter Ihnen höchstens jene Beträge in Rechnung stellen, die Sie gemäß der netzwerkinternen Kostenbeteiligung zu zahlen verpflichtet sind. Dies gilt für Leistungen in den Bereichen Notfallmedizin, Anästhesie, Pathologie, Radiologie, Labor, Neonatologie, Chirurgieassistenz, Facharztbehandlung oder Intensivmedizin. Diese Anbieter **sind nicht berechtigt**, Ihnen eine Saldoabrechnung auszustellen und sind außerdem **nicht berechtigt**, Sie zu bitten, auf Ihren Schutz vor Saldoabrechnungen zu verzichten.

Wenn Sie weitere Leistungsarten in diesen zum Netzwerk gehörenden Einrichtungen in Anspruch nehmen, sind nicht zum Netzwerk gehörende Anbieter **nicht berechtigt**, Ihnen eine Saldoabrechnung auszustellen, es sei denn, Sie haben schriftlich Ihren Verzicht auf den Schutz vor Saldorechnungen erklärt.

**Sie sind zu keinem Zeitpunkt verpflichtet, Ihren Verzicht auf Schutz vor Saldoabrechnungen zu erklären. Außerdem sind Sie nicht verpflichtet, sich für medizinische Leistungen von Anbietern zu entscheiden, die nicht Teil des Netzwerks sind. Sie können einen Anbieter oder eine Einrichtung auswählen, der/die Teil des in Ihrem Versicherungsvertrag genannten Netzwerks ist.**

Wenn Sie eine Übersicht über die finanziellen Unterstützungsleistungen von OSF HealthCare (OSF HealthCare Financial Assistance Plain Language Summary) in leichter Sprache anzeigen und herunterladen möchten, rufen Sie bitte die folgende Webseite auf:

<https://www.osfhealthcare.org/billing/financial-assistance/>.

**Wenn Saldoabrechnungen nicht zulässig sind, greifen außerdem die folgenden Schutzmaßnahmen:**

- Sie sind ausschließlich verpflichtet, Ihren Anteil an den Kosten zu begleichen (darunter Zuzahlungen, Selbstbeteiligungen oder Selbstbehalte, die Sie zahlen müssten, wenn der Anbieter oder die Einrichtung Teil des Netzwerks wären). Ihr Krankenversicherer übernimmt die Zahlung aller weiteren Kosten an Anbieter und Einrichtungen, die nicht Teil des Netzwerks sind.
- Grundsätzlich ist Ihr Krankenversicherer dazu verpflichtet:
  - ⌞ Notfallleistungen zu bezahlen, ohne dass Sie eine vorherige Genehmigung dieser Leistungen beantragt haben (wird auch als „Prior Authorization“ (Vorabgenehmigung) bezeichnet),
  - Notfallleistungen zu bezahlen, die von Anbietern erbracht wurden, die nicht Teil des Netzwerks sind,
  - ⌞ aufzurechnen, was Sie dem Anbieter oder der Einrichtung schulden (Kostenbeteiligung) und was er einem Anbieter oder einer Einrichtung zahlen würde, der/die Teil des Netzwerks ist, und diesen Betrag in Ihren Leistungszusagen aufzuführen,
  - ⌞ alle Beträge, die Sie für Notfallleistungen oder Leistungen außerhalb des Netzwerks entrichten, auf Ihre netzwerkinternen Höchstbeträge für Selbstbehalt oder Auslagen anzurechnen.

**Sollten Sie davon ausgehen, dass Sie fälschlicherweise eine Rechnung erhalten haben,** können Sie unter der landesweit gültigen Telefonnummer 1-800-985-3059 weitere Informationen anfordern oder Ihre Beschwerde anbringen.

Auf der Webseite <https://www.cms.gov/nosurprises> finden Sie weitere Informationen zu Ihren Rechten, die sich aus dem Bundesgesetz ergeben.



## Τα δικαιώματά σας και οι καλύψεις σας έναντι αιφνίδιων ιατρικών χρεώσεων

Όταν λαμβάνετε επείγουσα περίθαλψη ή θεραπεία από πάροχο εκτός δικτύου σε νοσοκομείο εντός δικτύου ή αυθημερόν χειρουργικό κέντρο, προστατεύεστε από τη χρέωση υπολοίπου. Σε αυτές τις περιπτώσεις, δεν θα έπρεπε να χρεωθείτε περισσότερο από τη συμμετοχή σας στη δαπάνη, τη συνασφάλιση ή/και το ασφαλιστικώς ακάλυπτο ποσό.

### **Τι είναι η «χρέωση υπολοίπου» (μερικές φορές ονομάζεται «αιφνίδια χρέωση»);**

Όταν επισκέπτεστε έναν ιατρό ή άλλο πάροχο υγειονομικής περίθαλψης, ίσως χρεωθείτε ορισμένα ποσά που θα πρέπει να πληρώσετε από την τσέπη σας, όπως η συμμετοχή στη δαπάνη, η συνασφάλιση, ή το ασφαλιστικώς ακάλυπτο ποσό.

Ενδέχεται να υπάρξουν επιπλέον χρεώσεις ή να χρειαστεί να πληρώσετε ολόκληρο τον λογαριασμό εάν επισκεφτείτε έναν πάροχο ή μια μονάδα υγειονομικής περίθαλψης που δεν ανήκει στο δίκτυο του προγράμματος υγείας σας.

«Εκτός δικτύου» σημαίνει παρόχους και ιδρύματα που δεν έχουν υπογράψει σύμβαση με το πρόγραμμα υγείας σας για την παροχή υπηρεσιών. Ενδέχεται να επιτραπεί σε παρόχους εκτός δικτύου να σας χρεώσουν για τη διαφορά μεταξύ του ποσού που πληρώνει το πρόγραμμά σας και του πλήρους ποσού που χρεώνεται για μια υπηρεσία.

Αυτό ονομάζεται «**χρέωση υπολοίπου**».

Αυτό το ποσό είναι πιθανότατα μεγαλύτερο από το κόστος εντός δικτύου για την ίδια υπηρεσία και μπορεί να μην υπολογίζεται για το όριο του ασφαλιστικώς ακάλυπτου ποσού ή για το όριο που πληρώνετε από την τσέπη σας.

Η «αιφνίδια χρέωση» είναι ένας απροσδόκητος λογαριασμός υπολοίπου. Αυτό μπορεί να συμβεί όταν δεν μπορείτε να ελέγξετε ποιος εμπλέκεται στην περίθλαψή σας— όπως όταν αντιμετωπίζετε έκτακτη ανάγκη ή όταν προγραμματίζετε μια επίσκεψη σε ένα ίδρυμα εντός δικτύου, αλλά απροσδόκητα λαμβάνετε θεραπεία από έναν πάροχο εκτός δικτύου. Οι αιφνίδιες ιατρικές χρεώσεις μπορεί να κοστίσουν χιλιάδες δολάρια ανάλογα με την επέμβαση ή την υπηρεσία.

### **Προστατεύεστε από τη χρέωση υπολοίπου για:**

#### **Υπηρεσίες έκτακτης ανάγκης**

Εάν έχετε μια επείγουσα ιατρική κατάσταση και λαμβάνετε υπηρεσίες έκτακτης ανάγκης από πάροχο ή ίδρυμα εκτός δικτύου, το μέγιστο που μπορούν να σας χρεώσουν είναι το ποσό επιμερισμού κόστους του προγράμματός σας εντός δικτύου (όπως συμμετοχή στη δαπάνη, τη συνασφάλιση ή/και το ασφαλιστικώς ακάλυπτο ποσό). **Δεν** μπορείτε να χρεωθείτε το υπόλοιπο για αυτές τις υπηρεσίες έκτακτης ανάγκης. Σε αυτό περιλαμβάνονται υπηρεσίες που μπορεί να λάβετε αφού είστε σε σταθερή κατάσταση, εκτός εάν δώσετε γραπτή συγκατάθεση και εγκαταλείψετε τις καλύψεις σας για να μην χρεωθείτε για αυτές τις υπηρεσίες μετά τη σταθεροποίησή σας.

Για να προβάλετε, να κατεβάσετε και να διαβάσετε την περίληψη της οικονομικής βοήθειας για την υγειονομική περίθαλψη του OSF σε απλή γλώσσα επισκεφτείτε τον ιστότοπό μας στη διεύθυνση <https://www.osfhealthcare.org/billing/financial-assistance/>.

### **Ορισμένες υπηρεσίες σε νοσοκομείο εντός δικτύου ή αυθημερόν χειρουργικό κέντρο**

Όταν λαμβάνετε υπηρεσίες από ένα νοσοκομείο εντός δικτύου ή ένα αυθημερόν χειρουργικό κέντρο, ορισμένοι πάροχοι ενδέχεται να είναι εκτός δικτύου. Σε αυτές τις περιπτώσεις, το μέγιστο που μπορούν να σας χρεώσουν αυτοί οι πάροχοι είναι το ποσό επιμερισμού κόστους του προγράμματός σας εντός δικτύου. Αυτό ισχύει για υπηρεσίες επείγουσας ιατρικής, αναισθησίας, παθολογίας, ακτινολογίας, εργαστηρίου, νεογνολογίας, βοηθού χειρουργού, νοσηλεύτη ή εντατικής θεραπείας. Αυτοί οι πάροχοι **δεν** μπορούν να σας χρεώσουν το υπόλοιπο του λογαριασμού και **δεν** μπορούν να σας ζητήσουν να εγκαταλείψετε τις καλύψεις σας για να μην χρεωθείτε το υπόλοιπο.

Εάν λαμβάνετε άλλους τύπους υπηρεσιών σε αυτά τα ιδρύματα εντός δικτύου, οι πάροχοι εκτός δικτύου **δεν** μπορούν να σας χρεώσουν το υπόλοιπο, εκτός εάν δώσετε γραπτή συγκατάθεση και εγκαταλείψετε τις καλύψεις σας.

**Ποτέ δεν απαιτείται να εγκαταλείψετε τις καλύψεις σας από τη χρέωση υπολοίπου. Επίσης, δεν απαιτείται να λάβετε φροντίδα εκτός δικτύου.**

**Μπορείτε να επιλέξετε έναν πάροχο ή ένα ίδρυμα εντός του δικτύου του προγράμματός σας.**

Για να προβάλετε, να κατεβάσετε και να διαβάσετε την περίληψη της οικονομικής βοήθειας για την υγειονομική περίθαλψη του OSF σε απλή γλώσσα επισκεφτείτε τον ιστότοπό μας στη διεύθυνση <https://www.osfhealthcare.org/billing/financial-assistance/>.

### **Όταν δεν επιτρέπεται η χρέωση υπολοίπου, έχετε επίσης τις παρακάτω καλύψεις:**

- Είστε υπεύθυνοι μόνο για την πληρωμή του μερίδιού σας στο κόστος (όπως η συμμετοχή στη δαπάνη, τη συνασφάλιση ή/και το ασφαλιστικώς ακάλυπτο ποσό που θα πληρώνετε εάν ο πάροχος ή το ίδρυμα ήταν εντός δικτύου). Το πρόγραμμα υγείας σας θα πληρώσει απευθείας τυχόν πρόσθετο κόστος σε παρόχους και ιδρύματα εκτός δικτύου.
- Γενικά, το πρόγραμμα υγείας σας πρέπει:
  - s Να καλύπτει τις υπηρεσίες έκτακτης ανάγκης χωρίς να σας ζητήσει να λάβετε έγκριση για υπηρεσίες εκ των προτέρων (γνωστή και ως «προηγούμενη εξουσιοδότηση»).
  - o Να καλύπτει υπηρεσίες έκτακτης ανάγκης από παρόχους εκτός δικτύου.
  - s Να υπολογίζει το ποσό που οφείλετε στον πάροχο ή στο ίδρυμα (διαμοιρασμός κόστους) με βάση το τι θα πλήρωνε σε έναν πάροχο ή ένα ίδρυμα εντός δικτύου και να εμφανίζει αυτό το ποσό στην εξήγηση των παροχών σας.

- s Να υπολογίζει κάθε ποσό που πληρώνετε για υπηρεσίες έκτακτης ανάγκης ή υπηρεσίες εκτός δικτύου στο ασφαλιστικώς ακάλυπτο όριο και στο όριο που καταβάλετε από την τσέπη σας.

**Εάν νομίζετε ότι έχετε χρεωθεί λάθος**, ο ομοσπονδιακός αριθμός τηλεφώνου για πληροφορίες και παράπονα είναι 1-800-985-3059.

Επισκεφτείτε τη διεύθυνση <https://www.cms.gov/nosurprises> για περισσότερες πληροφορίες σχετικά με τα δικαιώματά σας βάσει της ομοσπονδιακής νομοθεσίας.

## સરપ્રાઇઝ તબીબી બિલો સામે તમારા અધિકારો અને રક્ષણો

જ્યારે તમને કટોકટીની સંભાળ મળે છે અથવા નેટવર્કની બહારના પ્રદાતા દ્વારા નેટવર્કમાંની હોસ્પિટલ અથવા એમ્બ્યુલેટરી સર્જિકલ સેન્ટરમાં સારવાર કરવામાં આવે છે, ત્યારે તમે બેલેન્સ બિલિંગથી સુરક્ષિત છો. આ કિસ્સાઓમાં, તમારી પાસેથી તમારી યોજનાના કોપેમેન્ટ્સ, કોઇન્સ્યોરન્સ (સહ-વીમો) અને/અથવા કપાતપાત્ર રકમ કરતાં વધુ શુલ્ક લેવામાં આવવો જોઈએ નહીં.

### **"બેલેન્સ બિલિંગ" (કેટલીકવાર "સરપ્રાઇઝ બિલિંગ" તરીકે ઓળખાય છે) શું છે?**

જ્યારે તમે ડોક્ટર અથવા અન્ય આરોગ્ય સંભાળ પ્રદાતા પાસે જાઓ છો, ત્યારે તમારે અમુક ચોક્કસ [પોતે કરેલા ખર્ચાઓ](#), ઉપાડવા પડી શકે છે, જેમ કે [કોપેમેન્ટ](#), [કોઇન્સ્યોરન્સ](#), અથવા [કપાતપાત્ર](#). જો તમે તમારા સ્વાસ્થ્ય યોજનાના નેટવર્કમાં ન હોય તેવા કોઈ પ્રદાતાને પાસે જાઓ અથવા તેવી આરોગ્ય સંભાળ સુવિધાની મુલાકાત લો તો તમારે વધારાના ખર્ચાઓ અથવા સમગ્ર બિલ ચૂકવવાનું થઈ શકે છે.

"આઉટ ઓફ નેટવર્ક" (નેટવર્કની બહારના) એટલે એવા પ્રદાતાઓ અને સુવિધાઓ કે જેમણે સેવાઓ પ્રદાન કરવા માટે તમારી સ્વાસ્થ્ય યોજના સાથે કરાર કર્યા નથી. તમારી યોજના જે ચૂકવણી કરે અને સેવા માટે વસૂલવામાં આવતી સંપૂર્ણ રકમ વચ્ચેના તફાવત માટે નેટવર્કની બહારના પ્રદાતાઓને તમને બિલ આપવાની મંજૂરી આપવામાં આવી શકે છે. આને "બેલેન્સ બિલિંગ" કહેવામાં આવે છે. આ રકમ સમાન સેવા માટેના નેટવર્કની અંદર હોય ત્યારે થતાં ખર્ચ કરતાં વધુ હોવાની શક્યતા છે અને તે તમારી યોજનાની કપાતપાત્ર અથવા વાર્ષિક આઉટ-ઓફ-પોકેટ (જાતે ચૂકવાયેલ ખર્ચ) મર્યાદામાં કદાચ ન પણ ગણાય.

"સરપ્રાઇઝ બિલિંગ" એ અનપેક્ષિત બેલેન્સ (વધારાની રકમનું) બિલ છે. આ ત્યારે થઈ શકે છે જ્યારે તમે નિયંત્રિત કરી શકતા ન હોય કે તમારી સંભાળમાં કોણ સામેલ છે—જેમ કે જ્યારે તમને કટોકટી હોય અથવા જ્યારે તમે નેટવર્કમાંની સુવિધાની મુલાકાત નિર્ધારિત કરી હોય પરંતુ અણધારી રીતે નેટવર્ક બહારના પ્રદાતા દ્વારા સારવાર કરવામાં આવે. સરપ્રાઇઝ તબીબી બિલથી પ્રક્રિયા અથવા સેવા પર આધાર રાખતાં, હજારો ડોલરનો ખર્ચ થઈ શકે છે.

### **તમે આના માટે બેલેન્સ બિલિંગથી સુરક્ષિત છો:**

#### **કટોકટી સેવાઓ**

જો તમે કટોકટીની તબીબી સ્થિતિમાં મૂકાયા હોવ અને તમે નેટવર્કની બહારના પ્રદાતા અથવા સુવિધા પાસેથી કટોકટીની સેવાઓ મેળવો, તો તેઓ તમને વધુમાં વધુ જે રકમ બિલ કરી શકે તે છે તમારી યોજનાની ખર્ચ વહેંચણી રકમ (જેમ કે કોપેમેન્ટ્સ, કોઇન્સ્યોરન્સ અને કપાતપાત્ર). આ કટોકટીની સેવાઓ માટે તમને બેલેન્સ બિલિંગ કરી **શકાશે નહીં** આમાં એવી સેવાઓનો સમાવેશ થાય છે જે તમે સ્થાયી સ્થિતિમાં આવો તે પછી તમને મળે, સિવાય કે તમે લેખિત સંમતિ આપો અને સ્થિર થાવ તે પછીની સેવાઓ માટે બેલેન્સ બિલિંગ ન કરવામાં આવે તે માટેના રક્ષણો છોડી દો.

OSF હેલ્થકેર ફાયનાન્સિયલ આસિસ્ટન્સ પ્લેન લેવેજ સારાંશ જોવા, ડાઉનલોડ કરવા અને વાંચવા માટે, કૃપા કરીને <https://www.osfhealthcare.org/billing/financial-assistance/> પર અમારી વેબસાઇટની મુલાકાત લો.

#### **નેટવર્કમાંની હોસ્પિટલ અથવા એમ્બ્યુલેટરી સર્જિકલ સેન્ટરમાં કેટલીક સેવાઓ**

જ્યારે તમે નેટવર્કમાંની હોસ્પિટલ અથવા એમ્બ્યુલેટરી સર્જિકલ સેન્ટરમાંથી સેવાઓ મેળવો છો, ત્યારે ત્યાંના અમુક પ્રદાતાઓ નેટવર્કની બહારના હોઈ શકે છે. આ કિસ્સાઓમાં, તે પ્રદાતાઓ તમને બિલ કરી શકે તે વધુમાં વધુ રકમ તમારી યોજનાની નેટવર્કમાંની ખર્ચ-વહેંચણી રકમ છે. આ કટોકટીની દવા એનેસ્થેસિયા,

પેથોલોજી, રેડિયોલોજી, લેબોરેટરી, નિયોનેટોલોજી, આસિસ્ટન્ટ સર્જન, હોસ્પિટલિસ્ટ અથવા ઇન્ટેન્સિવિસ્ટ સેવાઓને લાગુ પડે છે. આ પ્રદાતાઓ તમને બેલેન્સ બિલ ન કરી શકે અને બેલેન્સ બિલ ન થાય તે માટેના તમારા રક્ષણો છોડી દેવા માટે તમને ન કહી શકે.

જો તમે આ નેટવર્કમાંની સુવિધાઓ ખાતે અન્ય પ્રકારની સેવાઓ મેળવો છો, તો નેટવર્કની બહાર પ્રદાતાઓ તમને બેલેન્સ બિલિંગ કરી શકશે નહીં, સિવાય કે તમે લેખિત સંમતિ આપો અને તમારા રક્ષણો છોડી દો.

**તમારે બેલેન્સ બિલિંગ સામે તમારા રક્ષણો છોડવાની જરૂર ક્યારેય નથી હોતી. તમારે નેટવર્કની બહારની સંભાળ લેવાની પણ જરૂર નથી. તમે તમારી યોજનાના નેટવર્કમાંના પ્રદાતા અથવા સુવિધા પસંદ કરી શકો છો.**

OSF હેલ્થકેર ફાયનાન્સિયલ આસિસ્ટન્સ પ્લેન લેંગ્વેજ સારાંશ જોવા, ડાઉનલોડ કરવા અને વાંચવા માટે, કૃપા કરીને <https://www.osfhealthcare.org/billing/financial-assistance/> પર અમારી વેબસાઇટની મુલાકાત લો.

**જ્યારે બેલેન્સ બિલિંગની મંજૂરી ન હોય, ત્યારે તમારી પાસે આ રક્ષણો પણ છે:**

- તમે તમારા હિસ્સાની કિંમત ચૂકવવા માટે જ જવાબદાર છો (જેમ કે કોપેમેન્ટ્સ, કોઇન્સ્યોરન્સ, કપાતપાત્ર જે પ્રદાતા અથવા સુવિધા નેટવર્કમાં હોત તો તમે ચૂકવી હોત). તમારી સ્વાસ્થ્ય યોજના કોઈપણ વધારાના ખર્ચ સીધા જ નેટવર્કની બહારના પ્રદાતાઓ અને સુવિધાઓને ચૂકવશે.
- સામાન્ય રીતે, તમારી સ્વાસ્થ્ય યોજનામાં નીચેનાનો સમાવેશ થવો જ જોઈએ:
  - તમારે સેવાઓ માટે અગાઉથી મંજૂરી મેળવવાની આવશ્યકતા વિના કટોકટીની સેવાઓને આવરી લે છે (જેને "પૂર્વ અધિકૃતતા" તરીકે પણ ઓળખવામાં આવે છે).
  - નેટવર્કની બહાર પ્રદાતાઓ દ્વારા કટોકટીની સેવાઓને આવરી લે છે .
  - તમારે પ્રદાતા અથવા સુવિધાને કેટલી ચૂકવણી કરવાની છે (ખર્ચ-વહેંચણી) તેનો આધાર તેણે પોતે નેટવર્કમાંના પ્રદાતા અથવા સુવિધાને કરી હોત તેના ઉપર રાખે અને તે રકમને તમારા લાભોની સમજૂતીમાં દર્શાવે.
  - કટોકટી સેવાઓ અથવા નેટવર્કની બહારની સેવાઓ માટે તમે ચૂકવો તેવી કોઈપણ રકમને તમારા નેટવર્કમાંના કપાત્રપાત્ર અને જાતે કરેલા ખર્ચની મર્યાદામાં ગણે.

**જો તમને લાગે કે તમને ખોટી રીતે બિલ આપવામાં આવ્યું છે, તો , માહિતી અને ફરિયાદો માટે ફેડરલ ફોન નંબર 1-800-985-3059 છે.**

ફેડરલ કાયદા હેઠળ તમારા અધિકારો વિશે વધુ માહિતી માટે <https://www.cms.gov/nosurprises> ની મુલાકાત લો.

# सरप्राइज मेडिकल बिल के विरुद्ध आपके अधिकार एवं संरक्षण

जब आप कोई आपातकालीन देखभाल प्राप्त करते हैं या किसी इन-नेटवर्क अस्पताल या एम्ब्युलेटरी सर्जिकल सेंटर में किसी नेटवर्क-से-बाहर के प्रदाता से उपचार कराते हैं, तो आपको बैलेंस बिलिंग से संरक्षित रखा जाता है। ऐसे मामलों में आपसे आपके प्लान के सह-भुगतान, सह-बीमा तथा/अथवा डिडक्टेबल से अधिक चार्ज नहीं किया जाना चाहिए।

## **“बैलेंस बिलिंग” क्या है (कभी-कभी इसे “सरप्राइज बिलिंग” भी कहते हैं)?**

जब आप किसी चिकित्सक या अन्य स्वास्थ्य सेवा प्रदाता के पास जाते हैं, तो आपको कुछ [आउट-ऑफ-पॉकेट लागतें](#), देनी पड़ सकती हैं, जैसे कि [सह-भुगतान](#), [सह-बीमा](#), या [डिडक्टेबल](#)। यदि आप किसी ऐसे प्रदाता या स्वास्थ्य सेवा केन्द्र में जाते हैं, जो आपके हेल्थ प्लान के नेटवर्क में नहीं है, तो आपको अतिरिक्त लागत देनी पड़ सकती है अथवा पूरे बिल का भुगतान भी करना पड़ सकता है।

“नेटवर्क-से-बाहर” का अर्थ है ऐसे प्रदाता एवं केन्द्र जिन्होंने सेवाएं प्रदान करने के लिए आपके हेल्थ प्लान के साथ कोई कॉन्ट्रैक्ट नहीं किया हुआ है। नेटवर्क-से-बाहर वाले प्रदाताओं के पास यह अनुमति हो सकती है कि वे किसी सेवा के लिए प्रभारित पूर्ण राशि तथा आपके प्लान द्वारा भुगतान की जाने वाली राशि के बीच के अंतर की राशि की बिलिंग आपको कर सकें। इसे **“बैलेंस बिलिंग”** कहते हैं। यह राशि संभावित रूप से एक ही सेवा के लिए इन-नेटवर्क कॉस्ट से अधिक होगी, और शायद इसे आपके प्लान के डिडक्टेबल या वार्षिक आउट-ऑफ-पॉकेट लिमिट में गणना ना किया जाए।

“सरप्राइज बिलिंग” एक अनपेक्षित बैलेंस बिल है। ऐसा तब हो सकता है जब आप यह नियंत्रित ना कर सकें कि आपकी देखभाल में कौन शामिल है—जैसे कि जब आपको कोई आपात-स्थिति हो, या जब आप किसी इन-नेटवर्क केन्द्र में जाने की योजना बनाये हों परन्तु अनपेक्षित रूप से आपका उपचार किसी आउट-ऑफ-नेटवर्क प्रदाता के पास करवाना पड़े। सरप्राइज मेडिकल बिल हजारों डॉलर के हो सकते हैं, जो कि प्रोसीजर या सेवा पर निर्भर करता है।

## **आप निम्न चीजों के लिए बैलेंस बिलिंग से संरक्षित हैं:**

### **आपातकालीन सेवाएं**

यदि आपको कोई आपातकालीन चिकित्सीय स्थिति है, और आप किसी आउट-ऑफ-नेटवर्क प्रदाता या केन्द्र से आपातकालीन सेवाएं प्राप्त करते हैं, तो वे अधिक से अधिक आपके प्लान की इन-नेटवर्क कॉस्ट-शेयरिंग राशि (जैसे कि सह-भुगतान, सह-बीमा एवं डिडक्टेबेल्स) का ही बिल आपको दे सकते हैं। इन आपातकालीन सेवाएं के लिए आपको बैलेंस बिल **नहीं** जारी किया जा सकता। इसमें ऐसी सेवाएं शामिल हैं, जो आप स्थिर स्थिति में आने के बाद प्राप्त कर सकते हैं, जब तक कि आप लिखित सहमति ना दें तथा उन पोस्ट-स्टैबलाइजेशन सेवाओं हेतु बैलेंस बिल जारी ना किए जाने की अपने संरक्षण का त्याग ना कर दें।

OSF HealthCare वित्तीय सहायता सरल भाषा सारांश देखने, डाउनलोड करने तथा पढ़ने के लिए कृपया

हमारी वेबसाइट पर विजिट करें <https://www.osfhealthcare.org/billing/financial-assistance/>.

### **किसी इन-नेटवर्क हॉस्पिटल या एम्ब्युलेटरी सर्जिकल सेंटर में कुछ विशेष सेवाएं**

जब आप किसी इन-नेटवर्क हॉस्पिटल या एम्ब्युलेटरी सर्जिकल सेंटर में सेवाएं प्राप्त करते हैं, तो वहां कुछ विशेष प्रदाता आउट-ऑफ-नेटवर्क हो सकते हैं। ऐसे मामलों में, वे प्रदाता आपको अधिक से अधिक आपके प्लान के इन-नेटवर्क कॉस्ट-शेयरिंग राशि के लिए बिल जारी कर सकते हैं। यह आपातकालीन मेडिसिन, एनेस्थीसिया,

पैथोलॉजी, रेडियोलॉजी, लैबोरेटरी, नियोनैटोलॉजी, सहायक सर्जन, हॉस्पिटैलिस्ट, या इन्टेनसिविस्ट सेवाओं पर लागू होता है। ये प्रदाता आपको बैलेंस बिल **नहीं** जारी कर सकते, और ये आपसे यह भी **नहीं** कह सकते कि आप बैलेंस बिल ना जारी किए जाने के अपने संरक्षणों का त्याग कर दें।

यदि आप इन, इन-नेटवर्क केन्द्रों में अन्य प्रकार की सेवाएं प्राप्त करते हैं, तो आउट-ऑफ-नेटवर्क प्रदाता आपको बैलेंस बिल **नहीं** जारी कर सकते हैं, जब तक कि आपने लिखित सहमति ना दी हो तथा अपने संरक्षणों का त्याग ना कर दिया हो।

**आपको बैलेंस बिलिंग से अपने संरक्षण का त्याग करने की कभी भी आवश्यकता नहीं है। आपको आउट-ऑफ-नेटवर्क देखभाल प्राप्त करने की आवश्यकता भी नहीं है। आप अपने प्लान के नेटवर्क में कोई प्रदाता या केन्द्र चुन सकते हैं।**

OSF HealthCare वित्तीय सहायता सरल भाषा सारांश देखने, डाउनलोड करने तथा पढ़ने के लिए कृपया हमारी वेबसाइट पर विजिट करें <https://www.osfhealthcare.org/billing/financial-assistance/>.

### **बैलेंस बिलिंग की अनुमति ना होने पर, आपके पास ये संरक्षण भी हैं:**

- आप किसी चिकित्सीय व्यय के केवल अपने हिस्से (जैसे कि सह-भुगतान, सह-बीमा, तथा डिडक्टेबल जो आपको ऐसी स्थिति में भुगतान करना पड़ता जब कि प्रदाता या केन्द्र इन-नेटवर्क होता) का भुगतान करने के लिए जिम्मेदार हैं। आउट-ऑफ नेटवर्क प्रदाताओं या केन्द्रों को अतिरिक्त लागत का भुगतान आपका हेल्थ प्लान सीधे ही करेगा।
- सामान्य तौर पर आपके हेल्थ प्लान के लिए निम्न कार्य अनिवार्य हैं:
  - सेवाओं हेतु अग्रिम में अनुमोदन (जिसे “प्रॉयर ऑथोराइजेशन” भी कहते हैं) प्राप्त करने की जरूरत के बिना आपातकालीन सेवाओं को कवर करना।
  - आउट-ऑफ-नेटवर्क प्रदाताओं द्वारा आपातकालीन सेवाओं को कवर करना
  - आपको प्रदाता या केन्द्र को जो भुगतान (कॉस्ट-शेयरिंग) करना होगा, वह इस आधार पर होना चाहिए कि वह किसी इन-नेटवर्क प्रदाता या केन्द्र को क्या भुगतान करेगा, तथा वह राशि आपके लाभों के विवरण में दिखाए।
  - आपातकालीन सेवाएं या आउट-ऑफ-नेटवर्क सेवाओं के लिए आपके द्वारा भुगतान की जाने वाली किसी भी राशि की गणना आपके इन-नेटवर्क डिडक्टेबल तथा आउट-ऑफ-पॉकेट लिमिट में करे।

**यदि आपको लगता है कि आपको गलत बिल जारी किया गया है**, तो जानकारी एवं शिकायतों के लिए फेडरल फोन नंबर है 1-800-985-3059.

फेडरल कानून के अंतर्गत अपने अधिकारों के बारे में अधिक जानकारी के लिए विजिट करें  
<https://www.cms.gov/nosurprises>



## I vostri diritti e tutele contro le fatture mediche a sorpresa

Quando ricevete assistenza o cure d'emergenza da un operatore sanitario esterno alla rete, presso un ospedale o un centro di chirurgia ambulatoriale di rete, siete protetti dalla fatturazione del saldo. In questi casi, non dovrebbe esservi addebitato più della quota di compartecipazione alle spese, coassicurazione e/o franchigia previsti dal vostro piano assicurativo.

### **Cos'è la "fatturazione del saldo" (spesso chiamata "fatturazione a sorpresa")?**

Quando consultate un medico o un altro operatore sanitario, potreste dover pagare alcune [spese vive](#), come una quota di [compartecipazione alle spese](#), una [coassicurazione](#), o una [franchigia](#). Se consultate un operatore sanitario o vi recate presso una struttura sanitaria che non fa parte della rete del vostro piano assicurativo potreste dover pagare dei costi aggiuntivi o l'intera fattura.

L'espressione "esterno alla rete" indica operatori e strutture sanitarie che non hanno firmato un contratto con il vostro fornitore di servizi assicurativi. Agli operatori sanitari "esterni alla rete" potrebbe essere consentito addebitarvi la differenza fra quanto prevede il vostro piano e l'intero importo dovuto per il servizio. Questo è quello che si intende per "**fatturazione del saldo**". Tale importo è probabilmente maggiore rispetto ai costi di rete per lo stesso servizio e potrebbe non rientrare nella franchigia o nel limite di spese vive del vostro piano assicurativo.

La "fatturazione a sorpresa" è una fattura del saldo inaspettata. Questo può succedere quando non vi è possibile controllare chi vi sta prestando assistenza, come quando avete un'emergenza o prenotate una visita in una struttura di rete, ma inaspettatamente è un operatore esterno alla rete ad occuparsi di voi. Le fatture mediche a sorpresa possono costare migliaia di dollari, a seconda della procedura o del servizio.

### **Siete protetti dalla fatturazione del saldo nei seguenti casi:**

#### **Servizi di emergenza**

Se vi trovate in una situazione di emergenza e ricevete assistenza medica da un operatore o una struttura esterni alla rete, l'importo massimo che possono addebitarvi è quello relativo alla ripartizione dei costi di rete del vostro piano (come la quota di compartecipazione alle spese, la coassicurazione e le franchigie). Tali servizi di emergenza **non possono** esservi addebitati. Ciò include i servizi che potreste ricevere una volta che le vostre condizioni cliniche si siano stabilizzate, a meno che non abbiate fornito un consenso scritto e abbiate rinunciato alle vostre tutele contro la fatturazione del saldo per questi servizi post-stabilizzazione.

Per visualizzare, scaricare e leggere un riepilogo chiaro sull'assistenza finanziaria di OSF HealthCare visitate il nostro sito web all'indirizzo <https://www.osfhealthcare.org/billing/financial-assistance/>.

**Alcuni servizi vengono forniti presso un ospedale o un centro di chirurgia ambulatoriale di rete**  
Quando ricevete dei servizi presso un ospedale o un centro di chirurgia ambulatoriale di rete,

alcuni operatori potrebbero essere esterni alla rete. In questi casi l'importo massimo che questi operatori possano addebitarvi è quello previsto dalla ripartizione dei costi di rete del vostro piano. Questo vale per i servizi di medicina d'urgenza, anestesia, patologia, radiologia, laboratorio, neonatologia, assistenza chirurgica, i servizi ospedalieri o di rianimazione. Tali operatori **non possono** addebitarvi la fatturazione del saldo e **non possono** chiedervi di rinunciare alle vostre tutele contro tale fatturazione.

Se ricevete altri tipi di servizi presso queste strutture di rete, gli operatori esterni alla rete **non possono** addebitarvi la fatturazione del saldo, a meno che non abbiate fornito un consenso scritto e abbiate rinunciato alle vostre tutele.

**Non siete mai tenuti a rinunciare alle vostre tutele contro la fatturazione del saldo. Non siete altresì obbligati a ricevere cure mediche da strutture o operatori esterni alla rete. Potete scegliere un operatore sanitario o una struttura inclusi nella rete del vostro piano assicurativo.**

Per visualizzare, scaricare e leggere un riepilogo chiaro sull'assistenza finanziaria di OSF HealthCare visitate il nostro sito web all'indirizzo <https://www.osfhealthcare.org/billing/financial-assistance/>.

**Nei casi in cui la fatturazione del saldo non sia permessa, avete inoltre queste tutele:**

- Siete responsabili soltanto del pagamento della vostra quota dei costi (come la quota di compartecipazione alle spese, la coassicurazione e la franchigia che dovrete pagare se l'operatore o la struttura fossero di rete). Il vostro piano assicurativo pagherà qualsiasi costo aggiuntivo direttamente agli operatori e alle strutture esterni alla rete.
- Generalmente, il vostro piano assicurativo deve:
  - t Coprire i servizi di emergenza senza che voi dobbiate ricevere in anticipo l'approvazione per questi servizi (noto come "autorizzazione preventiva").
  - o Coprire i servizi di emergenza forniti dagli operatori esterni alla rete.
  - t Basare quanto da voi dovuto all'operatore o al centro (ripartizione dei costi) su quanto dovrebbero essere pagati un operatore o un centro di rete, e mostrare tale importo nel prospetto delle indennità.
  - t Far rientrare qualsiasi importo da voi pagato per servizi di emergenza o servizi non di rete nel limite della vostra franchigia di rete e delle spese vive.

**Se pensate di aver ingiustamente ricevuto un addebito**, il numero di telefono federale per informazioni e reclami è 1-800-985-3059.

Visitate il sito <https://www.cms.gov/nosurprises> per maggiori informazioni riguardo i vostri diritti ai sensi della legge federale.

## 예상치 못한 의료비 청구에 대한 고객 권리 및 보호

네트워크 내 병원이나 외래 수술 센터에서 응급 진료를 받거나 네트워크 외 의료진으로부터 치료를 받는 경우, 고객은 잔액 청구로부터 보호됩니다.

이러한 경우 고객에게 플랜의 정액본인부담금(코페이먼트),

정률본인부담금(코인슈어런스) 및/또는 공제액(디덕터블)보다 더 많은 금액이 청구되어서는 안 됩니다.

### **"밸런스 빌링"("서프라이즈 빌링"이라고도 함)은 무엇입니까?**

의사나 기타 의료진에게 진찰을 받을 때 [정액본인부담금\(코페이먼트\)](#), [정률본인부담금\(코인슈어런스\)](#) 또는 [공제액\(디덕터블\)](#)과 같은 특정 [본인부담비용이 있을 수 있습니다](#). 고객 건강플랜의 네트워크에 포함되지 않은 의료진의 진찰을 받거나 의료 시설에 가는 경우, 추가 비용이 발생하거나 전체 비용을 지불해야 할 수 있습니다.

"네트워크 외"는 귀하의 건강플랜과 서비스 제공 계약을 체결하지 않은 의료진 및 시설을 의미합니다. 네트워크 외부 의료진은 귀하의 플랜이 지불하는 금액과 서비스에 대해 청구된 전체 금액 간의 차액을 귀하에게 청구할 수 있습니다. 이것이 "**밸런스 빌링**"이라고 불립니다. 이 금액은 동일한 서비스에 대한 네트워크 내 비용보다 많을 수 있으며 플랜의 공제액 또는 연간 본인 부담금 한도를 벗어날 수 있습니다.

"서프라이즈 빌링"은 예상치 못한 잔액 청구서입니다. 응급 상황이 발생하거나 네트워크 내 시설에 진료를 예약했지만 예기치 않게 네트워크 외 의료진에게 치료를 받은 경우와 같이 귀하의 치료에 관련된 인력을 통제할 수 없는 경우에 이러한 문제가 생길 수 있습니다. 서프라이즈 의료비는 시술이나 서비스에 따라 수천 달러에 이를 수 있습니다.

### **귀하는 다음에 대한 밸런스 빌링으로부터 보호됩니다.**

#### **응급 서비스**

응급 의료 상태에 있어서 네트워크 외 의료진 또는 시설로부터 응급 서비스를 받는 경우, 귀하에게 청구할 수 있는 최대 금액은 플랜의 네트워크 내 비용 분담 금액(예:

정액본인부담금, 정률본인부담금 및 공제액)입니다. 귀하는 응급 서비스에 대해 밸런스 빌링되지 **않습니다**. 귀하가 서면 동의를 제공하여 상태가 안정된 이후 서비스에 대해 밸런스 빌링 보호를 포기하지 않는 한, 응급 서비스에는 안정적인 상태가 된 후에 받을 수

있는 서비스도 포함됩니다.

OSF HealthCare 재정 지원 일반 언어 요약을 보고 다운로드하고 읽으려면 저희 웹사이트 <https://www.osfhealthcare.org/billing/financial-assistance/> 를 방문하십시오.

### **네트워크 내 병원 또는 외래 수술 센터의 특정 서비스**

네트워크 내 병원이나 외래 수술 센터에서 서비스를 받을 때 특정 의료인이 네트워크 외에 있을 수 있습니다. 이러한 경우 해당 의료진이 귀하에게 청구할 수 있는 최대 금액은 플랜의 네트워크 내 비용 분담 금액입니다. 이는 응급 의학, 마취, 병리학, 방사선과, 검사실, 신생아과, 보조 외과의사, 입원 환자 전문의 또는 중환자 치료 서비스에

적용됩니다. 이들 의료진은 귀하에게 잔액을 **청구할 수 없으며** 귀하가 잔액 청구를 피하기 위한 보호를 포기하도록 **요청할 수 없습니다.**

네트워크 내 시설에서 다른 유형의 서비스를 받는 경우, 귀하가 서면 동의를 제공하고 보호를 포기하지 않는 한 네트워크 외 의료진은 귀하에게 잔액을 **청구할 수 없습니다.**

**귀하는 잔액 청구에 대한 보호를 포기할 필요가 없습니다. 또한 네트워크 외 진료를 받을 필요도 없습니다. 귀하는 플랜 네트워크에서 의료진 또는 시설을 선택할 수 있습니다.**

OSF HealthCare 재정 지원 일반 언어 요약을 보고 다운로드하고 읽으려면 저희 웹사이트 <https://www.osfhealthcare.org/billing/financial-assistance/> 를 방문하십시오.

### **밸런스 빌링이 허용되지 않는 경우 다음과 같은 보호 기능도 제공됩니다.**

- 귀하는 비용 중 귀하의 몫(의료진 또는 시설이 네트워크 내에 속해 있는 경우 지불할 정액본인부담금, 정률본인부담금 및 공제액 등)만 지불할 책임이 있습니다. 귀하의 건강플랜은 추가 비용을 네트워크 외 의료진과 시설에 직접 지불합니다.
- 일반적으로 건강플랜은 다음을 충족해야 합니다.
  - u 서비스에 대한 사전 승인("사전 승인"이라고도 함)을 요구하지 않고 응급 서비스를 보장합니다.
  - o 네트워크 외부 의료진의 응급 서비스를 보장합니다.

- u 의료진 또는 시설에 지불해야 할 금액(비용 부담)을 네트워크 내 제공자 또는 시설에 지불할 금액을 기준으로 삼아 보험 혜택 설명서에 해당 금액을 표시합니다.
- u 응급 서비스 또는 네트워크 외 서비스에 대해 고객이 지불하는 금액을 네트워크 내 공제액 및 본인 부담금 한도로 계산합니다.

**의료비가 잘못 청구되었다고 생각하시면**, 안내 및 불만 사항에 대한 연방 전화 번호인 1-800-985-3059로 연락하시기 바랍니다.

연방법이 보장하는 귀하의 권리에 대해 자세하게 알아보려면 <https://www.cms.gov/nosurprises>를 방문하십시오.

## Twoje prawa i ochrona przed niespodziewanymi rachunkami za leczenie

Gdy otrzymujesz pomoc w nagłych wypadkach lub gdy w szpitalu albo ośrodku chirurgii ambulatoryjnej należącym do sieci leczy Cię świadczeniodawca spoza sieci, podlegasz ochronie przed rozliczeniem salda. W takich przypadkach Twoje obciążenie nie powinno przekraczać kwoty współpłaty, koasekuracji i/lub udziału własnego wynikającego z Twojego planu opieki zdrowotnej.

### **Czym jest „rozliczenie salda” (nazywane również „niespodziewanym rachunkiem”)?**

Po wizycie u lekarza lub innego pracownika służby zdrowia może zająć potrzeba poniesienia pewnych [wydatków z własnej kieszeni](#), takich jak [współpłata](#), [koasekuracja](#), lub [udział własny](#). Jeśli korzystasz z usług świadczeniodawcy lub wizyty w placówce służby zdrowia spoza sieci objętej Twoim planem opieki zdrowotnej, konieczne może być pokrycie dodatkowych kosztów lub opłacenie całego rachunku.

Określenie „spoza sieci” odnosi się do świadczeniodawców i placówek, które nie podpisały umowy na świadczenie usług w ramach Twojego planu opieki zdrowotnej. Świadczeniodawcy spoza sieci mogą obciążyć Cię różnicą między kwotą opłacaną w ramach Twojego planu a pełną należnością pobieraną za usługę. Nazywa się to „**rozliczeniem salda**”. Kwota ta jest prawdopodobnie wyższa niż koszt tej samej usługi w ramach sieci i może nie wliczać się do udziału własnego lub rocznego limitu wydatków z własnej kieszeni w ramach Twojego planu.

„Niespodziewany rachunek” to nieoczekiwany rachunek rozliczeniowy. Może on zostać wystawiony, gdy nie masz kontroli nad tym, kto udziela Ci opieki – na przykład w nagłych wypadkach lub gdy masz umówioną wizytę w placówce należącej do sieci, ale nieoczekiwanie leczy Cię świadczeniodawca spoza sieci. W zależności od procedury lub usługi niespodziewane rachunki za leczenie mogą opiewać na tysiące dolarów.

### **Ochrona przed rozliczeniem salda przysługuje Ci w przypadku:**

#### **Leczenia w nagłych wypadkach**

Jeśli Twój stan zdrowia wymaga udzielenia pilnej pomocy lekarskiej i korzystasz z usług w nagłych wypadkach udzielonych przez świadczeniodawcę lub placówkę spoza sieci, to maksymalną kwotą obciążenia może być wysokość udziału w kosztach leczenia w sieci placówek objętych Twoim planem (np. współpłata, koasekuracja i udział własny). Rozliczenie salda **nie może** obejmować leczenia w nagłych wypadkach. Dotyczy to również usług, które możesz uzyskać, gdy Twój stan będzie już stabilny, chyba że wyrazisz pisemną zgodę i zrezygnujesz z ochrony przed rozliczeniem salda za te usługi po ustabilizowaniu stanu zdrowia.

Aby zapoznać się z treścią i pobrać Uprozczone podsumowanie programu pomocy finansowej OSF HealthCare, wejdź na stronę <https://www.osfhealthcare.org/billing/financial-assistance/>.

#### **Niektórych usług w szpitalu lub ośrodku chirurgii ambulatoryjnej należącym do sieci**

Nawet jeśli korzystasz z usług szpitala lub ośrodka chirurgii ambulatoryjnej należącego do sieci, niektórzy świadczeniodawcy mogą nie świadczyć usług w ramach sieci. W takich przypadkach najwyższa kwota, jaką ci świadczeniodawcy mogą Cię obciążyć, to wysokość udziału w kosztach leczenia w sieci placówek objętych Twoim planem. Dotyczy to usług z zakresu medycyny ratunkowej, anestezjologii, patologii, radiologii, badań laboratoryjnych, neonatologii, asysty chirurga, opieki szpitalnej i intensywnej terapii. Tacy świadczeniodawcy **nie mogą** obciążyć Cię rachunkiem i **nie** mogą wymagać od Ciebie rezygnacji z ochrony przed rozliczeniem salda.

Jeśli korzystasz z innych rodzajów usług w placówkach należących do sieci, świadczeniodawcy spoza sieci **nie mogą** obciążyć Cię rachunkiem, chyba że wyrazisz na to pisemną zgodę i zrezygnujesz z ochrony.

**Nigdy nie musisz rezygnować z ochrony przez rozliczeniem salda. Nie musisz również korzystać z opieki poza siecią. Możesz wybrać świadczeniodawcę lub placówkę należącą do sieci objętej Twoim planem opieki zdrowotnej.**

Aby zapoznać się z treścią i pobrać Uprozczone podsumowanie programu pomocy finansowej OSF HealthCare, wejdź na stronę <https://www.osfhealthcare.org/billing/financial-assistance/>.

**Wraz z niedopuszczalnym rozliczeniem salda przysługuje Ci również następująca ochrona:**

- Masz obowiązek pokryć tylko część kosztów (takich jak współpłatność, koasekuracja i udział własny, które byłyby należne, gdyby dany świadczeniodawca lub placówka należeli do sieci). Wszelkie dodatkowe koszty na rzecz świadczeniodawców lub placówek spoza sieci zostaną pokryte bezpośrednio z Twojego planu opieki zdrowotnej.
- Zasadniczo Twój plan opieki zdrowotnej musi:
  - ∇ Obejmować usługi w nagłych wypadkach bez konieczności wcześniejszego uzyskania zgody na ich realizację („uprzednie pozwolenie”).
  - Obejmować usługi w nagłych wypadkach realizowane przez świadczeniodawców spoza sieci.
  - ∇ Wyliczać należność na rzecz świadczeniodawcy lub placówki (udział w kosztach) na podstawie kwoty, która by im przysługiwała, gdyby świadczeniodawca lub placówka należeli do sieci oraz wykazać tę kwotę w wyjaśnieniu świadczeń.
  - ∇ Wliczać wszystkie należności za leczenie w nagłych wypadkach lub świadczenia realizowane poza siecią do limitu udziału własnego i wydatków z własnej kieszeni za opiekę w ramach sieci.

**Jeżeli uważasz, że niesłusznie Cię obciążono** i chcesz uzyskać informację lub złożyć skargę, zadzwoń pod numer 1-800-985-3059.

Więcej informacji na temat swoich praw wynikających z przepisów federalnych znajdziesz na stronie <https://www.cms.gov/nosurprises>.

## Ваши права и защита от получения и оплаты неожиданных счетов за медицинские услуги

Когда вы получаете неотложную помощь или лечитесь у врача, не входящего в сеть поставщиков медицинских услуг, в больнице или амбулаторном хирургическом центре, входящем в такую сеть, вы защищены от получения и оплаты счетов по оплате баланса. В этих случаях с вас не должно взиматься больше средств, чем дополнительные платежи, совместное страхование и (или) франшиза по вашему плану.

### **Что такое «счет по оплате баланса» (иногда называемый «неожиданный счет»)?**

Когда вы посещаете врача или другого поставщика медицинских услуг, у вас могут возникнуть определенные [наличные расходы](#), такие как [доплата](#), [совместное страхование](#), или [франшиза](#). У вас могут быть другие расходы, или вам придется оплатить весь счет, если вы обратитесь к поставщику услуг или посетите медицинское учреждение вне сети вашего плана медицинского страхования.

Термин «вне сети» означает поставщиков и учреждения, которые не подписали договор с вашим планом медицинского страхования на оказание услуг. Поставщикам, не входящим в сеть плана, может быть разрешено выставлять вам счет на разницу между тем, что ваш план согласился заплатить, и полной суммой, взимаемой за услугу. Это называется «**счет по оплате баланса**». Эта сумма, скорее всего, больше, чем стоимость той же услуги, получаемой у входящих в сеть поставщиков, и может не учитываться в вашем годовом лимите выплат наличными.

«Неожиданный счет» — это непредвиденный счет по оплате баланса. Такое может случиться, когда вы не можете контролировать, кто участвует в вашем медицинском обслуживании: например, когда вам потребовалась неотложная помощь, или когда вы планируете посещение медицинского учреждения, входящего в сеть, но неожиданно вашим медицинским обслуживанием занимается поставщик вне сети плана. Неожиданные счета за медицинские услуги могут составлять тысячи долларов в зависимости от процедуры или услуги.

### **Вы защищены от оплаты счетов по оплате баланса в следующих случаях:**

#### **Неотложная медицинская помощь**

Если у вас неотложное медицинское состояние, и вы получаете неотложную помощь от поставщика или учреждения, не входящего в сеть, то максимальная сумма, на которую поставщик или учреждение могут выставить вам счёт, — это сумма совместного покрытия расходов вашего плана (например, доплаты, совместное страхование и франшизы). Вы **не** можете быть ответственны за оплату баланса счёта за неотложную помощь. Это включает услуги, которые вы можете получить после стабилизации своего состояния, если вы не дадите письменное согласие и не откажетесь от защиты, позволяющей не получать счет по оплате баланса за эти услуги после стабилизации вашего состояния.



Чтобы просмотреть, загрузить и прочесть краткое изложение на простом языке информации о финансовой помощи OSF HealthCare, посетите наш веб-сайт по адресу <https://www.osfhealthcare.org/billing/financial-assistance/>.

### **Определенные услуги в больнице или в амбулаторном хирургическом центре, которые входят в сеть**

Когда вы получаете услуги в больнице или в амбулаторном хирургическом центре, которые входят в сеть, некоторые поставщики услуг могут быть вне сети. В этих случаях наибольшая сумма, на которую поставщики могут выставить вам счета, — это сумма совместного покрытия расходов в рамках вашего плана. Это относится к услугам неотложной медицинской помощи, анестезиологии, патологии, радиологии, лаборатории, неонатологии, ассистента хирурга, госпиталистов или реаниматологов. Эти поставщики **не могут** выставить вам счет по оплате баланса и **не могут** просить вас отказаться от защиты, позволяющей не получать счет по оплате баланса.

Если вы получаете другие услуги в этих внутрисетевых учреждениях, поставщики, не входящие в сеть, **не могут** выставить вам счет по оплате баланса, если вы не дадите письменное согласие и не откажетесь от защиты.

**От вас никогда не потребуют отказываться от защиты от ответственности за счета по оплате баланса. Вам также не нужно получать медицинское обслуживание вне сети. Вы можете выбрать поставщика или учреждение в сети вашего плана.**

Чтобы просмотреть, загрузить и прочесть краткое изложение на простом языке информации о финансовой помощи OSF HealthCare, посетите наш веб-сайт по адресу <https://www.osfhealthcare.org/billing/financial-assistance/>.

### **Если выставление счетов по оплате баланса запрещено, у вас также есть следующие меры защиты:**

- Вы несете ответственность только за оплату своей доли затрат (например, доплаты, совместное страхование и франшизы, которые вы заплатили бы, если бы поставщик или учреждение находились в сети). Ваш план медицинского обслуживания будет платить напрямую поставщикам услуг и учреждениям, не входящим в сеть.
- В целом Ваш план медицинского страхования должен:
  - w Покрывать неотложную помощь без требования предварительного получения вами одобрения (также известного как «предварительное разрешение»).
  - o Покрывать неотложную помощь от поставщиков вне сети плана.
  - w Основывать вашу задолженность поставщику услуг или учреждению (совместное покрытие расходов) на том, что было бы заплачено поставщику

услуг или учреждению, входящим в сеть, и указывать эту сумму в вашем объяснении льгот.

- Ⓜ Учитывать любую сумму, которую вы платите за неотложную помощь или внесетевые услуги, в счет вашей франшизы и лимита выплат наличными, как если бы услуги оказывались сетевыми поставщиками.

**Если вы считаете, что вам могли выставить счет по ошибке**, позвоните по федеральному телефону для предоставления информации и обработки жалоб: 1-800-985-3059.

Посетите <https://www.cms.gov/nosurprises> для получения дополнительной информации о ваших правах в соответствии с федеральным законодательством.

## Ang Iyong mga Karapatan at Proteksyon Laban sa Mga Hindi Inaasahang Medikal na Bayarin

Kapag tumanggap ka ng emergency care o ginamot ka ng isang out-of-network provider sa isang in-network hospital o ambulatory surgical center, protektado ka mula sa balance billing. Sa mga ganitong sitwasyon, hindi ka dapat singilin nang mas malaki sa mga copayment, coinsurance, at/o deductible ng iyong plan.

### Ano ang “balance billing” (na tinatawag kung minsan na “surprise billing”)?

Kapag nagpatingin ka sa doktor o iba pang health care provider, maaaring may kailanganin kang bayarang ilang partikular na [out-of-pocket cost](#), tulad ng [copayment](#), [coinsurance](#), o [deductible](#). Maaari kang magkaroon ng mga karagdagang bayarin o kailanganin mong bayaran ang buong bayarin kapag pumunta nagpatingin ka sa isang provider o bumisita ka sa isang health care facility na wala sa network ng iyong health plan.

Ang “out-of-network” ay tumutukoy sa mga provider at pasilidad na hindi pumirma ng kontrata sa iyong health plan upang magbigay ng mga serbisyo. Maaaring payagan ang mga out-of-network provider na singilin sa iyo ang hindi kasama sa kung ano ang binabayaran ng iyong plan at buong halagang siningil para sa isang serbisyo. Ito ay tinatawag na “**balance billing**.” Posibleng mas malaki ang halagang ito sa mga in-network cost para sa parehong serbisyo at posibleng hindi ito ibilang sa iyong deductible o taunang out-of-pocket limit ng iyong plan.

Ang “surprise billing” ay isang hindi inaasahang bayarin. Maaari itong mangyari kapag hindi mo makontrol kung sino ang kasama sa iyong health care—tulad kapag mayroon kang emergency o kapag nag-iskedyul ka ng pagbisita sa isang in-network facility ngunit hindi inaasahang ginamot ka ng isang out-of-network provider. Ang mga hindi inaasahang medikal na bayarin ay maaaring magkahalaga ng libu-libong dolyar depende sa procedure o serbisyo.

### Protektado ka mula sa balance billing para sa:

#### **Mga emergency service**

Kung mayroon kang emergency medical condition at tumanggap ka ng mga emergency service mula sa isang out-of-network provider o facility, ang pinakamalaki na maaari nilang singilin sa iyo ay ang in-network cost-sharing amount ng iyong plan (tulad ng mga copayment, coinsurance, at deductible). **Hindi** ka maaaring bigyan ng balance billing para sa mga emergency service na ito. Kabilang dito ang mga serbisyo na maaari mong matanggap kapag umaayos na ang iyong kondisyon, maliban kung magbibigay ka ng nakasulat na pahintulot at isinuko mo ang iyong mga proteksyon na hindi magkaroon ng balance billing para sa mga post-stabilization service na ito.

Upang tingnan, i-download, at basahin ang OSF HealthCare Financial Assistance Plain Language Summary, bumisita sa aming website sa <https://www.osfhealthcare.org/billing/financial-assistance/>.

#### **Ilang partikular na serbisyo sa isang in-network hospital o ambulatory surgical center**

Kapag tumanggap ka ng mga serbisyo mula sa isang in-network hospital o ambulatory surgical

center, maaaring out-of-network ang ilang partikular na provider doon. Sa mga ganitong sitwasyon, ang pinakamalaki na maaaring singilin sa iyo ng mga provider na iyon ay ang in-network cost-sharing amount ng iyong plan. Nalalapat ito sa mga emergency medicine, anesthesia, pathology, radiology, laboratory, neonatology, assistant surgeon, hospitalist, o intensivist service. **Hindi** ka maaaring bigyan ng balance billing ng mga provider na ito at **hindi** ka nila maaaring pakiusapan na isuko ang iyong mga proteksyon mula sa balance billing.

Kapag tumanggap ka ng iba pang uri ng mga serbisyo sa mga in-network facility na ito, **hindi** ka maaaring bigyan ng balance billing ng mga out-of-network provider, maliban kung magbibigay ka ng nakasulat na pahintulot o isusuko mo ang iyong mga proteksyon.

**Hindi mo kailanman kakailanganing isuko ang iyong mga proteksyon mula sa balance billing. Hindi mo rin kinakailangang tumanggap ng out-of-network care. Maaari kang pumili ng provider o pasilidad na nasa network ng iyong plan.**

Upang tingnan, i-download, at basahin ang OSF HealthCare Financial Assistance Plain Language Summary, bumisita sa aming website sa <https://www.osfhealthcare.org/billing/financial-assistance/>.

**Kapag hindi pinapayagan ang balance billing, mayroon ka rin ng mga sumusunod na proteksyon:**

- Responsibilidad mo lang na bayaran ang iyong bahagi sa gastos (tulad ng mga copayment, coinsurance, at deductible na babayaran mo kung in-network ang provider o pasilidad). Direktang babayaran ng iyong health plan ang anumang karagdagang gastusin sa mga out-of-network provider at facility.
- Sa pangkalahatan, dapat gawin ng iyong health plan ang sumusunod:
  - × Saklawan ang mga emergency service nang hindi ka inaatasang humingi ng paunang pag-apruba para sa mga serbisyo (na kilala rin bilang “prior authorization”).
  - Saklawan ang mga emergency service ng mga out-of-network provider.
  - × Ibatay ang iyong dapat bayaran sa provider o pasilidad (cost-sharing) sa kung ano ang babayaran nito sa isang in-network provider o facility at ipakita ang halagang iyon sa eksplanasyon ng mga benepisyo para sa iyo.
  - × Ibilang ang anumang halaga na iyong babayaran para sa mga emergency service o out-of-network service sa iyong in-network deductible at out-of-pocket limit.

**Kung sa tingin mo ay mali ang siningil sa iyo**, ang pederal na numero ng telepono para sa impormasyon at mga reklamo ay 1-800-985-3059.

Bumisita sa <https://www.cms.gov/nosurprises> para sa higit pang impormasyon tungkol sa iyong mga karapatan sa ilalim ng pederal na batas.

## غیر متوقع میڈیکل بلوں کے خلاف آپ کے حقوق اور تحفظات

جب آپ کوئی ایمرجنسی نگہداشت حاصل کرتے ہیں یا کسی نیٹ ورک کے اسپتال یا ایمبولیٹری سرجیکل سنٹر میں کسی نیٹ ورک کے باہر کے فراہم کار سے علاج حاصل کرتے ہیں، تو آپ بیلنس بلنگ سے تحفظ یافتہ ہوتے ہیں۔ ایسے معاملات میں، آپ کو آپ کے پلان کی مشترک ادائیگی، مشترک بیمہ اور/یا قابل کٹوتی رقم سے زیادہ چارج نہیں کیا جانا چاہیے۔

### "بیلنس بلنگ" (بعض اوقات اسے "غیر متوقع بلنگ" کہا جاتا ہے) کیا ہوتی ہے؟

جب آپ کسی ڈاکٹر یا دیگر صحت کی دیکھ بھال فراہم کرنے والے کو دکھاتے ہیں، تو آپ پر کچھ اپنی جیب سے کی جانے والی لاگتیں، واجب الادا ہو سکتی ہیں جیسے مشترک ادائیگی، مشترک بیمہ، یا قابل کٹوتی رقم۔ اگر آپ کسی فراہم کنندہ کو دکھاتے ہیں یا صحت کی دیکھ بھال کی کسی ایسی سہولت گاہ کا دورہ کرتے ہیں جو آپ کے ہیلتھ پلان کے نیٹ ورک میں نہیں ہے، تو آپ کے اضافی اخراجات ہو سکتے ہیں یا پورا بل ادا کرنا پڑ سکتا ہے۔

"نیٹ ورک سے باہر" کا مطلب وہ فراہم کنندہ اور سہولت گاہیں ہیں جنہوں نے آپ کے ہیلتھ پلان کے ساتھ خدمات فراہم کرنے کے ایک معاہدے پر دستخط نہیں کیے ہیں۔ نیٹ ورک سے باہر کے فراہم کنندہ کو اجازت ہو سکتی ہے کہ وہ آپ کو آپ کے پلان کے ذریعے ادا شدہ رقم اور خدمت کی پوری رقم کے فرق کا بل بھیجے۔ اسے "بیلنس بلنگ" کہا جاتا ہے۔ ممکن ہے کہ یہ رقم اسی خدمت کے اندرون نیٹ ورک اخراجات سے زیادہ ہو اور ہو سکتا ہے کہ اس کا شمار آپ کے پلان کی قابل کٹوتی یا سالانہ اپنی جیب سے ادا کی جانے والی رقم کی حد میں نہ ہو۔

"غیر متوقع بلنگ" دراصل غیر متوقع بیلنس بل ہوتا ہے۔ یہ اس وقت ہو سکتا ہے جب آپ اس بات کو کنٹرول نہیں کر سکتے ہوں کہ کون آپ کی نگہداشت میں شامل ہو—جیسے اس وقت جب آپ کو ہنگامی صورتحال ہو یا جب آپ کسی نیٹ ورک کی سہولت گاہ میں ایک ملاقات شیڈیول کرتے ہیں لیکن غیر متوقع طور پر آپ کا علاج کسی نیٹ ورک سے باہر کے فراہم کنندہ کے ذریعے کیا جاتا ہے۔ غیر متوقع بل ہزاروں ڈالر کے ہو سکتے ہیں جن کا انحصار فراہم کردہ کارروائی یا خدمت پر ہوتا ہے۔

### آپ کو مندرجہ ذیل کے لیے بیلنس بلنگ سے تحفظ حاصل ہے:

#### ہنگامی خدمات

اگر آپ کو ہنگامی طبی صورتحال لاحق ہو اور آپ کسی نیٹ ورک سے باہر کے فراہم کنندہ یا سہولت گاہ سے ایمرجنسی خدمات حاصل کریں، تو وہ آپ کو زیادہ سے زیادہ جو بل چارج کر سکتے ہیں وہ آپ کے پلان کے نیٹ ورک کی لاگت کے اشتراک کی رقم ہوگی (جیسے کہ مشترک ادائیگی، مشترک بیمہ، اور قابل کٹوتی رقم)۔ آپ کو ہنگامی خدمات کے لیے بیلنس بل نہیں دیا جا سکتا۔ اس میں وہ خدمات بھی شامل ہیں جو آپ مستحکم حالت میں لوٹنے پر حاصل کرتے ہیں، تاوقتیکہ آپ استحکام کے بعد کی ان خدمات کے لیے تحریری طور پر بیلنس بل نہ کرنے کے اپنے تحفظات کو ترک کرنے کی منظوری نہ دیے دیں۔

کا سادہ زبان میں خلاصہ دیکھنے، ڈاؤن لوڈ کرنے اور پڑھنے کے لیے ہماری ویب OSF HealthCare Financial Assistance <https://www.osfhealthcare.org/billing/financial-assistance> پر تشریف لائیں۔

#### نیٹ ورک کے کسی اسپتال یا ایمبولیٹری سرجیکل سنٹر میں بعض خدمات

جب آپ نیٹ ورک کے کسی اسپتال یا ایمبولیٹری سرجیکل سنٹر سے خدمات حاصل کرتے ہیں، تو وہاں کے بعض فراہم کار نیٹ ورک سے باہر کے ہو سکتے ہیں۔ ایسے معاملوں میں، وہ فراہم کاران جو بل چارج کر سکتے زیادہ سے زیادہ آپ کو بل کر سکتے ہیں وہ آپ کے پلان کے نیٹ ورک میں ہونے والی لاگت کے اشتراک کی رقم کا ہو سکتا ہے۔ اس کا اطلاق ایمرجنسی میڈیسن، انیسٹھیسیا،

بیٹھالوجی، ریڈیولوجی، لیبارٹری، نیونیتولوجی، اسسٹنٹ سرجن، ہاسپٹلسٹ، یا انٹینسیوسٹ خدمات پر ہوتا ہے۔ یہ فراہم نہیں دے سکتے اور آپ کو یہ نہیں کہہ سکتے کہ آپ بیلنس بل نہ کیے جانے کے اپنے تحفظات ترک کاران آپ کو بیلنس بل کر دیں۔

اگر آپ ان نیٹ ورک والی سہولت گاہوں سے دیگر اقسام کی خدمات حاصل کرتے ہیں، تو نیٹ ورک سے باہر کے فراہم کار آپ کو اس وقت تک بیلنس بل نہیں دے سکتے جب تک کہ آپ تحریری رضامندی نہیں دیتے اور اپنے تحفظات ترک نہیں کر دیتے۔

**آپ کو بیلنس بلنگ سے اپنے تحفظات ترک کرنے کی ضرورت ہرگز نہیں ہے۔ آپ کو نیٹ ورک سے باہر کی نگہداشت حاصل کرنے کی بھی ضرورت نہیں ہے۔ آپ اپنے پلان کے نیٹ ورک سے کوئی فراہم کنندہ یا سہولت گاہ کا انتخاب کر سکتے ہیں۔**

کا سادہ زبان میں خلاصہ دیکھنے، ڈاؤن لوڈ کرنے اور پڑھنے کے لیے ہماری ویب OSF HealthCare Financial Assistance <https://www.osfhealthcare.org/billing/financial-assistance> پر تشریف لائیں۔

### **جب بیلنس بلنگ کی اجازت نہ ہو، آپ کو درج ذیل تحفظات بھی حاصل ہوتے ہیں:**

- آپ صرف لاگت کے اپنے حصے کی ادائیگی کے ذمہ دار ہیں (جیسے مشترک ادائیگیاں، مشترک بیمہ، اور قابل کٹوتی رقم جو آپ اس وقت ادا کرتے ہیں جب فراہم کنندہ یا سہولت گاہ نیٹ ورک میں ہو)۔ آپ کا ہیلتھ پلان نیٹ ورک سے باہر کے فراہم کنندگان اور سہولیات کو براہ راست اضافی قیمت ادا کرے گا۔
- عموماً، آپ کے ہیلتھ پلان کو لازماً:
  - Y خدمات کے لیے آپ سے پیشگی منظوری لینے کے لیے کہے بغیر ایمرجنسی خدمات کا احاطہ کرنا چاہیے (جسے
  - پیشگی اجازت" کے نام سے بھی جانا جاتا ہے)۔
  - نیٹ ورک سے باہر کے فراہم کنندگان سے حاصل کردہ خدمات کا احاطہ کرنا چاہیے۔
  - Y آپ پر فراہم کنندہ یا سہولت گاہ (لاگت کا اشتراک) کی واجب الادا رقم اس بنیاد پر رکھیں کہ وہ نیٹ ورک فراہم کنندہ یا سہولت گاہ کو کیا ادا کرے گا اور اس رقم کو اپنے فوائد کی وضاحت میں ظاہر کریں۔
  - Y کسی بھی رقم کو جو آپ ہنگامی خدمات یا نیٹ ورک سے باہر خدمات کے لیے ادا کرتے ہیں اسے اپنی نیٹ ورک میں قابل کٹوتی رقم اور اپنی جیب سے ادا کی جانے والی رقم کی حد میں شمار کریں۔

اگر آپ کا خیال ہو کہ آپ کو غلط بل دیا گیا ہے، تو معلومات دینے اور شکایت کرنے کے لیے وفاقی فون نمبر ہے۔ 3059-985-800-1

پر تشریف لائیں۔ <https://www.cms.gov/nosurprises> وفاقی قانون کے تحت اپنے حقوق اور مزید معلومات کے لیے

# Quyền và Sự Bảo Vệ Cho Quý Vị Trước Hóa Đơn Y Tế Bất Ngờ

Khi quý vị được chăm sóc cấp cứu hoặc được điều trị bởi nhà cung cấp ngoài hệ thống tại bệnh viện hoặc trung tâm phẫu thuật cấp cứu trong hệ thống, quý vị sẽ được bảo vệ khỏi trường hợp lập hóa đơn phụ trội. Trong những trường hợp này, quý vị sẽ không bị thu phí nhiều hơn khoản đồng chi trả, đồng bảo hiểm và/hoặc khoản trả trước theo chương trình của quý vị.

## **“Lập hóa đơn phụ trội” (đôi khi được gọi là “lập hóa đơn bất ngờ”) là gì?**

Khi quý vị thăm khám bác sĩ hoặc nhà cung cấp dịch vụ y tế khác, quý vị có thể sẽ phải trả [các khoản tiền tự trả](#), như [khoản đồng chi trả](#), [khoản đồng bảo hiểm](#), hay [khoản trả trước](#). Quý vị có thể phải trả chi phí bổ sung hoặc phải trả toàn bộ hóa đơn nếu quý vị khám tại một cơ sở y tế không thuộc mạng lưới theo chương trình bảo hiểm y tế của quý vị.

“Ngoài mạng lưới” có nghĩa là nhà cung cấp và cơ sở y tế chưa ký hợp đồng với chương trình bảo hiểm y tế của quý vị để cung cấp dịch vụ. Nhà cung cấp ngoài mạng lưới có thể được phép lập hóa đơn cho quý vị cho phần chênh lệch giữa số tiền trong chương trình của quý vị trả và tổng số tiền mà quý vị được tính cho một dịch vụ nào đó. Việc này được gọi là “**lập hóa đơn phụ trội.**” Số tiền này có thể cao hơn chi phí của nhà cung cấp trong hệ thống cho cùng dịch vụ và có thể không tính vào khoản trả trước hoặc giới hạn tự trả hằng năm theo chương trình của quý vị.

“Lập hóa đơn bất ngờ” là hóa đơn phụ trội không mong đợi. Trường hợp này có thể xảy ra khi quý vị không thể kiểm soát ai sẽ chăm sóc cho quý vị - ví dụ như khi quý vị được điều trị cấp cứu hoặc khi quý vị lên lịch thăm khám tại cơ sở trong mạng lưới nhưng được nhà cung cấp ngoài mạng lưới điều trị đột xuất. Hóa đơn y tế bất ngờ có thể lên tới hàng nghìn đô la, tùy vào thủ thuật hoặc dịch vụ.

## **Quý vị được bảo vệ khỏi việc lập hóa đơn phụ trội cho:**

### **Dịch vụ cấp cứu**

Nếu quý vị gặp tình trạng sức khỏe phải cấp cứu và nhận dịch vụ cấp cứu từ nhà cung cấp hoặc cơ sở ngoài hệ thống, số tiền lớn nhất có thể tính cho quý vị là số tiền chia sẻ chi phí (như khoản đồng thanh toán, đồng bảo hiểm và khoản trả trước) của chương trình). Quý vị **không thể** được lập hóa đơn cho phần chi phí phụ trội của những dịch vụ cấp cứu này. Điều này bao gồm các dịch vụ quý vị có thể nhận được sau khi quý vị ở tình trạng ổn định, trừ khi quý vị đồng thuận bằng văn bản và từ bỏ sự bảo vệ đối với lập hóa đơn phụ trội cho các dịch vụ sau ổn định này.

Để xem, tải xuống và đọc Bản Tóm Tắt Bằng Ngôn Ngữ Đơn Giản về Hỗ Trợ Tài Chính của OSF HealthCare, vui lòng truy cập trang web của chúng tôi tại <https://www.osfhealthcare.org/billing/financial-assistance/>.

### **Các dịch vụ nhất định tại một bệnh viện hoặc trung tâm phẫu thuật cấp cứu trong mạng lưới.**

Khi quý vị nhận dịch vụ từ một bệnh viện hoặc trung tâm phẫu thuật cấp cứu trong mạng lưới,

những nhà cung cấp dịch vụ nhất định có thể không thuộc mạng lưới. Trong các trường hợp này, số tiền cao nhất họ có thể tính vào hóa đơn cho quý vị là số tiền chia sẻ chi phí trong mạng lưới theo chương trình của quý vị. Điều này áp dụng với thuốc, gây mê, bệnh học, x-quang, xét nghiệm, nhi khoa, trợ lý phẫu thuật, bác sĩ tại bệnh viện hoặc dịch vụ bác sĩ hồi sức. Những nhà cung cấp này **không thể** lập hóa đơn phụ trội cho quý vị và **không** thể yêu cầu quý vị từ bỏ sự bảo vệ khỏi lập hóa đơn phụ trội.

Nếu quý vị nhận được các loại dịch vụ khác tại các cơ sở trong mạng lưới này, các nhà cung cấp ngoài mạng lưới **không thể** lập hóa đơn phụ trội cho quý vị, trừ khi quý vị đồng ý bằng văn bản và từ bỏ sự bảo vệ dành cho mình.

**Quý vị không bao giờ được yêu cầu từ bỏ sự bảo vệ dành cho mình khỏi việc lập hóa đơn phụ trội. Quý vị cũng không bắt buộc phải nhận dịch vụ chăm sóc ngoài mạng lưới. Quý vị có thể chọn một nhà cung cấp hoặc cơ sở trong mạng lưới theo chương trình của quý vị.**

Để xem, tải xuống và đọc Bản Tóm Tắt Bằng Ngôn Ngữ Đơn Giản về Hỗ Trợ Tài Chính của OSF HealthCare, vui lòng truy cập trang web của chúng tôi tại <https://www.osfhealthcare.org/billing/financial-assistance/>.

**Khi việc lập hóa đơn phụ trội không được phép, quý vị cũng có các bảo vệ sau:**

- Quý vị chỉ chịu trách nhiệm thanh toán phần chi phí của mình (như khoản đồng thanh toán, đồng bảo hiểm và khoản trả trước mà quý vị sẽ thanh toán nếu nhà cung cấp hoặc cơ sở nằm trong mạng lưới). Chương trình bảo hiểm y tế của quý vị sẽ thanh toán trực tiếp tất cả các chi phí bổ sung cho nhà cung cấp hoặc cơ sở ngoài mạng lưới.
- Nói chung, chương trình bảo hiểm y tế của quý vị phải:
  - z Bao trả các dịch vụ cấp cứu mà không yêu cầu quý vị có phê duyệt dịch vụ trước (hay còn gọi là “cho phép trước”).
  - o Bao trả các dịch vụ cấp cứu do các nhà cung cấp ngoài mạng lưới thực hiện.
  - z Tính số tiền chương trình sẽ trả nhà cung cấp hoặc cơ sở trong mạng lưới dựa trên số tiền quý vị nợ nhà cung cấp hoặc cơ sở (chia sẻ chi phí) và thể hiện số tiền đó trong bản giải thích quyền lợi cho quý vị.
  - z Tính số tiền quý vị trả cho dịch vụ cấp cứu hoặc dịch vụ ngoài mạng lưới vào khoản trả trước trong mạng lưới và giới hạn tự trả của quý vị.

**Nếu quý vị cho rằng quý vị bị lập hóa đơn sai**, vui lòng liên hệ tới số điện thoại sau để tìm hiểu thông tin và khiếu nại: 1-800-985-3059.

Truy cập <https://www.cms.gov/nosurprises> để biết thêm thông tin về quyền của quý vị theo luật liên bang.