

환자의 권리와 숨은 진료비 청구서로부터의 보호

네트워크 소속 병원 또는 외래수술센터에서 네트워크 비소속 의료 제공자로부터 응급 치료 또는 치료를 받는 경우 환자는 숨은 비용이나 차액을 청구받지 않습니다.

"차액 청구"("숨은 진료비"라고도 함)란 무엇입니까?

환자가 의사 또는 기타 의료 제공자에게 진료를 받는 경우 기본분담금, 공동보험액 및/또는 환자부담금 등과 같은 환자 부담액 한도가 발생할 수 있습니다. 의료 제공자나 의료시설이 환자의 의료 보험 네트워크 소속이 아닌 경우 환자에게 기타 비용이 추가로 발생하거나 의료비용 전체가 청구될 수도 있습니다.

"네트워크 비소속"이란 환자의 의료 보험과 계약을 맺지 않은 의료 제공자 혹은 의료시설을 말합니다. 네트워크 비소속 의료 제공자는 환자의 의료 보험이 보장하는 금액과 실제적인 전체 의료비용에 차이가 있을 경우 그 차액을 환자에게 청구할 수 있습니다. 이를 "차액 청구"라고 합니다. 이 경우 차액은 같은 진료에 대한 네트워크 소속 의료 제공자 또는 의료시설에서 청구되었을 비용보다 높을 가능성이 크고, 연간 환자 부담액 한도에 영향을 주지 않을 수 있습니다.

"숨은 진료비"는 예상치 못한 차액에 대한 청구를 의미합니다. 이는 응급 상황 또는 네트워크 소속 의료시설에 진료 예약을 했지만 예상치 못하게 네트워크 비소속 의료서비스 제공자에게 치료를 받게 되는 경우처럼, 환자가 본인의 진료에 관여하는 대상을 직접 선택하기 힘든 경우에 발생할 수 있습니다.

환자는 다음 경우 차액 청구로부터 보호를 받습니다.

응급 진료

연방법에 따라 네트워크 비소속 의료 제공자 또는 의료시설에서 응급 상황 시 필요한 진료를 받는 경우, 의료 제공자 또는 의료시설이 환자에게 청구할 수 있는 최대 금액은 환자의 보험사에서 네트워크 소속 의료 제공자에게 요구하는 분담 비용 수준입니다(예: 기본분담금 및 공동보험액 등). 이러한 응급 진료에 대해서는 차액을 청구할 수 **없습니다**. 위급상황 이후의 진료에 대해서는 차액 청구로부터의 보호를 포기하겠다는 서류상의 동의를 하는 경우를 제외하고, 환자는 안정적인 상황에서의 진료에 대해서도 차액을 청구받지 않습니다.

또한 캘리포니아 법은 가입자가 환자의 의료 보험이나 의료 그룹과 계약을 맺지 않은 의사나 병원으로부터 응급 진료를 받은 경우 주 규제 보험에 가입한 환자를 숨은 진료비 청구로부터 보호합니다. 보장을 받는 가입자인 경우, 의료 제공자는 환자의 네트워크 소속 분담 비용 이상을 청구할 수 없습니다.

네트워크 소속 병원 또는 외래수술센터에서의 특정 진료들

연방법에 따라 네트워크 소속 병원 또는 외래수술센터에도 네트워크 비소속인 의료 제공자가 있을 수 있습니다. 이 경우 의료 제공자가 환자에게 청구할 수 있는 최대 금액은 환자의 의료보험이 네트워크 소속 의료서비스 제공자에게 요구하는 분담 비용 수준입니다. 이는 응급진료, 마취과, 병리과, 방사선과, 실험실 검사, 신생아과, 외과 보조, 입원환자 전문의, 중환자 전문의 진료에 해당됩니다. 이 의료 제공자들은 환자에게 차액을 청구할 수 **없으며** 환자가 차액 청구로부터 보호받을 권리를 포기하도록 요구할 수 없습니다.

환자가 네트워크 소속 의료시설에서 네트워크 비소속 의료 제공자에게 기타 진료를 받는 경우, 환자가 차액 청구로부터의 보호를 포기한다는 서류상의 동의를 하는 경우를 제외하고, 환자에게 차액을 청구할 수 **없습니다**.

환자는 절대로 차액 청구로부터 보호받을 권리를 포기하도록 요구되지 않습니다. 또한 네트워크 비소속 진료를 받도록 요구되지 않습니다. 환자는 보험 네트워크 의료 제공자 또는 의료시설을 선택할 수 있습니다.

또한 캘리포니아 법은 가입자가 병원, 실험실 검사, 영상 센터와 같은 네트워크 소속 시설에서 네트워크 비소속 의료서비스 제공자에게 서비스를 받는 경우에도 주 규제 보험에 가입된 환자를 숨은 진료비 청구로부터 보호합니다. 보장을 받는 가입자인 경우, 의료 제공자는 환자의 동의 없이 환자의 네트워크 소속 분담 비용 이상을 청구할 수 없습니다. 환자의 의료보험이 네트워크 비소속 혜택을 보장하는 경우, 캘리포니아 법에 따라 환자가 진료를 받기 최소 24 시간 전에 서면으로 동의하고 진료에 대한 환자 부담액 한도에 대해 서면 견적을 받은 경우 네트워크 비소속 분담 비용만 청구될 수 있습니다.

차액 청구가 허용되지 않는 경우, 환자는 다음과 같은 보호도 받게 됩니다.

- 환자는 환자 부담 비용(예: 네트워크 소속 의료 제공자나 의료시설에서 청구받는 금액은 기본분담금, 공동보험액, 환자부담금 등)만 부담하게 됩니다. 환자의 의료 보험은 네트워크 비소속 의료 제공자 또는 의료시설에 직접 비용을 지급합니다.

- 환자의 의료 보험은 일반적으로 다음 사항을 준수해야 합니다.

- 환자에게 보험사의 진료 승인을 받으라고 요구하지 않고도 응급 진료를 미리 보장
- 네트워크 비소속 의료 제공자의 응급 진료 보장
- 네트워크 소속 의료 제공자 또는 의료시설에 지급할 금액을 기준으로 환자가 의료 제공자 또는 의료시설(분담 비용)에 지불해야 하는 금액을 혜택설명서에 기재
- 환자가 응급진료 또는 네트워크 비소속 진료에 지불하는 모든 금액을 환자부담금과 환자 부담액 한도를 기준으로 산정

잘못된 금액이 청구되었다고 생각하는 경우, 주 규제 보험과 관련된 집행 문제에 대한 1-888-466-2219 또는 연방 규제 보험과 관련된 집행 문제에 대해 1-800-985-3059

(<https://www.cms.gov/nosurprises/consumers>)에 문의하실 수 있습니다.

연방법이 보호하는 환자의 권리에 대한 자세한 정보는 www.cms.gov/nosurprises 를 확인하십시오.

주법이 보호하는 환자의 권리에 대한 자세한 정보는 www.HealthHelp.ca.gov 를 확인하십시오.