

Новый закон защищает потребителей от неожиданных счетов за медицинское обслуживание

Новый закон, разработанный в рамках Закона штата (Assembly Bill, AB), 72i¹ (Bonta, Глава 492, Статуты 2016) обеспечивает защиту потребителей от неожиданных счетов за медицинское обслуживание при обращении в сетевые медицинские учреждения, такие как больницы, лаборатории или центры услуг визуализации. Новый закон о защите прав потребителей вступает в силу 1 июля 2017 года и гарантирует обязанность потребителя оплачивать только взносы по системе распределения затрат в рамках сети обслуживания. Теперь поставщики медицинских услуг не имеют права присылать потребителям счета за обслуживание вне сети, если потребитель выполнил все требования и обратился в сетевое медицинское учреждение.

Краткие факты для потребителей

- Никаких неожиданных счетов за медицинское обслуживание. Потребители медицинских услуг больше не будут являться участниками споров между планами медицинского страхования и несетевыми поставщиками медицинских услуг. Потребителям можно выставлять счета только при обращении в сетевое медицинское учреждение в рамках внутрисетевой системы распределения затрат.
- Защита от коллекторских действий. Защита кредитной истории потребителей от ущерба, наложения ареста на их зарплату или основное место жительства.
- Помощь в управлении расходами на медицинское обслуживание. Оплата планом медицинского страхования несетевых услуг больше не рассчитывается по прейскурантной стоимости.

Часто задаваемые вопросы

Что такое «неожиданный счет» и почему я могу его получить?

Далее приведены несколько примеров ситуаций, в которых вы можете получить неожиданные счета.

- Потребителю была проведена хирургическая операция в больнице или амбулаторном хирургическом центре в сети его плана медицинского страхования, однако анестезиолог не являлся участником сети его страхового плана. Несмотря на то, что у потребителя не было возможности выбора анестезиолога, поставщик медицинских услуг после операции направляет ему счет. Это неожиданный счет.
- Потребитель обращается в лабораторию или центр услуг визуализации в сети своего страхового плана, чтобы пройти те или иные исследования, а врач, который

¹ AB 72 обеспечивает защиту потребителей, которым предоставляются медицинские услуги неэкстренного характера в учреждениях сети обслуживания, от выставления счетов несетевыми поставщиками медицинских услуг. Закон штата Калифорния уже обеспечивает защиту большинства потребителей от выставления им счетов за услуги экстренной помощи.

интерпретирует результаты, не является участником сети плана. Затем этот врач выставляет счет потребителю за свои услуги, который будет неожиданным для потребителя.

Согласно закону АВ 72, потребители больше не должны получать такие неожиданные счета. Это означает, что когда вы обращаетесь в медицинское учреждение, например, в больницу или лабораторию в сети обслуживания вашего страхового плана, и вас обслуживает врач не из вашей сети, он не имеет права выставлять вам счет на сумму, превышающую тариф, установленный для вашего сетевого врача.

Сколько я должен платить?

Потребители, которые обращаются в сетевое медицинское учреждение, должны оплатить только взнос в рамках внутрисетевой системы распределения затрат (доплаты, взносы по совместному страхованию или не покрываемые страховкой минимумы). Потребителям следует обращаться в свой план медицинского страхования при возникновении каких-либо вопросов относительно внутрисетевой системы распределения затрат.

Что такое сеть обслуживания плана медицинского страхования?

Сеть обслуживания плана медицинского страхования — это группа врачей, больниц и прочих поставщиков медицинских услуг, с которыми план медицинского страхования заключил договор на предоставление медицинских услуг его участникам. Такие поставщики медицинских услуг называются «сетевые поставщики медицинских услуг», «поставщики медицинских услуг с договором о сотрудничестве» или «внутрисетевые поставщики медицинских услуг». Поставщик медицинских услуг, который не заключил договор о сотрудничестве с вашим планом медицинского страхования, называется «несетевой поставщик медицинских услуг» или «поставщик медицинских услуг, не заключивший договор о сотрудничестве».

Примеры медицинских учреждений, которые входят в сеть обслуживания плана медицинского страхования: больницы, амбулаторные хирургические центры и прочие амбулаторные медицинские учреждения, лаборатории и центры услуг рентгенологии и визуализации.

Что если я получил неожиданный счет? Что если я уже заплатил?

Если вы получили неожиданный счет и уже успели заплатить больше, чем предусматривает ваша внутрисетевая система распределения затрат (доплаты, взносы по совместному страхованию и не покрываемые страховкой минимумы), следует подать жалобу / претензию в ваш план медицинского страхования и приложить копию счета. План обязан рассмотреть вашу претензию и потребовать от поставщика медицинских услуг прекратить выставлять вам счета. Если вас не устроит ответ вашего страхового плана или для решения проблемы плану потребуется более 30 дней, вы можете подать жалобу в Департамент регулируемого медицинского обслуживания, орган штата, регулирующий работу медицинских страховых планов. Жалобу можно подать на сайте HealthHelp.ca.gov или по телефону 1 (888) 466-2219.

Действие нового закона распространяется на всех?

Действие закона распространяется на участников планов медицинского страхования, работу которых контролирует Департамент регулируемого медицинского обслуживания или Департамент страхования штата Калифорния. Он не распространяется на планы Medi-Cal, Medicare или «планы с элементом самострахования». Если вы не знаете, участником плана какого типа вы являетесь, можно обратиться за помощью в Центр поддержки по телефону 1 (888) 466-2219.

Что если я хочу обратиться к врачу, который, как мне известно, не входит в сеть обслуживания плана?

Если вы являетесь участником страхового плана с льготами в отношении несетевых поставщиков медицинских услуг, например, PPO, вы можете по собственному усмотрению обращаться к несетевому поставщику медицинских услуг. Вам необходимо дать разрешение, подписав соответствующую форму не менее чем за 24 часа до получения медицинского обслуживания. В форме должна содержаться информация о возможности получить обслуживание у сетевого поставщика медицинских услуг, если вы выберете этот вариант. Информация в форме должна быть представлена на вашем языке, если вы говорите на английском, испанском, вьетнамском, армянском, русском, тагальском, корейском, арабском, камбоджийском языке, на фарси или хмонге, а также кантонском или мандаринском наречии китайского языка.