

Luật Mới Bảo vệ Người tiêu dùng khỏi các Hóa đơn Y tế Bất ngờ

Một luật mới được tạo lập theo Dự luật Hạ viện (AB) 72i¹ (Bonta, Chương 492, Luật năm 2016) bảo vệ người tiêu dùng khỏi các hóa đơn y tế bất ngờ khi họ đến các cơ sở trong mạng lưới như bệnh viện, phòng thí nghiệm hoặc các trung tâm hình ảnh. Luật bảo vệ người tiêu dùng mới này bắt đầu từ ngày 1 tháng 7 năm 2017 và đảm bảo rằng người tiêu dùng chỉ phải trả phần chia sẻ chi phí của họ trong mạng lưới. Giờ đây các nhà cung cấp dịch vụ không được gửi cho người tiêu dùng các hóa đơn ngoài mạng lưới khi người tiêu dùng làm đúng các yêu cầu và đến một cơ sở trong mạng lưới.

Các Lợi điểm Dễ thấy cho Người tiêu dùng:

- Không có Hóa đơn Y tế Bất ngờ: Người tiêu dùng chăm sóc sức khỏe không còn rơi vào các tranh chấp về thanh toán giữa chương trình bảo hiểm y tế và nhà cung cấp dịch vụ ngoài mạng lưới. Người tiêu dùng có thể chỉ phải thanh toán cho phần chia sẻ chi phí trong mạng lưới của mình, khi họ sử dụng một cơ sở trong mạng lưới.
- Ngăn ngừa Truy thu: Bảo vệ người tiêu dùng khỏi bị rủi ro về tín dụng, siết lương hoặc phải thế chấp nơi ở chính của họ.
- Giúp Kiểm soát Chi phí Chăm sóc Sức khỏe: Các khoản thanh toán theo chương trình bảo hiểm y tế cho các dịch vụ ngoài mạng lưới không còn dựa trên giá niêm yết.

Những Câu hỏi Thường Gặp:

Hóa đơn bất ngờ là gì và tại sao tôi lại nhận được hóa đơn đó?

Dưới đây là một số ví dụ về những trường hợp khi người tiêu dùng nhận được những hóa đơn bất ngờ:

- Người tiêu dùng đã phẫu thuật tại bệnh viện hoặc trung tâm phẫu thuật ngoại trú trong mạng lưới chương trình bảo hiểm y tế của họ, nhưng bác sĩ gây mê không thuộc mạng lưới chương trình bảo hiểm y tế đó. Mặc dù người tiêu dùng không có quyền lựa chọn bác sĩ gây mê, nhưng nhà cung cấp dịch vụ đó vẫn gửi hóa đơn cho người tiêu dùng sau khi phẫu thuật. Đây là một hóa đơn bất ngờ.
- Người tiêu dùng đến phòng thí nghiệm hoặc trung tâm hình ảnh trong mạng lưới chương trình bảo hiểm y tế của họ để xét nghiệm và bác sĩ đọc kết quả không thuộc mạng lưới chương trình bảo hiểm y tế của họ. Sau đó, bác sĩ này tính phí cho các dịch vụ, tạo ra một hóa đơn bất ngờ cho người tiêu dùng.

¹ AB 72 bảo vệ những người tiêu dùng nhận các dịch vụ không cấp cứu tại các cơ sở trong mạng lưới không bị tính phí ngang bằng bởi một nhà cung cấp dịch vụ ngoài mạng lưới. Luật California đã bảo vệ hầu hết người tiêu dùng khỏi bị thanh toán ngang bằng đối với các dịch vụ cấp cứu.

Theo AB 72, người tiêu dùng sẽ không còn phải nhận những hóa đơn bất ngờ này. Điều này có nghĩa là khi quý vị đến một cơ sở chăm sóc y tế như bệnh viện hoặc phòng thí nghiệm trong mạng lưới chương trình bảo hiểm y tế của mình và làm việc với một bác sĩ không thuộc mạng lưới chương trình bảo hiểm y tế của mình, thì họ không được tính phí cho quý vị nhiều hơn mức mà quý vị phải trả cho bác sĩ trong mạng lưới.

Tôi phải thanh toán những gì?

Người tiêu dùng đến một cơ sở trong mạng lưới chỉ phải trả phần chia sẻ chi phí trong mạng lưới (đồng thanh toán, đồng bảo hiểm hoặc khoản khấu trừ). Người tiêu dùng nên liên hệ với chương trình bảo hiểm y tế của mình nếu có thắc mắc về khoản chia sẻ chi phí trong mạng lưới.

Mạng lưới Chương trình Bảo hiểm Y tế là gì?

Mạng lưới chương trình bảo hiểm y tế là nhóm bác sĩ, bệnh viện và nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe khác mà chương trình bảo hiểm y tế có hợp đồng để cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe cho hội viên của chương trình. Các nhà cung cấp dịch vụ này được gọi là "nhà cung cấp thuộc mạng lưới", "nhà cung cấp có hợp đồng" hoặc "nhà cung cấp trong mạng lưới". Nhà cung cấp dịch vụ không ký hợp đồng với chương trình bảo hiểm y tế của quý vị được gọi là "nhà cung cấp ngoài mạng lưới" hoặc "nhà cung cấp không có hợp đồng".

Ví dụ về các cơ sở chăm sóc sức khỏe nằm trong mạng lưới chương trình bảo hiểm y tế bao gồm bệnh viện, trung tâm phẫu thuật ngoại trú hoặc các cơ sở ngoại trú khác, phòng thí nghiệm và trung tâm hình ảnh hoặc X-quang.

Nếu Tôi Nhận được một Hóa đơn Bất ngờ thì sao? Và nếu Tôi Đã Thanh toán thì sao?

Nếu quý vị nhận được hóa đơn bất ngờ và đã trả nhiều hơn phần chia sẻ chi phí trong mạng lưới (đồng thanh toán, đồng bảo hiểm hoặc khoản khấu trừ), thì nộp đơn phản nài/khiếu nại với chương trình bảo hiểm y tế của quý vị cùng với bản sao hóa đơn đó. Chương trình bảo hiểm y tế sẽ xem xét khiếu nại của quý vị và sẽ thông báo cho nhà cung cấp dịch vụ ngừng tính tiền quý vị. Nếu không đồng ý với phản hồi của chương trình bảo hiểm y tế hoặc mất hơn 30 ngày để giải quyết vấn đề, thì quý vị có thể nộp đơn khiếu nại với Sở Y tế Điều quản, đây là cơ quan quản lý các chương trình bảo hiểm y tế của tiểu bang. Quý vị có thể nộp đơn khiếu nại bằng cách truy cập vào HealthHelp.ca.gov hoặc gọi số **1(888) 466-2219**.

Luật Mới có Áp dụng cho Tất cả Mọi người không?

Luật này áp dụng cho những người tham gia các chương trình bảo hiểm y tế thuộc quản lý của Sở Y tế Điều quản hoặc Sở Bảo hiểm California. Luật không áp dụng cho các chương trình bảo hiểm Medi-Cal, Medicare hoặc "các chương trình tự bảo hiểm". Nếu không biết mình thuộc chương trình bảo hiểm y tế nào, quý vị có thể gọi cho Trung tâm Trợ giúp theo số 1-888-466-2219 để được giúp đỡ.

Nếu Tôi Muốn đến Khám ở Bác sĩ mà Tôi Biết là Ngoài Mạng lưới thì sao?

Nếu thuộc một chương trình bảo hiểm y tế có quyền lợi ngoài mạng lưới, như PPO, thì quý vị có thể chọn đến khám ở một nhà cung cấp ngoài mạng lưới. Quý vị phải cho phép bằng cách ký vào một mẫu đơn bằng văn bản ít nhất 24 giờ trước khi nhận chăm sóc sức khỏe. Biểu mẫu đó sẽ thông báo cho quý vị rằng quý vị có thể nhận được sự chăm sóc từ nhà cung cấp trong mạng lưới nếu quý vị chọn như vậy. Nên lấy mẫu này bằng ngôn ngữ của mình nếu quý vị nói tiếng Anh, tiếng Tây Ban Nha, tiếng Việt, tiếng Quảng Đông, tiếng Armenia, tiếng Nga, tiếng Quan Thoại, tiếng Tagalog, tiếng Hàn, tiếng Ả Rập, tiếng Hmong, tiếng Farsi hoặc tiếng Campuchia.