

## 您对意外医疗账单所享有的权利和保障

当您从网络外提供者接受在网络内医院或门诊手术中心的紧急护理或治疗时，您将免受差额账单。在这些情况下，向您收取的费用不应超过您健康计划的共付额、共保额和/或自付额。请参阅本页下方的其他常见问题解答。

### 什么是“差额账单”（有时称为“意外账单”）？

您看医生或其他医疗保健提供者时，您可能需要支付某些自付费用，例如共付额、共保额和/或自付额。如果您去看不在您保险计划网络中的某个医疗服务提供者或医疗机构就诊，您可能需要支付额外费用或需要支付全额账单。

“网络外”是指尚未与您的健康计划签订合同以提供服务的医疗服务提供者和机构。网络外医疗服务提供者可能获得许可向您收取您健康计划支付的费用与某项服务收取的全额费用之间的差额。这称为“差额账单”。这笔金额可能高于网络内相同服务所收费用，而且可能不计入您健康计划的自付额或年度自付费用限额。

“意外账单”是一种非预期的“差额账单”。当您无法控制谁参与您的护理时，例如当您有紧急情况或您计划在网络内机构就诊但意外受到网络外提供者的治疗时，就会发生这种情况。根据医疗内容的不同，一些意外账单可能要花费成千上万的金额。

**您不会因以下情况收到差额账单：**

#### **紧急服务**

如果您有紧急医疗状况，并从网络外医疗服务提供者或机构获得紧急服务，网络外医疗服务提供者或机构可能向您收取的最高费用是您健康计划中网络内的分摊费用金额（如共付额和共保额）。您**不会**因这些紧急服务被收取账单差额。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书并放弃您对病情稳定后服务不能被收取差额账单的保护。

德克萨斯州法律保护拥有受州政府监管的健康保险的病人（大约 16%的德克萨斯州人）在紧急情况下或无法选择医生的情况下免受意外医疗账单的困扰。法律禁止医生和医疗提供者在这些情况下向病人寄送意外医疗账单。

#### **网络内医院或门诊手术中心的某些服务**

当您在网络内医院或门诊手术中心获得服务时，某些医疗服务提供者可能在网络外。在这种情况下，网络外医疗提供者能向您收取的最高费用是您健康计划中网络

内的分摊费用金额。这适用于急诊科、麻醉科、病理科、放射科、检验医学科、新生儿科、助理外科医生、医院医生或特护医生服务。提供者**不得**向您收取差额账单，也**不得**要求您放弃**不能被收取差额账单**的保护。

如果您在网络内机构接受其他类型服务，网络外提供者**不得**向您收取差额账单，除非您提供书面同意书并放弃您的保护。

德克萨斯州法律还禁止对网络外医生或其他医疗服务提供者在网络内机构提供的任何健康照护、医疗服务或医疗用品，以及对诊断成像提供者和实验室服务提供者提供的与网络医生或提供者进行的医疗保健服务有关的服务收取差额账单。

**您绝对不会被要求放弃、不受差额账单的保护。您也不会被要求接受网络外护理。您可以选择您健康计划网络内的医疗服务提供者或机构。**

**当差额账单保障不被允许时，您还享有以下保护：**

- 您只需负责支付自己应分摊的费用（如果提供者或机构是网络内的，您所支付的共付额、共保额和自付额）。您的健康计划将直接向网络外提供者和机构支付任何额外费用。
- 一般来说，您的健康计划必须：
  - 承保紧急服务，从而您无需事先获得接受服务的批准（也称为“事先授权”）。
  - 承保网络外提供者提供的紧急服务。
  - 将您欠提供者或机构的款项（分摊费用）建立在其将向网络内提供者或机构支付的款项基础上，并在您的福利说明中显示该金额。
  - 将您为紧急服务或网络外服务支付的金额计入您的网络内自付额和自付费用限额。

**如果您认为自己的账单有误**，请致电 1-800-985-3059 联系联邦医疗保险 (Medicare) 和医疗补助 (Medicaid) 服务中心，或致电 (800) 252-3439 联系德克萨斯州保险部。

请访问 <https://www.cms.gov/nosurprises/consumers> 以了解您根据联邦法律可享有的权利的更多信息。

请访问 <https://www.tdi.texas.gov/medical-billing/surprise-balance-billing.html> 以了解您根据德克萨斯州法律可享有的权利的更多信息。

## 您有权获得解释医疗保健费用的“诚信估价单”

根据法律规定，医疗服务提供者需要在提供医疗项目和服务之前，向**没有某些类型医疗保健保险或未使用某些类型医疗保健保险的患者**提供其医疗保健项目和服务的预估账单。

- 您有权要求提供或在预约任何医疗项目或服务时就收到此类项目或服务的预期总费用的诚信估价单。诚信估价单包括医学检测、处方药、设备使用和住院费等相关费用。
- 如果您在获取医疗保健项目或服务之日前至少 3 个工作日进行预约，请确保医疗保健提供者或机构在预约后 1 个工作日内以书面形式向您提供诚信估价单。如果您在获取医疗保健项目或服务之日前至少 10 个工作日进行预约，请确保医疗保健提供者或机构在预约后 3 个工作日内以书面形式向您提供诚信估价单。您还可以在预约项目或服务前，要求您的医疗保健提供者或机构提供诚信估价单。如果您这样做，请确保医疗保健提供者或机构在您要求后的 3 个工作日内以书面形式向您提供诚信估价单。
- 如果您收到的任何提供者或机构账单比您从该提供者或机构处收到的诚信估价单至少高出 400 美元，则您可以对该账单提出异议。

有关您的诚信估价单权利的问题或更多信息，请访问 [www.cms.gov/nosurprises/consumers](http://www.cms.gov/nosurprises/consumers)，发送邮件至 [FederalPPDRQuestions@cms.hhs.gov](mailto:FederalPPDRQuestions@cms.hhs.gov) 或致电 1-800-985-3059。