

अप्रत्याशित मेडिकल बिलहरू विरुद्ध तपाईंको अधिकार एवं सुरक्षाहरू

जब तपाईंले आपतकालीन उपचार पाउनुहुन्छ वा सञ्जालभन्दा बाहिरको प्रदायकबाट सञ्जालभित्रको अस्पताल वा एम्बुलेटरी सर्जिकल सेन्टरमा उपचार गर्नुहुन्छ, तपाईं अप्रत्याशित बिलिड वा बाँकी रकमको बिलिडबाट सुरक्षित हुनुहुन्छ।

“बाँकी रकमको बिलिड” (कहिलेकाहीं “अप्रत्याशित बिलिड” पनि भनिन्छ) के हो?

जब तपाईंले कुनै डाक्टर वा अन्य स्वास्थ्य सेवा प्रदायकलाई भेट्नुहुन्छ तपाईंले सह-भुक्तानी, सह-बीमा र/अथवा कटौतीयोग्य रकमजस्ता बीमाले नव्योहोर्ने निश्चित खर्च व्यहोर्नुपर्ने हुनसक्छ। तपाईंको स्वास्थ्य योजनाको सञ्जालमा नभएका प्रदायककहाँ जाँदा वा स्वास्थ्य सेवा सुविधा लिँदा तपाईंले अन्य खर्चहरू वा पुरै बिल भुक्तानी गर्नुपर्ने हुनसक्छ।

“सञ्जालभन्दा बाहिर” भन्नाले तपाईंको स्वास्थ्य योजनामा सम्झौता हस्ताक्षर नगरेका प्रदायकहरू एवं सुविधाहरूलाई जनाउँदछ। सञ्जालभन्दा बाहिरका प्रदायकहरूलाई तपाईंको योजनाले तिर्न सहमत भएको र सेवाको लागि लिइएको पूर्ण रकमबीचको भिन्नताको लागि तपाईंलाई बिल गर्न अनुमति दिनसक्छ। जसलाई “बाँकी रकमको बिलिड” भनिन्छ। यो रकम एउटै सेवाको लागि सञ्जालभित्रका खर्चहरूभन्दा बढी हुनसक्छ र तपाईंको वार्षिक बीमाले नव्योहोर्ने सीमामा गणना नहुन सक्छ।

“अप्रत्याशित बिलिड” एक अनपेक्षित बाँकी रकमको बिल हो। यो जब तपाईं आफ्नो उपचारमा को संलग्न छ भन्ने कुरालाई नियन्त्रण गर्न सक्नुहुन्न त्यस बेला हुने गर्दछ-जस्तै तपाईंलाई कुनै आपतकालीन अवस्था पर्यो वा तपाईंले सञ्जालभित्रको कुनै एक सुविधामा जाने समय तालिका बनाउनुहुन्छ तर अप्रत्याशित रूपमा सञ्जालभन्दा बाहिरका प्रदायकद्वारा उपचार गरिन्छ।

तपाईं देहायका अवस्थामा बाँकी रकमको बिलिडबाट सुरक्षित हुनुहुन्छ:

आकस्मिक सेवाहरू

यदि तपाईंको आपतकालीन मेडिकलको अवस्था छ र सञ्जालभन्दा बाहिरको प्रदायक वा सुविधाबाट आपतकालीन सेवाहरू प्राप्त गर्नुहुन्छ भने, प्रदायक वा सुविधाले तपाईंलाई तपाईंको योजनाको सञ्जालभित्रको लागत-साझेदारी रकम (जस्तै सह-भुक्तानी र सह-बीमा) बिल गर्नसक्छ। तपाईंलाई यी आपतकालीन सेवाहरूको लागि बाँकी रकमको बिल गर्न हुँदैन। तपाईंले लिखित सहमति नदिँदासम्म र यी पोस्ट-स्टेबिलाइजेसन सेवाहरूको लागि बाँकी रकमको बिल नहुने गरी आफ्नो सुरक्षा त्याग नगरेसम्म तपाईं स्थिर अवस्थामा भएपछि तपाईंले प्राप्त गर्न सक्ने सेवाहरू यसमा समावेश छन्।

यदि तपाईंको स्वास्थ्य बीमा आईडी कार्डमा “CO_DOI” छ र तपाईं कोलोराडोको एक विनियमित सुविधा वा निकायमा प्रदान गरिएको हेरचाह र सेवाहरू प्राप्त गर्दै हुनुहुन्छ भने तपाईंलाई तपाईंको योजनाको सञ्जालभित्रको लागत-साझेदारी रकमहरूको लागि मात्र बिल गर्न सकिन्छ, जुन सह-भुक्तानी, कटौतीयोग्य रकम, र/वा सह-बीमा हो। तपाईंलाई अरु कुनै कुराको लागि बिल गर्न सकिँदैन। यो केवल “आपतकालीन सेवा” को रूपमा सम्बन्धित र बिल गरिएका सेवाहरूमा लागू हुन्छ।

सञ्जालभित्रका अस्पताल वा एम्बुलेटरी सर्जिकल केन्द्रका निश्चित सेवाहरू

जब तपाईं कुनै सञ्जालभित्रको अस्पताल वा एम्बुलेटरी सर्जिकल केन्द्रबाट सेवाहरू प्राप्त गर्नुहुन्छ त्यहाँका केही प्रदायकहरू सञ्जालभन्दा बाहिरका हुन सक्छन्। यी अवस्थामा ती प्रदायकहरूले तपाईंलाई बिल गर्न सक्ने सबैभन्दा बढी भनेको तपाईंको

योजनाको सञ्जालभित्रको लागत-साझेदारी रकम हो। यो आपतकालीन चिकित्सा, एनेस्थेसिया, रोगविज्ञान, रेडियोलोजी, प्रयोगशाला र सहायक शल्यचिकित्सकहरूमा लागू हुन्छ। यी प्रदायकहरूले तपाईंलाई बाँकी रकमको बिल गर्न **सक्दैनन्** र बाँकी रकमको बिल नहोस् भन्नका लागि तपाईंको सुरक्षाहरू त्याग्न आग्रह गर्न **सक्दैनन्**।

यदि तपाईं यी सञ्जालभित्रका सुविधाहरूमा सेवाहरू प्राप्त गर्नुहुन्छ लिनुहुन्छ भने, तपाईंले लिखित सहमति नदिएसम्म र तपाईंको सुरक्षा त्याग नगरेसम्म, सञ्जालभन्दा बाहिरका प्रदायकहरूले तपाईंलाई बाँकी रकमको बिल गर्न **सक्दैनन्**।

तपाईंले कहिल्यै पनि बाँकी रकमको बिलिडबाट आफ्नो सुरक्षा त्याग्न आवश्यक छैन। तपाईंले सञ्जालभन्दा बाहिर उपचार गर्न पनि आवश्यक छैन। तपाईंले आफ्नो योजनाको सञ्जालभित्रका प्रदायक वा सुविधा रोज्न सक्नुहुन्छ।

यदि तपाईंको स्वास्थ्य बीमा आईडी कार्डमा “CO_DOI” छ र तपाईं कोलोराडोको एक विनियमित सुविधा वा एजेन्सीमा प्रदान गरिएको हेरचाह र सेवाहरू प्राप्त गर्दै हुनुहुन्छ भने:

सञ्जालभित्र वा सञ्जालभन्दा बाहिरको सुविधामा गैर-आकस्मिक सेवाहरू

सुविधा वा निकायका कर्मचारीहरूले तपाईंलाई सञ्जालभन्दा बाहिरको स्थानमा हुनुहुन्छ वा तिनीहरूले सञ्जालभन्दा बाहिरका प्रदायकहरूबाट सेवा प्राप्त गर्दै हुनुहुन्छ भन्ने थाहा पाउने बितिकै बताउनु पर्छ। कर्मचारीहरूले तपाईंलाई सञ्जालभन्दा बाहिरको प्रदायकद्वारा प्रदान गर्न सकिने कुन प्रकारका सेवाहरू प्रयोग गरिरहनुभएको छ भनेर पनि बताउनुपर्दछ।

तपाईंसँग सञ्जालभित्रका प्रदायकहरूले सबै कभर गरिएका चिकित्सा सेवाहरू प्रदान गर्न अनुरोध गर्ने अधिकार छ। यद्यपि, यदि सञ्जालभित्रको प्रदायक अनुपलब्ध छ भने तपाईंले सञ्जालभन्दा बाहिरको प्रदायकबाट चिकित्सा सेवाहरू प्राप्त गर्नुपर्ने हुनसक्छ। यदि तपाईंको बीमाकर्ताले सेवा कभर गर्दछ भने, तपाईंलाई तपाईंको सञ्जालभित्रको लागत-साझेदारी रकमको लागि मात्र बिल गर्न सकिन्छ, जुन सह-भुक्तानी, कटौतीयोग्य रकम, र/वा सह-बीमा हो।

अतिरिक्त सुरक्षा

- तपाईंको बीमाकर्ताले सञ्जालभन्दा बाहिरका प्रदायकहरू र सुविधाहरूलाई सिधै भुक्तानी गर्नेछ।
- प्रदायक वा सुविधा वा निकायले सूचित गरेको 60 दिनभित्र तपाईंले बढी भुक्तान गरेको कुनै पनि रकम फिर्ता गर्नुपर्छ।

बाँकी रकमको बिलिडलाई अनुमति नभएको अवस्थामा, तपाईंसँग निम्न सुरक्षाहरू पनि छन्:

- तपाईं खर्चको आफ्नो अंश तिर्नको लागि मात्र जिम्मेवार हुनुहुन्छ (जस्तै प्रदायक वा सुविधा सञ्जालभित्र भएको खण्डमा तपाईंले तिर्नुहुने सह-भुक्तानी, सह-बीमा, र कटौतीयोग्यहरू)। तपाईंको स्वास्थ्य योजनाले सञ्जालभन्दा बाहिरका प्रदायकहरू र सुविधाहरूलाई सिधै भुक्तानी गर्नेछ।
- सामान्यतया: तपाईंको स्वास्थ्य योजनाले:
 - सेवाहरूको लागि अग्रिम स्वीकृति (पूर्वाधिकार) बिना नै आपतकालीन सेवाहरू समेट्छ।
 - सञ्जालभन्दा बाहिरका प्रदायकहरूका आपतकालीन सेवाहरू समेट्छ।

अप्रत्याशित/बाँकी रकमको बिलिड प्रकटीकरण फारम

- तपाईंले प्रदायक वा सुविधा (लागत-साझेदारी) लाई कति तिर्नुपर्छ भन्ने आधारमा यसले सञ्जालभित्रका प्रदायक वा सुविधालाई कति तिर्नेछ र तपाईंको फाइदाहरूको व्याख्यामा त्यो रकम देखाउँछ।
- तपाईंले आकस्मिक सेवाहरू वा सञ्जालभन्दा बाहिरका सेवाहरूका लागि तिर्ने कुनै पनि रकमलाई तपाईंको कटौतीयोग्य र बीमाले नब्योहर्ने खर्च सीमामा गणना गर्दछ।

यदि तपाईंलाई गलत तरिकाले बिल गरिएको छ भन्ने लाग्दछ भने, तपाईंले 800-985-3059 मा सम्पर्क गर्न सक्नुहुन्छ, संघीय नियमहरूको सम्बन्धमा वा कोलोराडो बीमा विभागलाई 303-894-7499 वा 800-930-3745 मा सम्पर्क गर्न सक्नुहुन्छ, कोलोराडो नियमहरूको लागि वा सुविधाको बिलिड विभागमा

संघीय कानूनअन्तर्गत आफ्नो अधिकारबारे थप जानकारीको लागि [cms.gov/nosurprises/consumers](https://www.cms.gov/nosurprises/consumers) मा जानुहोस्। मेरो हस्ताक्षरले यो सूचना प्राप्त गरेको स्वीकार गर्दछ र कानूनअन्तर्गत मेरो अधिकारहरू त्याग गर्दैन।

बिरामीको नाम (प्रिन्ट गरिएको)

बिरामीसँगको सम्बन्ध

बिरामी वा कानूनरूपमा अख्तियारप्राप्त प्रतिनिधिको हस्ताक्षर

मिति

समय

अनुवाद: (नाम वा #) द्वारा बिरामी/प्रतिनिधिको लागि अनुवादित छलफल यदि लागू भएमा