

Diritti e tutele contro le spese mediche a sorpresa

Quando ricevi cure di emergenza o vieni curato da un fornitore esterno alla rete presso un ospedale o un centro chirurgico ambulatoriale della rete, sei protetto dalla fattura a saldo. In questi casi non ti dovrebbero essere addebitati costi superiori a quelli previsti dal tuo piano, coassicurazione e/o franchigia.

Cos'è la "fattura a saldo" (a volte chiamata "fattura a sorpresa")?

Quando ti rivolgi a un medico o a un altro operatore sanitario, potresti dover sostenere [alcune spese vive](#), come un [ticket](#), una [coassicurazione](#) o una [franchigia](#). Potresti avere costi aggiuntivi o dover pagare l'intera fattura se ti rivolgi a un fornitore o visiti una struttura sanitaria che non è nella rete del tuo piano sanitario.

Per "esterni alla rete" si intendono i fornitori e le strutture che non hanno firmato un contratto con il tuo piano sanitario per la fornitura di servizi. I fornitori esterni alla rete potrebbero essere autorizzati ad addebitarti la differenza tra quanto pagato dal tuo piano e l'intero importo addebitato per un servizio. Questo è chiamato **"fattura a saldo"**. Questo importo è probabilmente superiore ai costi interni alla rete per lo stesso servizio e potrebbe non essere considerato ai fini della franchigia del piano o del limite di spesa annuale.

La "fattura a sorpresa" è una fattura a saldo imprevista. Ciò può accadere quando non puoi controllare chi è coinvolto nelle tue cure, ad esempio quando hai un'emergenza o quando pianifichi una visita presso una struttura all'interno della rete ma sei trattato inaspettatamente da un fornitore esterno alla rete. Le spese mediche a sorpresa potrebbero costare migliaia di dollari a seconda della procedura o del servizio.

Sei protetto dalla fattura a saldo per:

Servizi di emergenza

Se hai una condizione medica di emergenza e ricevi servizi di emergenza da un fornitore o una struttura esterni alla rete, il massimo che ti può essere fatturato è l'importo della condivisione dei costi all'interno della rete del tuo piano (come ticket, coassicurazione e franchigie). **Non puoi** ricevere una fattura a saldo per questi servizi di emergenza. Ciò include i servizi che potresti ottenere quando le tue condizioni si sono stabilizzate, a meno che tu non dia il consenso scritto e rinunci alle tue protezioni per non ricevere una fattura a saldo per questi servizi post-stabilizzazione.

Alcuni servizi presso un ospedale in rete o un centro chirurgico ambulatoriale

Quando ricevi servizi da un ospedale in rete o da un centro chirurgico ambulatoriale, alcuni fornitori potrebbero essere esterni alla rete. In questi casi, il massimo che questi fornitori possono fatturarti è l'importo della condivisione dei costi in rete del tuo piano. Questo vale per servizi di medicina d'urgenza, anestesia, patologia, radiologia, laboratorio, neonatologia,

assistente chirurgo, servizi ospedalieri o trattamenti intensivistici. Questi fornitori **non possono** emettere fattura a saldo e **non** possono chiederti di rinunciare alle tue protezioni per non ricevere una fattura a saldo.

Se ottieni altri tipi di servizi in queste strutture interne alla rete, i fornitori esterni alla rete **non possono** emettere fattura a saldo, a meno che tu non dia il consenso scritto e rinunci alle tue protezioni.

Non sei mai obbligato a rinunciare alle tue protezioni dalla fattura a saldo. Inoltre, non è necessario ricevere assistenza al di fuori della rete. Puoi scegliere un fornitore o una struttura nella rete del tuo piano.

Gli abitanti dell'Ohio che ottengono l'assicurazione sanitaria attraverso piani regolati dall'Ohio Department of Insurance sono protetti anche contro il ricevimento di fatture mediche "a sorpresa", ai sensi della legge dell'Ohio. Se si riceve assistenza imprevista al di fuori della rete, la legge dell'Ohio fornisce le seguenti tutele:

- Nessuna fattura a saldo per i servizi di emergenza, neppure quelli di un'ambulanza, anche se forniti al di fuori della rete.
- Nessuna fattura a saldo da parte di fornitori al di fuori della rete presso una struttura all'interno della rete, nel caso non sia possibile scegliere un fornitore all'interno della rete.
- Gli importi di condivisione dei costi, come ticket, coassicurazione e franchigie, sono limitati all'importo che pagheresti per i servizi all'interno della rete.

I piani sanitari regolati dallo stato dell'Ohio devono avere le lettere "ODI" chiaramente indicate sulla tua tessera d'identificazione assicurativa. Puoi trovare ulteriori informazioni all'indirizzo <https://insurance.ohio.gov/wps/portal/gov/odi/consumers/health/surprise-billing>.

Quando la fattura a saldo non è consentita, hai anche queste protezioni:

- Ti tenuto solo al pagamento della tua parte di costi (come i ticket, la coassicurazione e la franchigia, che pagheresti se il fornitore o la struttura fosse in rete). Il tuo piano sanitario pagherà direttamente eventuali costi aggiuntivi ai fornitori e alle strutture esterni alla rete.
- In generale, il tuo piano sanitario deve:
 - Coprire i servizi di emergenza senza richiedere l'approvazione anticipata per i servizi (nota anche come "autorizzazione preventiva").
 - Coprire i servizi di emergenza di fornitori esterni alla rete.
 - Basare ciò che devi al fornitore o alla struttura (ripartizione dei costi) su quanto pagherebbe un fornitore o una struttura in rete e mostrare tale importo nella spiegazione dei benefit.



- Contare qualsiasi importo che paghi per i servizi di emergenza o per i servizi esterni alla rete per il tuo limite di franchigia e di tasca propria.

Se ritieni di aver ricevuto degli addebiti in modo errato, contatta l'Ohio Department of Insurance al numero +1-800-686-1526. Il numero di telefono federale per informazioni e reclami è +1-800-985-3059.

Per ulteriori informazioni sui tuoi diritti ai sensi della legge federale, visita il sito Web www.cms.gov/nosurprises/consumers.

Per ulteriori informazioni sui tuoi diritti in Ohio, visita <https://insurance.ohio.gov/wps/portal/gov/odi/consumers/health/surprise-billing>.