

## Formulir Pengungkapan Tagihan/Saldo Tak Terduga

*Cheyenne Eye Clinic & Surgery Center*

1300 E 20<sup>th</sup> St Cheyenne WY 82001 (307)-635-2020

### Hak dan Perlindungan Anda Terhadap Tagihan Medis Tak Terduga

Ketika menerima perawatan darurat atau dirawat oleh penyedia di-luar-jaringan pada klinik atau pusat operasi rawat jalan dalam-jaringan, Anda akan dilindungi dari tagihan tak terduga atau tagihan saldo.

#### Apakah “tagihan saldo” (kadang-kadang disebut “tagihan tak terduga”) itu?

Saat Anda menemui dokter atau penyedia perawatan kesehatan lainnya, Anda mungkin akan berutang biaya atas tanggungan sendiri seperti copayment, coinsurance, dan/atau deduksi. Anda mungkin memiliki biaya lain atau harus membayar seluruh tagihan jika Anda menemui penyedia atau mengunjungi fasilitas perawatan kesehatan yang tidak termasuk dalam jaringan paket kesehatan Anda.

“Di-luar-jaringan” menggambarkan penyedia dan fasilitas yang tidak memiliki kontrak dengan paket kesehatan Anda. Penyedia di-luar-jaringan mungkin diperbolehkan untuk menagih kepada Anda selisih antara pembayaran yang disetujui oleh paket Anda dengan jumlah total yang dikenakan atas suatu layanan. Ini yang disebut “**tagihan saldo**.” Jumlah ini kemungkinan besar lebih besar dari biaya di-dalam-jaringan untuk beberapa layanan dan mungkin tidak dihitung dalam limit tanggungan-sendiri tahunan Anda.

“Tagihan tak terduga” adalah tagihan saldo yang tidak terduga. Ini dapat terjadi jika Anda tidak dapat mengendalikan siapa yang akan terlibat dalam perawatan Anda—seperti ketika Anda mengalami kejadian darurat atau ketika Anda menjadwalkan kunjungan ke fasilitas dalam-jaringan, tetapi secara tidak terduga ditangani oleh penyedia di-luar-jaringan.

#### Anda dilindungi dari tagihan saldo untuk:

##### Layanan darurat

Jika Anda mengalami kondisi medis darurat dan mendapatkan layanan darurat dari penyedia atau fasilitas di-luar-jaringan, jumlah maksimal yang dapat ditagihkan oleh penyedia atau fasilitas adalah jumlah berbagi-biaya dalam-jaringan pada paket Anda (seperti copayment dan coinsurance). Anda **tidak dapat** dikenai tagihan saldo untuk layanan-layanan darurat seperti ini. Ini termasuk layanan-layanan yang mungkin Anda dapatkan setelah kondisi Anda stabil, kecuali Anda memberikan persetujuan tertulis dan membatalkan perlindungan Anda agar tidak menerima tagihan saldo untuk layanan pasca-stabilisasi ini.

##### Layanan tertentu pada klinik atau pusat operasi rawat jalan dalam-jaringan

Ketika Anda mendapatkan layanan dari klinik atau pusat operasi rawat jalan dalam-jaringan, penyedia tertentu mungkin merupakan penyedia di-luar-jaringan. Dalam kasus ini, jumlah terbesar yang dapat ditagih oleh penyedia tersebut adalah jumlah berbagi-biaya dalam-jaringan paket Anda. Ini berlaku pada obat, anestesi, patologi, radiologi, laboratorium, dan asisten ahli bedah darurat. Para penyedia ini **tidak dapat** melakukan penagihan saldo kepada Anda dan **tidak** boleh meminta Anda membatalkan perlindungan agar tidak dikenai penagihan saldo.

Jika Anda mendapatkan layanan-layanan lain pada fasilitas dalam-jaringan ini, penyedia di-luar-jaringan **tidak dapat** melakukan penagihan saldo kepada Anda, kecuali Anda memberikan persetujuan tertulis dan membatalkan perlindungan Anda.

**Anda tidak akan pernah diminta untuk membatalkan perlindungan Anda terhadap penagihan saldo. Anda juga tidak diminta untuk mendapatkan perawatan di-luar-jaringan. Anda dapat memilih penyedia atau fasilitas dalam jaringan paket Anda.**

## Formulir Pengungkapan Tagihan/Saldo Tak Terduga

*Cheyenne Eye Clinic & Surgery Center*

1300 E 20<sup>th</sup> St Cheyenne WY 82001 (307)-635-2020

### Layanan Non-darurat di Fasilitas Dalam-Jaringan atau Luar-Jaringan

Staf fasilitas atau agen harus memberi tahu Anda jika Anda berada di lokasi di-luar-jaringan atau jika menggunakan penyedia di-luar-jaringan pada saat mengetahuinya. Staf juga harus memberi tahu Anda tipe layanan apa yang akan Anda terima yang mungkin disediakan oleh penyedia di-luar-jaringan.

Anda memiliki hak untuk meminta penyedia dalam-jaringan itu melakukan semua layanan medis yang ditanggung. Namun, Anda mungkin harus menerima layanan medis dari penyedia di-luar-jaringan jika penyedia dalam-jaringan tidak tersedia. Jika penjamin asuransi Anda menanggung layanan, Anda hanya akan ditagih untuk jumlah berbagi-biaya dalam-jaringan Anda yang berupa copayment, deduksi, dan/atau coinsurance.

### Perlindungan Tambahan

- Penjamin Asuransi Anda akan membayar penyedia dan fasilitas di-luar-jaringan secara langsung.
- Penyedia atau fasilitas atau agen harus mengembalikan seluruh jumlah yang merupakan kelebihan bayar yang Anda lakukan dalam waktu 60 hari setelah diberi tahu.

### Jika penagihan saldo tidak diizinkan, Anda juga memiliki perlindungan berikut:

- Anda hanya bertanggung jawab untuk pembayaran biaya tanggungan Anda (seperti copayment, coinsurance, dan deduksi yang akan Anda bayar jika penyedia atau fasilitas merupakan dalam-jaringan). Paket kesehatan Anda akan membayar penyedia dan fasilitas di-luar-jaringan secara langsung.
- Secara umum, paket kesehatan Anda harus:
  - Menanggung layanan darurat tanpa meminta Anda mendapatkan persetujuan terlebih dulu atas layanan (otorisasi sebelumnya).
  - Menanggung layanan darurat oleh penyedia di-luar-jaringan.
  - Mendasarkan utang Anda terhadap penyedia atau fasilitas (berbagi-biaya) atas apa yang akan dibayarkan kepada penyedia atau fasilitas dalam-jaringan dan menunjukkan jumlah tersebut di dalam penjelasan manfaat Anda.
  - Menghitung semua jumlah yang Anda bayar untuk layanan darurat atau layanan di-luar-jaringan terhadap deduksi dan limit tanggungan sendiri Anda.

Jika yakin telah ditagih secara tidak benar, Anda dapat menghubungi 800-985-3059 terkait kebijakan federal, atau departemen penagihan fasilitas di nomor 307-773-7150.

Kunjungi [cms.gov/nosurprises/consumers](https://cms.gov/nosurprises/consumers) untuk informasi lebih lanjut tentang hak Anda menurut hukum federal.

Tanda tangan saya merupakan pengakuan atas penerimaan pemberitahuan ini dan tidak menghapus hak saya menurut hukum.

\_\_\_\_\_  
Nama pasien (dicetak)

\_\_\_\_\_  
Hubungan dengan pasien

\_\_\_\_\_  
Tanda tangan pasien atau perwakilan yang sah secara hukum

\_\_\_\_\_  
Tanggal

\_\_\_\_\_  
Waktu

**Interpretasi:** Diskusi yang diinterpretasikan untuk pasien/perwakilan oleh (nama atau #) jika ada \_\_\_\_\_