

## Формуляр за защита от изненадващи сметки

Целта на този документ е да Ви информира за защитите от неочаквани медицински сметки. Той също така задава въпроса дали бихте искали да се откажете от тези защити и да плащате повече за грижи извън мрежата.

**ВАЖНО:** Не сте длъжни да подписвате този формуляр и не трябва да го подписвате, ако не сте имали избор на доставчик на здравни услуги, когато сте получавали грижи. Можете да изберете да получите грижи от доставчик или заведение в мрежата на Вашия здравноосигурителен план, което може да Ви струва по-малко.

Ако искате помощ с този документ, попитайте Вашия доставчик или пациентски защитник. Направете снимка и/или запазете копие от този формуляр за архивите си.

---

Получавате това уведомление, защото този доставчик или заведение не е в мрежата на Вашия здравноосигурителен план. Това означава, че доставчикът или заведението нямат споразумение с Вашия здравноосигурителен план.

**Получаването на грижи от този доставчик или заведение може да Ви струва повече.**

Ако Вашият здравноосигурителен план покрива артикула или услугата, които получавате, федералният закон Ви защитава от по-високи сметки:

- Когато получите спешна помощ от доставчици и заведения извън мрежата, или
- когато доставчик извън мрежата Ви лекува в болница в мрежата или амбулаторен хирургически център без Ваше знание или съгласие.

Попитайте Вашия доставчик на здравни услуги или пациентски защитник, ако имате нужда от помощ, за да разберете дали тези защити се отнасят за Вас.

Ако подпишете този формуляр, може да платите повече, защото:

- Вие се отказвате от защитата си по силата на закона.
- Може да дължите пълните разходи, таксувани за получените артикули и услуги.
- Вашият здравноосигурителен план може да не отчита нито една от сума, която плащате, към Вашия лимит за приспадане и плащане от страна на пациента. Свържете се с Вашия здравноосигурителния план за повече информация.

**Не трябва** да подписвате този формуляр, ако **не** сте имали избор на доставчици, когато сте получавали грижи. Например, ако Ви е назначен лекар без възможност да направите промяна.

Преди да решите дали да подпишете този формуляр, можете да се свържете с Вашия здравноосигурителен план, за да намерите доставчик или заведение в мрежата. Ако няма такъв, Вашият здравноосигурителен план може да сключи споразумение с този доставчик или заведение или с други такива.

Вижте следващата страница за оценка на Вашите разходи.

## Преценете какво бихте могли да платите

Име на пациента: \_\_\_\_\_

Доставчик(ци) извън мрежата или име на заведение: \_\_\_\_\_

Обща оценка на разходите за това, което може да бъдете помолени да платите:	
---	--

- ▶ **Прегледайте подробната си оценка.** Вижте страница 4 за оценка на разходите за всеки артикул или услуга, които ще получите.
- ▶ **Обадете се на Вашия здравноосигурителен план.** Вашият здравноосигурителен план може да има по-добра информация за това колко ще бъдете помолени да платите. Можете също така да попитате какво се покрива от Вашия здравноосигурителен план и опциите на Вашия доставчик.
- ▶ **Имате въпроси относно това известие и оценка?** Обадете се на финансовото консултиране на телефон 800-423-0523 и натиснете 4 за оценки.
- ▶ **Въпроси за Вашите права?** Обадете се на Центровете за медицина и медицински услуги (CMS) на 1-800-985-3059.

### Предварително разрешение или други ограничения за управление на грижите

Освен в спешни случаи Вашият здравноосигурителен план може да изисква предварително разрешение (или други ограничения) за определени артикули и услуги. Това означава, че може да се нуждаете от одобрението на Вашия здравноосигурителен план, че тя ще покрива артикул или услуга, преди да ги получите. Ако се изисква предварително разрешение се обърнете към здравния си план относно това каква информация е необходима, за да получите покритие.

### Разбиране на Вашите възможности

Можете също да получите артикулите или услугите, описани в това уведомление, от тези доставчици, които са в мрежата на Вашия здравноосигурителен план:

### Повече информация за Вашите права и защита

Посетете [*уебсайт*] за повече информация относно Вашите права съгласно федералния закон.

## **С подписването се отказвам от своята федералната защита на потребител и се съгласявам да плащам повече за грижи извън мрежата.**

С подписа си казвам, че съм съгласен да получа артикулите или услугите от (изберете всички приложими):

[име на лекаря или доставчика] [Ако съгласието е за няколко лекари или доставчици, осигурете отделно квадратче за отметка за всеки лекар или доставчик]

[наименование на заведението]

С подписа си потвърждавам, че се съгласявам по собствена воля и не съм принуждаван/а или притискан/а. Разбирам също, че:

- се отказвам от някои защиты срещу фактуриране на клиенти съгласно федералния закон.
- мога да получа сметка за пълните такси за тези артикули и услуги или да трябва да поделя разходите извън мрежата според моя здравноосигурителен план.
- на [въведете дата на уведомлението] получих писмено известие, обясняващо, че моят доставчик или заведение не е в мрежата на моя здравноосигурителен план, прогнозната цена на услугите и какво мога да дължа, ако се съглася да бъда лекуван от този доставчик или заведение.
- получих известието или на хартия, или по електронен път, в съответствие с моя избор.
- напълно и изцяло разбирам, че някои или всички суми, които плащам, може да не се зачитат към лимита за приспадане на здравноосигурителен план или лимита за плащане от страна на пациентите.
- мога да прекратя това споразумение, като уведомя писмено доставчика или заведението, преди да получа услугите.

**ВАЖНО:** Не е **нужно** да подписвате този формуляр. Но ако не подпишете, този доставчик или заведение може да не Ви лекува. Можете да изберете да получите грижи от доставчик или заведение в мрежата на Вашия здравноосигурителен план.

\_\_\_\_\_ или \_\_\_\_\_  
подпис на Пациента \_\_\_\_\_  
представител \_\_\_\_\_  
подпис на настойника/упълномощения

\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_  
Въведете името на пациента \_\_\_\_\_  
представител \_\_\_\_\_  
Въведете името на настойника/упълномощения

\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_  
Дата и час на подписване \_\_\_\_\_  
Дата и час на подписване

**Направете снимка и/или запазете копие от този формуляр.**

**Съдържа важна информация за Вашите права и защита.**

