

Formularz ochrony przed niespodziewanymi rozliczeniami

Celem tego dokumentu jest poinformowanie Cię o środkach ochrony przed nieoczekiwanymi rachunkami medycznymi. Zawiera on również pytanie, czy chcesz zrezygnować z tych środków ochrony i zapłacić więcej za opiekę poza siecią.

WAŻNE: podpisanie tego formularza nie jest obowiązkowe i nie należy tego robić, jeśli dana osoba nie miała możliwości wyboru dostawcy usług zdrowotnych w chwili ich uzyskania. Możesz zdecydować się na skorzystanie z opieki oferowanej przez świadczeniodawcę lub placówkę z sieci Twojej organizacji opieki zdrowotnej, co może kosztować mniej.

Jeśli potrzebujesz pomocy przy wypełnieniu tego dokumentu, zwróć się do swojego świadczeniodawcy lub rzecznika praw pacjenta. Zrób zdjęcie i/lub zachowaj kopię tego formularza do swojej dokumentacji.

Otrzymujesz to powiadomienie, ponieważ ten świadczeniodawca lub ta placówka nie należy do sieci Twojej organizacji opieki zdrowotnej. Oznacza to, że ten świadczeniodawca lub ta placówka nie ma podpisanej umowy z Twoją organizacją.

Uzyskanie opieki od tego świadczeniodawcy lub tej placówki może kosztować więcej.

Jeśli Twój plan obejmuje produkt lub usługę, z których korzystasz, prawo federalne chroni Cię przed wyższymi rachunkami:

- gdy otrzymasz pomoc w nagłych wypadkach od świadczeniodawców i placówek spoza sieci lub
- gdy świadczeniodawca spoza sieci będzie Cię leczyć w szpitalu sieciowym lub w ambulatoryjnym centrum chirurgicznym bez Twojej wiedzy lub zgody.

Jeśli nie wiesz, czy te środki ochrony mają zastosowanie do Ciebie, zwróć się do dostawcy usług zdrowotnych lub rzecznika praw pacjenta.

Jeśli podpiszesz ten formularz, możesz zapłacić więcej, ponieważ:

- Rezygnujesz ze swoich środków ochrony wynikających z prawa.
- Możesz ponieść pełne koszty naliczone za uzyskane produkty i usługi.
- Twoja organizacja opieki zdrowotnej może nie uwzględnić żadnej zapłaconej przez Ciebie kwoty na poczet udziału własnego i limitu wydatków osobistych. Skontaktuj się ze swoją organizacją opieki zdrowotnej, aby uzyskać więcej informacji.

Nie należy podpisywać tego formularza, jeśli dana osoba **nie** miała możliwości wyboru dostawcy usług zdrowotnych w chwili ich uzyskania. Dotyczy to np. sytuacji, gdy lekarz został Ci przydzielony bez możliwości wprowadzenia zmiany.

Przed podjęciem decyzji o podpisaniu tego formularza możesz skontaktować się ze swoją organizacją opieki zdrowotnej w celu znalezienia świadczeniodawcy lub placówki należących do sieci. W przypadku braku takiego świadczeniodawcy lub takiej placówki Twoja organizacja opieki zdrowotnej może przygotować umowę z tym lub innym świadczeniodawcą czy też z tą lub inną placówką.

Na następnej stronie możesz zapoznać się z szacunkowym kosztem.

Szacunkowa kwota, jaką możesz zapłacić

Imię i nazwisko pacjenta: _____

Nazwa świadczeniodawcy(-ów) lub placówki spoza sieci: _____

Łączny szacowany koszt, który możesz ponieść:	
--	--

- ▶ **Przejrzyj szczegółowe oszacowanie.** Na stronie 4 znajdziesz szacowany koszt każdego produktu lub każdej usługi, z których będziesz korzystać.
- ▶ **Zadzwoń do swojej organizacji opieki zdrowotnej.** Twoja organizacja może mieć lepsze informacje na temat kwoty, o której zapłatę możesz zostać poproszony(-a). Możesz także zapytać o zakres Twojego planu i możliwości wyboru świadczeniodawcy.
- ▶ **Masz pytania dotyczące tego powiadomienia i oszacowania?** Zadzwoń do działu doradztwa finansowego pod numer 800-423-0523 i naciśnij 4, aby poznać oszacowania.
- ▶ **Masz pytania dotyczące Twoich praw?** Zadzwoń do organizacji Centers for Medicare and Medicaid Services (CMS) pod numer 1-800-985-3059.

Wcześniejsza zgoda lub inne ograniczenia dotyczące zarządzania opieką

Z wyjątkiem nagłych przypadków Twoja organizacja opieki zdrowotnej może w odniesieniu do niektórych produktów i usług wymagać wcześniejszej zgody (lub nakładać inne ograniczenia). Oznacza to, że przed skorzystaniem z danego produktu lub usługi możesz potrzebować potwierdzenia Twojej organizacji opieki zdrowotnej, że pokrywa ich koszty. Jeśli jest wymagana wcześniejsza zgoda, zapytaj swoją organizację opieki zdrowotnej, jakie informacje są niezbędne do objęcia ochroną ubezpieczeniową.

Zrozumienie dostępnych opcji

Produkty lub usługi opisane w tym powiadomieniu możesz uzyskać także od tych świadczeniodawców, którzy należą do sieci Twojej organizacji opieki zdrowotnej:

Więcej informacji o Twoich prawach i środkach ochrony

Odwiedź [stronę internetową], aby uzyskać więcej informacji na temat Twoich praw wynikających z prawa federalnego.

Składając podpis, rezygnuję z moich federalnych środków ochrony konsumentów i zgadzam się płacić więcej za opiekę poza siecią.

Składając podpis, oświadczam, że zgadzam się korzystać z produktów lub usług (wybrać wszystkie opcje, które mają zastosowanie):

[imię i nazwisko lekarza lub świadczeniodawcy] [Jeśli zgoda dotyczy wielu lekarzy lub świadczeniodawców, udostępnić osobne pole wyboru dla każdego lekarza lub świadczeniodawcy]

[nazwa placówki]

Składając podpis, potwierdzam, że wyrażam zgodę z własnej woli, a nie pod przymusem lub naciskiem. Rozumiem również, że:

- Rezygnuję z części środków ochrony rozliczeń konsumenckich wynikających z prawa federalnego.
- Mogę otrzymać rachunek za pełne opłaty za te produkty i usługi lub być zmuszony(-a) do zapłaty swojego udziału w kosztach poza siecią w ramach mojej organizacji opieki zdrowotnej.
- W dniu [wprowadzić datę powiadomienia] otrzymałem(-am) pisemne powiadomienie z wyjaśnieniem, że mój świadczeniodawca lub moja placówka nie należą do sieci mojej organizacji opieki zdrowotnej, a także informacje o szacowanym koszcie usług i kwocie, która może zostać mi naliczona, jeśli zgodzę się na leczenie przez tego świadczeniodawcę lub tę placówkę.
- Otrzymałem(-am) powiadomienie w wersji papierowej lub elektronicznej zgodnie z moim wyborem.
- W pełni i całkowicie rozumiem, że niektóre lub wszystkie kwoty, które płacę, mogą nie zostać wliczone na poczet udziału własnego lub limitu wydatków osobistych mojej organizacji opieki zdrowotnej.
- Mogę rozwiązać niniejszą umowę, powiadamiając świadczeniodawcę lub placówkę na piśmie przed skorzystaniem z usług.

WAŻNE: nie musisz podpisywać tego formularza. Jeśli jednak tego nie zrobisz, ten świadczeniodawca lub ta placówka mogą odmówić leczenia. Możesz zdecydować się na skorzystanie z opieki świadczeniodawcy lub placówki z sieci swojej organizacji opieki zdrowotnej.

_____ lub _____
podpis pacjenta podpis opiekuna/upoważnionego przedstawiciela

_____ Imię i nazwisko opiekuna/upoważnionego
Imię i nazwisko pacjenta drukowanymi literami przedstawiciela drukowanymi literami

_____ Data i godzina podpisania

_____ Data i godzina podpisania

Zrób zdjęcie i/lub zachowaj kopię tego formularza.

Zawiera on ważne informacje na temat przysługujących Ci praw i środków ochrony.

Więcej szczegółów na temat oszacowania

Imię i nazwisko pacjenta:

Nazwa świadczeniodawcy(-ów) lub placówki spoza sieci:

Poniższa kwota jest jedynie szacunkowa; nie jest to oferta ani umowa o świadczenie usług. To oszacowanie pokazuje pełne szacunkowe koszty wymienionych towarów lub usług. Nie zawiera żadnych informacji o tym, co może pokrywać Twoja organizacja opieki zdrowotnej. Oznacza to, że **ostateczny koszt usług może różnić się od tego oszacowania.**

Skontaktuj się ze swoją organizacją opieki zdrowotnej, aby dowiedzieć się, ile ewentualnie zapłaci Twoja organizacja, i ile możesz zapłacić.

Data usługi	Kod usługi	Opis	Szacowana kwota do rozliczenia
Całkowite oszacowanie ewentualnych należnych opłat:			