깜짝 청구 보호 양식

본 문서의 목적은 예상치 못한 의료비 청구서로부터 귀하를 보호하는 방법에 대해 알려드리기 위한 것입니다. 또한 이러한 보호 사항을 포기하고 네트워크 외 진료에 대해 더 많은 비용을 지불할 것인지도 묻습니다.

중요사항: 본 양식에 서명할 필요는 없으며, 진료를 받을 때 의료 서비스 제공자를 선택하지 않았다면 서명하지 마십시오. 귀하의 건강 플랜 네트워크에 속한 의료 서비스 제공자 또는 시설로부터 치료를 받을 수 있으며 비용이 적게 들 수 있습니다.

본 문서에 대한 도움이 필요할 경우 의료 서비스 제공자나 환자 변호인에게 문의하십시오. 기록을 위해

본 통지를 받게 된 이유는 본 의료 서비스 제공자 또는 시설이 귀하의 건강 플랜 네트워크에 속해 있지 않기 때문입니다. 즉, 의료 서비스 제공자 또는 시설이 귀하의 플랜과 계약을 맺지 않았다는 의미입니다.

본 의료 서비스 제공자나 시설에서 치료를 받으려면 더 많은 비용이 들 수 있습니다.

귀하의 플랜이 귀하가 받고 있는 항목 또는 서비스를 보장하는 경우 다음 상황 발생 시 연방법에 따라 고액 청구를 받지 않습니다.

- 네트워크 외 의료 서비스 제공자 및 시설로부터 응급 치료를 받을 경우, 또는
- 네트워크 외 의료 서비스 제공자가 귀하가 모르거나 동의하지 않은 상태에서 네트워크 내 병원 또는 외래 수술 센터에서 귀하를 치료하는 경우

이러한 보호 조치가 귀하에게 적용되는지 알고자 하는 경우 의료 서비스 제공자 또는 환자 변호인에게 문의하십시오.

본 양식에 서명하면 다음과 같은 이유로 더 많은 비용을 지불해야 할 수 있습니다.

- 법에 따른 보호 사항을 포기하고 있다.
- 치료 받은 항목과 서비스로 청구된 전체 비용을 지불해야 할 수 있다.
- 건강 플랜은 귀하의 공제액과 본인 부담 한도액을 계산하지 않을 수도 있다. 자세한 내용은 건강 플랜에 문의하십시오.

진료를 받을 때 의료 서비스 제공자를 선택할 권한이 **없다면** 본 양식에 서명하지 **마십시오** . 예를 들어, 의사가 배정되었지만 변경할 기회가 없었던 경우가 이에 해당합니다.

본 양식에 서명할지 여부를 결정하기 전에 건강 플랜에 연락하면 네트워크 내 제공자 또는 시설을 찾을 수 있습니다. 해당 되는 곳이 없다면 귀하의 건강 플랜은 이 의료 서비스 제공자 또는 시설

또는 다른 곳과 계약을 체결할 수 있습니다.

예상 비용은 다음 페이지를 참조하십시오.

지불할 수 있는 추정 금액

환자명: _____

네트워크 외 의료 서비스 제공자 또는 시설명: _____

_____

지불 요청을 받을 수 있는 총 추정 금액:	

► 자세한 추정 금액을 검토하십시오. 귀하가 받게 될 각 항목 또는 서비스에 대한 예상 비용은 4페이지를 참조하십시오.

► 건강 플랜에 전화하십시오. 귀하의 플랜에는 귀하가 지불 요청을 받게 될 금액에 대해 더 나은 정보가 있을 수 있습니다. 또한 플랜과 의료 서비스 제공자 옵션에 따라 보장되는 사항에 대해 문의할 수 있습니다.

► 이 통지 및 견적에 대해 질문이 있습니까? 재정 상담 800-423-0523으로 전화하고 4번을 눌러 예상 비용을 알아보세요.

► 귀하의 권리에 대해 질문이 있습니까? 메디케어 및 메디케이드 서비스 센터(CMS)에 1-800-985-3059로 전화하십시오.

사전 승인 또는 기타 치료 관리 제한

응급 상황을 제외하고, 귀하의 건강 플랜은 특정 항목 및 서비스에 대해 사전 승인(또는 기타 제한)을 요구할 수 있습니다. 즉, 어떤 항목이나 서비스를 받기 전에 플랜에서 이를 보장한다는 승인을 플랜에서 받을 필요가 생길 수 있습니다. 사전 승인이 필요한 경우 보장을 받는데 어떤 정보가 필요한지에 대해 건강 플랜에 문의하십시오.

옵션 이해하기

또한 귀하의 건강 플랜과 네트워크 내에 속한 다음 의료 서비스 제공자로부터 본 통지서에 기술된 항목 또는 서비스를 받을 수도 있습니다.

귀하의 권리 및 보호에 대한 상세 정보

연방법에 따른 귀하의 권리에 대한 자세한 내용을 보려면 [웹사이트]를 방문하십시오.

본인은 서명을 함으로써 연방 소비자 보호를 포기하고 네트워크 외 치료에 대해 더 많은 비용을 지불하는 데 동의합니다.

본인은 서명을 함으로써 다음에서 항목 또는 의료 서비스를 받는 데 동의합니다(해당되는 항목 모두 선택).

☐ [의사 또는 의료 서비스 제공자의 이름] [*여러 의사 또는 의료 서비스 제공자에 대한 동의인 경우 각 의사 또는 의료 서비스 제공자에 대해 별도의 확인란을 제공합니다*]

☐ [*시설명*]

본인은 서명을 함으로써 본인의 자유 의지에 따라 동의하며 강요 또는 압력을 받지 않았음을 인정합니다. 또한 다음 사항을 이해합니다.

- 저는 연방법에 따른 일부 소비자 청구 보호를 포기합니다.
- 저는 이러한 항목 및 서비스에 대한 전체 비용 청구서를 받거나 제 건강 플랜에 따라 네트워크 외 비용 분담금을 지불해야 할 수 있습니다.
- 본인은 의료 서비스 제공자 또는 시설이 본인의 건강 플랜 네트워크 소속이 아니며, 예상 진료 비용, 그리고 이 의료 서비스 제공자 또는 시설에서 진료받기로 동의한 경우 내야 할 금액을 담은 서면 통지서를 [*통지 날짜 입력*]에 받았습니다.
- 본인은 본인의 선택에 따라 서면이나 전자적으로 통지를 받았습니다.
- 본인은 본인이 지불하는 금액의 일부 또는 전체가 본인의 건강 플랜의 공제액 또는 본인 부담 한도액에 포함되지 않을 수 있음을 완전히 이해합니다.
- 본인은 의료 서비스를 받기 전에 의료 서비스 제공자나 시설에 서면으로 통지함으로써 이 계약을 종료할 수 있습니다.

중요사항: 이 양식에 서명할 필요는 **없습니다**. 그러나 서명하지 않으면 이 의료 서비스 제공자 또는 시설에서 귀하를 치료하지 않을 수 있습니다. 귀하는 건강 플랜 네트워크 소속 의료 서비스 제공자나 시설에서 진료를 받도록 선택할 수 있습니다.

_____ 또는

_____ 환자 서명

보호자/권한 대리인 서명

_____ _____

환자명 정자체 보호자/권한 대리인 이름 정자체

서명 날짜 및 시간 서명 날짜 및 시간

사진을 찍고 또는 본 양식의 사본을 보관하십시오.

여기에는 귀하의 권리와 보호에 대한 중요한 정보가 포함되어 있습니다.

귀하의 추정 비용에 대한 자세한 내용

환자명:

네트워크 외 의료 서비스 제공자 또는 시설명:

아래 금액은 추정치일 뿐입니다. 서비스에 대한 제안이나 계약이 아닙니다. 이 추정치는 나열된 항목 또는 서비스의 전체 예상 비용을 보여줍니다. 귀하의 건강 플랜이 보장할 수 있는 사항에 대한 정보는 포함되어 있지 않습니다. 이는 **서비스의 최종 비용이 이 추정치와 다를 수 있음을 의미합니다**.

귀하의 건강플랜에 연락하여 보험료가 얼마인지, 있다면 얼마를 지불해야 하는지 알아보십시오.

서비스 날짜	서비스 코드	설명	청구될 예상 금액

지불 가능 총 예상 금액			