

اس دستاویز کا مقصد غیر متوقع طبی بلوں سے آپ کا تحفظ کرنے کے بارے میں آپ کو بتانا ہے۔ یہ اس بارے میں بھی پوچھتا ہے کہ آیا آپ ان تحفظ سے دستبردار ہونا چاہتے ہیں اور نیٹ ورک سے باہر کی نگہداشت کے لیے زیادہ ادائیگی کرنا چاہتے ہیں۔

اہم بات: آپ کو اس فارم پر دستخط کرنے کی ضرورت نہیں ہے اور اگر نگہداشت حاصل کرتے وقت آپ کے پاس نگہداشت صحت کے فراہم کنندہ کا اختیار موجود نہیں ہے تو اس پر دستخط نہیں کرنا چاہیے۔ آپ اپنے ہیلتھ پلان کے نیٹ ورک کے اندر فراہم کنندہ یا فیسیلٹی سے نگہداشت حاصل کرنے کا انتخاب کر سکتے ہیں، اس میں آپ پر کم لاگت آسکتی ہے۔

اگر آپ کو ان دستاویز میں اعانت چاہیے، تو اپنے فراہم کنندہ یا مریض کے مددگار سے پوچھیں۔ اپنے ریکارڈ کے لیے اس فارم کی تصویر لیں اور/یا ایک کاپی رکھیں۔

آپ کو یہ نوٹس اس لیے مل رہا ہے کہ یہ فراہم کنندہ یا فیسیلٹی آپ کے ہیلتھ پلان کے نیٹ ورک میں نہیں ہے۔ اس کا مطلب یہ ہے کہ فراہم کنندہ یا فیسیلٹی کا آپ کے پلان کے ساتھ معاہدہ نہیں ہے۔

اس فراہم کنندہ یا فیسیلٹی سے نگہداشت حاصل کرنے پر آپ پر زیادہ لاگت آسکتی ہے۔

اگر آپ کا پلان ایسی چیز یا خدمت کا احاطہ کرتا ہے جو آپ حاصل کر رہے ہیں تو، وفاقی قانون بہت زیادہ بلوں سے آپ کی حفاظت کرتا ہے:

- جب آپ نیٹ ورک سے باہر کے فراہم کنندگان اور فیسیلٹیز سے ہنگامی نگہداشت حاصل کرتے ہیں، یا
- جب نیٹ ورک سے باہر کا فراہم کنندہ آپ کا نیٹ ورک کے اندر کے ہسپتال میں یا ایمبولیٹری سرجیکل سینٹر میں آپ کے علم یا رضامندی کے بغیر علاج کرتا ہے۔

اگر آپ کو یہ معلوم کرنے میں مدد کی ضرورت ہے کہ آیا ان تحفظ کا اطلاق آپ پر ہوتا ہے تو، اپنے نگہداشت صحت فراہم کنندہ یا مریض کے مددگار سے پوچھیں۔

اگر آپ اس فارم پر دستخط کرتے ہیں تو، آپ کو زیادہ ادائیگی کرنی پڑسکتی ہے کیونکہ:

- آپ قانون کے تحت اپنے تحفظ سے دستبردار ہو رہے ہیں۔
- آپ کو حاصل ہونے والی چیزوں اور خدمات کے لیے بلوں کی پوری لاگت کی ادائیگی کرنی پڑسکتی ہے۔
- آپ کے ہیلتھ پلان میں ان میں سے کوئی رقم شامل نہیں ہو سکتی ہے جو آپ کٹوتی اور فاضل اخراجات کی حد سے زیادہ ادا کرتے ہیں۔ مزید معلومات کے لیے اپنے ہیلتھ پلان سے رابطہ کریں۔

آپ کو اس فارم پر دستخط نہیں کرنا چاہیے اگر آپ کے پاس نگہداشت حاصل کرتے وقت فراہم کنندگان سے متعلق اختیار موجود نہ ہو۔ مثال کے طور پر، اگر آپ کو تبدیلی کا موقع فراہم کیے بغیر ڈاکٹر تفویض کیا گیا تھا۔

یہ فیصلہ کرنے سے قبل کہ آیا اس فارم پر دستخط کرنا ہے یا نہیں، آپ نیٹ ورک کے اندر کے فراہم کنندہ یا فیسیلٹی تلاش کرنے کے لیے اپنے ہیلتھ پلان سے رابطہ کر سکتے ہیں۔ اگر یہ موجود نہیں ہے تو، آپ کا ہیلتھ پلان اس فراہم کنندہ یا فیسیلٹی، یا کسی اور سے معاہدہ کر سکتا ہے۔

اپنی لاگت کے تخمینہ کے لیے اگلا صفحہ دیکھیں۔

اس کا تخمینہ کہ آپ کتنی ادائیگی کر سکتے ہیں

مریض کا نام:

نیٹ ورک سے باہر کا/ کے فراہم کنندہ (کنندگان) یا فیسٹیٹی کا نام:

آپ سے جتنی ادائیگی کرنے کو کہا جا سکتا ہے اس کی کل لاگت کا تخمینہ:

▶ اپنے تفصیلی تخمینہ کا جائزہ لیں۔ آپ کو حاصل ہونے والی ہر ایک چیز یا خدمت کے لیے لاگت کے تخمینہ کے واسطے صفحہ 4 دیکھیں۔

- ▶ اپنے ہیلتھ پلان کو کال کریں۔ آپ سے کتنی ادائیگی کرنے کو کہا جائے گا اس بارے میں آپ کے پلان کے پاس بہتر معلومات ہو سکتی ہیں۔ آپ اپنے پلان کے تحت احاطہ شدہ چیز اور اپنے فراہم کنندہ سے متعلق اختیارات کے بارے میں بھی پوچھ سکتے ہیں۔
- ▶ اس نوٹس اور تخمینہ کے بارے میں سوالات ہیں؟ مالی مشاورت کو 800-423-0523 پر کال کریں اور تخمینہ کے لیے 4 دبائیں۔
- ▶ اپنے حقوق کے بارے میں سوالات ہیں؟ مراکز برائے میڈیکل اور میڈیکل کی خدمات (CMS) کو 1-800-985-3059 پر کال کریں۔

پیشگی اجازت یا نگہداشت کے نظم و نسق کی دیگر تحدیدات

ہنگامی صورتحال کے علاوہ، آپ کے ہیلتھ پلان کو کچھ مخصوص چیزوں اور خدمات کے لیے پیشگی اجازت (یا دیگر تحدیدات) کی ضرورت ہو سکتی ہے۔ اس کا مطلب یہ ہے کہ آپ کو اس بابت پلان کی منظوری کی ضرورت ہو سکتی ہے کہ آیا وہ اس چیز یا خدمت کا احاطہ کرے گا یا نہیں۔ اگر پیشگی اجازت کی ضرورت ہے تو، اپنے ہیلتھ پلان سے اس بارے میں پوچھیں کہ احاطہ حاصل کرنے کے لیے کون سی معلومات ضروری ہیں۔

اپنے اختیارات کو سمجھنا

آپ اپنے ہیلتھ پلان کے ساتھ نیٹ ورک کے اندر موجود ان فراہم کنندگان سے اس نوٹس میں وضاحت کردہ چیزیں یا خدمات بھی حاصل کر سکتے ہیں۔

آپ کے حقوق اور تحفظ کے بارے میں مزید معلومات

وفاقی قانون کے تحت اپنے حقوق کے بارے میں مزید معلومات کے لیے [ویب سائٹ] ملاحظہ کریں۔

دستخط کر کے، میں اپنے وفاقی صارفین کے تحفظ سے دستبردار ہوتا ہوں اور نیٹ ورک سے باہر کی نگہداشت کے لیے زیادہ ادائیگی کرنے پر متفق ہوں۔

اپنے دستخط کے ساتھ، میں یہ کہتا ہوں کہ میں درج ذیل سے چیزیں یا خدمات حاصل کرنے پر متفق ہوں (ان سبھی کو منتخب کریں جن کا اطلاق ہوتا ہے):

[ڈاکٹر یا فراہم کنندہ کا نام] اگر رضامندی متعدد ڈاکٹروں یا فراہم کنندگان کے لیے ہے تو، ہر ایک ڈاکٹر یا فراہم کنندہ کے لیے علیحدہ چیک باکس فراہم کریں]

[فیسیلیٹی کا نام]

اپنے دستخط کے ساتھ، میں تسلیم کرتا/کرتی ہوں کہ میں اپنی آزادانہ مرضی سے رضامندی دے رہا/رہی ہوں اور مجھے مجبور نہیں کیا گیا یا مجھ پر دباؤ نہیں ڈالا گیا ہے۔ میں یہ بھی سمجھتا/سمجھتی ہوں کہ:

- میں وفاقی قانون کے تحت کچھ صارف کی بلنگ سے متعلق تحفظ سے دستبردار ہو رہا/رہی ہوں۔
- مجھے ان چیزوں اور خدمات کے لیے پورے چارجز والے بل مل سکتے ہیں، یا مجھے اپنے ہیلتھ پلان کے تحت نیٹ ورک سے باہر لاگت میں حصہ داری کی ادائیگی کرنی پڑسکتی ہے۔
- مجھے [نوٹس کی تاریخ درج کریں] کو تحریری نوٹس دیا گیا تھا جس میں اس بات کی وضاحت کی گئی تھی کہ میرا فراہم کنندہ یا فیسیلیٹی میرے ہیلتھ پلان کے نیٹ ورک میں نہیں ہے، خدمات کی تخمینہ لاگت، اور اگر اس فراہم کنندہ یا فیسیلیٹی نے علاج کیا تو مجھے کتنی ادائیگی کرنی پڑسکتی ہے۔
- مجھے اپنی پسند کے مطابق، کاغذی یا الیکٹرانک طور پر نوٹس ملا۔
- میں پوری طرح اور مکمل طور پر سمجھتا/سمجھتی ہوں کہ میرے ذریعہ ادا کی جانے والی کچھ یا سبھی رقوم کو میرے ہیلتھ پلان کی کٹوتی یا فاضل اخراجات کی حد میں شامل نہیں کیا جائے گا۔
- میں خدمات حاصل کرنے سے قبل تحریری طور پر فراہم کنندہ یا فیسیلیٹی کو مطلع کر کے اس معاہدہ کو ختم کر سکتا/سکتی ہوں۔

اہم بات: آپ کو اس فارم پر دستخط کرنا ضروری نہیں ہے۔ لیکن اگر آپ دستخط نہیں کرتے/کرتی ہیں تو، یہ فراہم کنندہ یا فیسیلیٹی آپ کا علاج نہیں کر سکتا ہے۔ آپ اپنے ہیلتھ پلان کے نیٹ ورک میں موجود فراہم کنندہ یا فیسیلیٹی سے نگہداشت حاصل کرنے کا انتخاب کر سکتے/سکتی ہیں۔

مریض کے دستخط _____ یا _____
سرپرست/مجاز نمائندہ کے دستخط

جلی حروف میں مریض کا نام _____ جلی حروف میں سرپرست/مجاز نمائندہ کا نام

دستخط کی تاریخ اور وقت _____ دستخط کی تاریخ اور وقت

اس فارم کی تصویر لیں اور/یا ایک کاپی رکھیں۔

اس میں آپ کے حقوق اور تحفظ کے بارے میں اہم معلومات شامل ہیں۔

