

आश्चर्य बिलिंग सुरक्षा प्रपत्र

इस दस्तावेज़ का उद्देश्य आपको अप्रत्याशित चिकित्सा बिल से अपनी सुरक्षा के बारे में बताना है। ये यह भी पूछता है कि क्या आप उन सुरक्षा को छोड़ना चाहते हैं और आउट-ऑफ-नेटवर्क देखभाल के लिए अधिक भुगतान करना चाहते हैं।

महत्वपूर्ण: आपको इस प्रपत्र पर हस्ताक्षर करने की आवश्यकता नहीं है और यदि आपके पास देखभाल प्राप्त होने पर स्वास्थ्य देखभाल प्रदाता का विकल्प नहीं था तो आपको इस पर हस्ताक्षर नहीं करने चाहिए। आप अपने स्वास्थ्य योजना के नेटवर्क में किसी प्रदाता या सुविधा से देखभाल प्राप्त करना चुन सकते हैं, जो हो सकता है आपके लिए सस्ता पड़े।

यदि आप इस दस्तावेज़ से सहायता चाहते हैं, तो अपने प्रदाता या रोगी वकील से पूछें। एक तस्वीर लें और/या अपने रिकॉर्ड के लिए इस प्रपत्र की एक प्रति रखें।

आपको यह सूचना मिल रहा है क्योंकि यह प्रदाता या सुविधा आपके स्वास्थ्य योजना के नेटवर्क में मौजूद नहीं है। इसका मतलब है कि प्रदाता या सुविधा का आपकी योजना के साथ कोई समझौता नहीं है।

इस प्रदाता या सुविधा से देखभाल प्राप्त करना आपको अधिक खर्चा करना पड़ सकता है।

यदि आपकी योजना में आपको मिलने वाली वस्तु या सेवा शामिल है, तो संघीय कानून आपको उच्च बिलों से बचाता है:

- जब आपको नेटवर्क से बाहर के प्रदाताओं और सुविधाओं से आपातकालीन देखभाल मिलती है, या
- जब कोई नेटवर्क से बाहर के प्रदाता आपकी जानकारी या सहमति के बिना नेटवर्क वाले अस्पताल या एम्बुलेटरी सर्जिकल सेंटर में आपका इलाज करता है।

अपने स्वास्थ्य देखभाल प्रदाता या रोगी वकील से पूछें कि क्या आपको यह जानने में सहायता की आवश्यकता है कि क्या ये सुरक्षा आप पर लागू होती है।

यदि आप इस प्रपत्र पर हस्ताक्षर करते हैं, तो आपको अधिक भुगतान करना पड़ सकता है क्योंकि:

- आप कानून के तहत अपनी सुरक्षा त्याग रहे हैं।
- आपको प्राप्त वस्तुओं और सेवाओं के लिए बिल की पूरी लागत देनी पड़ सकती है।
- हो सकता है कि आपकी स्वास्थ्य योजना आपकी कटौती योग्य और जेब से बाहर की सीमा के लिए आपके द्वारा भुगतान की जाने वाली किसी भी राशि की गणना न करे। अधिक जानकारी के लिए अपनी स्वास्थ्य योजना से संपर्क करें।

आपको इस प्रपत्र पर हस्ताक्षर **नहीं करनी चाहिए** यदि आपके पास देखभाल प्राप्त करते समय प्रदाताओं का विकल्प नहीं था। उदाहरण के लिए, यदि कोई चिकित्सक आपके लिए नियुक्त किया गया था, जिसमें बदलाव करने का कोई विकल्प नहीं था।

इस प्रपत्र पर हस्ताक्षर करने का निर्णय लेने से पहले, आप एक नेटवर्क वाले प्रदाता या सुविधा खोजने के लिए अपनी स्वास्थ्य योजना से संपर्क कर सकते हैं। यदि कोई नहीं है, तो आपकी स्वास्थ्य योजना इस प्रदाता या सुविधा या किसी अन्य के साथ एक समझौता कर सकती है।

अपने लागत अनुमान के लिए अगला पृष्ठ देखें।

आप जो भुगतान कर सकते हैं उसका अनुमान लगाएं

रोगी का नाम: _____

नेटवर्क से बाहर प्रदाता(ओं) या सुविधा का नाम: _____

आपसे जो भुगतान करने के लिए कहा जा सकता है, उसका कुल लागत	
--	--

- ▶ अपने विस्तृत अनुमान की समीक्षा करें। आपको मिलने वाली प्रत्येक वस्तु या सेवा के लिए लागत अनुमान के लिए पेज 4 देखें।
- ▶ अपनी स्वास्थ्य योजना को कॉल करें। आपकी योजना में इस बारे में बेहतर जानकारी हो सकती है कि आपको कितना भुगतान करने के लिए कहा जाएगा। आप यह भी पूछ सकते हैं कि आपकी योजना और आपके प्रदाता विकल्पों में क्या-क्या शामिल है।
- ▶ इस सूचना और अनुमान के बारे में सवाल? वित्तीय परामर्श के लिए कॉल करे 800-423-0523 और 4 दबाये आनुमान के लिए।
- ▶ अपने अधिकारों के बारे में सवाल? मेडिकेयर और मेडिकेड सेवाएं (CMS) केंद्र को कॉल करे 1-800-985-3059.

पूर्व प्राधिकरण या अन्य दखभाल प्रबंधन सीमाएं

किसी आपात स्थिति को छोड़कर, आपकी स्वास्थ्य योजना को कुछ वस्तुओं और सेवाओं के लिए पूर्व प्राधिकरण (या अन्य सीमाएं) की आवश्यकता हो सकती है। इसका मतलब है यह कि आपको अपनी योजना की मंजूरी की जरूरत हो सकती है कि यह उन्हें प्राप्त करने से पहले किसी वस्तु या सेवा को शामिल करेगा। यदि पूर्व प्राधिकरण की जरूरत है, अपनी स्वास्थ्य योजना से पूछें कि दायरा प्राप्त करने के लिए कौन सी जानकारी जरूरी है।

अपने विकल्पों को समझना

आप इस नोटिस में वर्णित वस्तुओं या सेवाओं को इन प्रदाताओं से भी प्राप्त कर सकते हैं जो आपकी स्वास्थ्य योजना के साथ नेटवर्क में हैं:

अपने अधिकारों और सुरक्षा के बारे में अधिक जानकारी

संघीय कानून के तहत अपने अधिकारों के बारे में अधिक जानकारी के लिए [वेबसाइट] पर जाएं।

हस्ताक्षर करके, मैं अपने संघीय उपभोक्ता सुरक्षा को छोड़ देता हूँ और नेटवर्क से बाहर देखभाल के लिए अधिक भुगतान करने के लिए सहमत हूँ।

अपने हस्ताक्षर के साथ, मैं कह रहा हूँ कि मैं इससे वस्तुओं या सेवाओं को प्राप्त करने के लिए सहमत हूँ (लागू होने वाले सभी का चयन करें):

- [चिकित्सक या प्रदाता का नाम] [यदि सहमति कई चिकित्सकों या प्रदाताओं के लिए है, तो प्रत्येक डॉक्टर या प्रदाता के लिए एक अलग चेक बॉक्स प्रदान करें]
- [सुविधा का नाम]

अपने हस्ताक्षर के साथ, मैं स्वीकार करता हूँ कि मैं अपनी इच्छा से सहमत हुआ हूँ और मुझे पर दबाव या मुझे मजबूर नहीं किया जा रहा है। मैं यह भी समझता हूँ कि:

- मैं संघीय कानून के तहत कुछ उपभोक्ता बिलिंग सुरक्षा त्याग रहा हूँ।
- मुझे इन वस्तुओं और सेवाओं के लिए पूर्ण शुल्क का बिल मिल सकता है या मेरी स्वास्थ्य योजना के तहत मुझे बाहर के बहार नेटवर्क का लागत-साझाकरण का भुगतान करना पड़ सकता है।
- मुझे [नोटिस की तिथि दर्ज करें] पर एक लिखित सूचना दिया गया था जिसमें बताया गया था कि मेरा प्रदाता या सुविधा मेरी स्वास्थ्य योजना के संपर्क में नहीं है, सेवाओं की अनुमानित लागत और अगर मैं इस प्रदाता या सुविधा द्वारा इलाज के लिए सहमत होता हूँ तो मुझे जो चीजें करनी होंगी।
- मुझे सूचना प्राप्त हुआ कागज पर या इलेक्ट्रॉनिक रूप में, मेरी पसंद के अनुरूप मिला।
- मैं पूरी तरह से और पूरी तरह से समझते हैं कि कुछ या सभी राशियां में भुगतान मेरे स्वास्थ्य योजना घटाया या बाहर की जेब सीमा की ओर गिनती नहीं हो सकता है।
- मैं सेवाएं प्राप्त करने से पहले प्रदाता या सुविधा को लिखित रूप में सूचित करके इस समझौते को समाप्त कर सकता हूँ।

महत्वपूर्ण: आपको इस प्रपत्र पर हस्ताक्षर करने की ज़रूरत नहीं है। लेकिन यदि आप हस्ताक्षर नहीं करते हैं, तो हो सकता है कि यह प्रदाता या सुविधा आपका इलाज न करे। आप अपनी स्वास्थ्य योजना के नेटवर्क में किसी प्रदाता या सुविधा से देखभाल प्राप्त करना चुन सकते हैं।

_____ अथवा _____	_____
माता - पिता के हस्ताक्षर	अभिभावक/अधिकृत प्रतिनिधि के हस्ताक्षर
_____	_____
रोगी की नाम का छाप	अभिभावक का नाम का छाप/अधिकृत प्रतिनिधि
_____	_____
हस्ताक्षर	का तारीख और समय हस्ताक्षर का तारीख और समय

एक तस्वीर लें और/या इस प्रपत्र की एक प्रति अपने पास रखें।

इसमें आपके अधिकारों और सुरक्षा के बारे में महत्वपूर्ण जानकारी है।

आपके अनुमान के बारे में अधिक जानकारी

रोगी का नाम:

नेटवर्क से बाहर प्रदाता(ओं) या सुविधा का नाम:

नीचे दी गई राशि केवल एक अनुमान है; यह सेवाओं के लिए एक प्रस्ताव या अनुबंध नहीं है। यह अनुमान सूचीबद्ध वस्तुओं या सेवाओं की पूर्ण अनुमानित लागत को दर्शाता है। इसमें आपकी स्वास्थ्य योजना क्या कवर हो सकती है, इस बारे में कोई जानकारी शामिल नहीं है। इसका मतलब यह है कि **सेवाओं की अंतिम लागत इस अनुमान से अलग हो सकती है**।

यह पता लगाने के लिए अपनी स्वास्थ्य योजना से संपर्क करें कि आपकी योजना कितना, यदि कोई हो, तो आपकी योजना का भुगतान होगा और आपको कितना भुगतान करना पड़ सकता है।

की तारीख सेवा	सेवा कोड	वर्णन	अनुमानित राशि बिल भेजा जाना
आप क्या देना हो सकता है की कुल अनुमान:			