

الغرض من هذه الوثيقة هو إعلامك بحمايتك من الفواتير الطبية غير المتوقعة. كما يسأل عما إذا كنت ترغب في التخلي عن هذه الحماية ودفع المزيد مقابل الرعاية خارج الشبكة.

مهم: لست ملزمًا بتوقيع هذا النموذج ويجب عليك ألا توقعه إذا لم يعطك مقدم رعايتك الصحية الخيار أثناء تقديم الرعاية لك. يمكنك اختيار الحصول على الرعاية من مزود أو مرفق في شبكة خطتك الصحية، والتي قد تكلفك أقل. إذا كنت ترغب في تلقي المساعدة في إكمال هذا المستند، فاطلبها من مقدم الخدمة أو أحد ممثلي المريض. التقط صورة، أو احتفظ بنسخة من هذا النموذج لسجلاتك، أو كليهما.

أنت تتلقى هذا الإشعار لأن مقدم الرعاية أو المنشأة هذا ليس في شبكة خطتك الصحية. وهذا يعني أن مقدم الرعاية أو المنشأة لم يوافق على خطتك.

قد يكلفك الحصول على الرعاية من مقدم الرعاية هذا أو تلك المنشأة المزيد من المال.

- إذا كانت خطتك تشمل البند أو الخدمة التي تتلقاها، فإن القانون الفيدرالي يحميك من تلقي فواتير باهظة:
- عندما تحصل على الرعاية الطارئة من مقدمي الخدمات والمرافق خارج الشبكة، أو
 - عندما يقوم مقدم رعاية من خارج الشبكة بمعالجتك في مستشفى داخل الشبكة أو مركز جراحي متنقل دون علمك أو موافقتك.

اسأل مقدم الرعاية الصحية أو ممثل المريض عما إذا كنت بحاجة إلى مساعدة لمعرفة ما إذا كانت هذه الحماية تنطبق عليك.

- إذا قمت بتوقيع هذا النموذج، فقد تدفع أكثر بسبب:
- أنت تتخلى عن حمايتك بموجب القانون.
 - قد تكون مدينًا بالتكاليف الكاملة التي تمت فوترتها للأصناف والخدمات المستلمة.
 - قد لا تحسب خطتك الصحية أيًا من المبلغ الذي تدفعه مقابل الحد القابل للخصم والمخصوم من جيبك. اتصل بخطتك الصحية للحصول على مزيد من المعلومات.

لا يجب عليك توقيع هذا النموذج إذا لم يعطك مقدمو الرعاية الصحية خيارًا عند تلقي الرعاية. على سبيل المثال، إذا تم تعيين طبيب لك دون أي فرصة لإجراء تغيير.

قبل اتخاذ قرار بشأن التوقيع على هذا النموذج، يمكنك الاتصال بخطتك الصحية للعثور على مقدم رعاية أو مرفق داخل الشبكة. إذا لم يكن هناك واحد متوفر، فقد تعمل خطتك الصحية على التوصل إلى اتفاق مع هذا المزود أو المرفق، أو مرفق آخر.

راجع الصفحة التالية لتقدير التكلفة.

تقدير ما يمكن أن تدفعه

اسم المريض: _____

اسم مقدم (مقدمي) الرعاية أو اسم المنشأة خارج الشبكة: _____

تقدير التكلفة الإجمالية لما قد يطلب منك دفعه:

- ▶ راجع تقديرك المفصل. راجع الصفحة 4 للحصول على تقدير التكلفة لكل بند أو خدمة ستحصل عليها.
- ▶ اتصل بخطتك الصحية. قد تحتوي خطتك على معلومات أفضل حول المبلغ الذي سيطلب منك دفعه. يمكنك أيضًا السؤال عما يتم تغطيته في خطتك وخيارات مقدم الرعاية.
- ▶ هل لديك أسئلة بخصوص هذا الإشعار والتقدير؟ اتصل على المشورة المالية على الرقم 800-423-0523 واضغط 4 للحصول على التقديرات.
- ▶ هل لديك أسئلة بخصوص حقوقك؟ اتصل على مراكز الرعاية الطبية وخدمات الرعاية الطبية (CMS) على الرقم 1-800-985-3059.

التفويض المسبق أو قيود إدارة الرعاية الأخرى

باستثناء حالات الطوارئ، قد تتطلب خطتك الصحية تفويضًا مسبقًا (أو قيودًا أخرى) لبعض البنود والخدمات. ويعني ذلك أنك قد تحتاج إلى موافقة مسؤولي خطتك على أنها ستغطي بندًا أو خدمة قبل الحصول عليها. إذا كانت هناك حاجة إلى إذن مسبق، فاسأل مسؤولي خطتك الصحية عن المعلومات اللازمة للحصول على التغطية.]

فهم خياراتك

يمكنك أيضًا الحصول على البنود أو الخدمات الموضحة في هذا الإشعار من مقدمي الرعاية الموجودين على الشبكة مع خطتك الصحية:

مزيد من المعلومات حول حقوقك وحمايتك

قم بزيارة [موقع الويب] لمزيد من المعلومات حول حقوقك بموجب القانون الاتحادي.

بالتوقيع هنا، أنا أتخلى عن حماية المستهلك الاتحادية وأوافق على دفع المزيد للرعاية خارج الشبكة.

بالتوقيع هنا، أنا أقول إنني أوافق على الحصول على البنود أو الخدمات من (حدد كل ما ينطبق) :

[اسم الطبيب أو مقدم الخدمة] [إذا كانت الموافقة لأطباء أو مقدمي خدمات متعددين، فوفر خانة اختيار منفصلة لكل طبيب أو مقدم خدمات]

[اسم المرفق]

بالتوقيع هنا، أقرُّ بأنني أوافق بمحض إرادتي ولا أتعرض للإكراه أو الضغط. كما أنني أدرك التالي:

- أنا أتخلى عن بعض حماية فواتير المستهلك بموجب القانون الفيدرالي.
- قد أحصل على فاتورة للرسوم الكاملة لهذه البنود والخدمات، أو سأكون مطالبًا بدفع مشاركة التكاليف خارج الشبكة بموجب خطتي الصحية.
- حصلت على إشعار مكتوب على [دخال تاريخ الإشعار] يوضح أن مقدم الرعاية أو المنشأة ليسا في شبكة خطتي الصحية، والتكلفة المقدرة للخدمات، وما قد أدين به إذا وافقت على أن يتم التعامل معي من قبل مقدم الرعاية أو المرفق ذاك.
- حصلت على الإشعار إما على الورق أو إلكترونياً، بما يتفق مع اختياري.
- أنا أفهم تمامًا وبشكل كامل أن بعض أو كل المبالغ التي أدفعها قد لا تحسب في حد خطتي الصحية القابل للخصم أو الذي أدفعه من جيبِي.
- يمكنني إنهاء هذه الاتفاقية عن طريق إخطار مقدم الخدمة أو المرفق كتابيًا قبل الحصول على الخدمات.

مهم: أنت لست ملزمًا بالتوقيع على هذا النموذج. ولكن إذا لم توقع، فقد لا تتلقى العلاج من مقدم الرعاية الصحية ذاك أو هذه المنشأة. يمكنك اختيار الحصول على الرعاية من مقدم الرعاية أو مرفق في شبكة خطتك الصحية، وهو ما قد يكلفك أقل.

توقيع المريض _____ أو _____
توقيع الوصي/الممثل المعتمد

طباعة اسم المريض _____ طباعة اسم الوصي / الممثل المصرح به _____

تاريخ ووقت التوقيع _____ تاريخ ووقت التوقيع _____

التقط صورة، أو احتفظ بنسخة من هذا النموذج لسجلاتك، أو كليهما.

يحتوي على معلومات هامة حول حقوقك وحمايتك.

