

## Έντυπο προστασίας από απρόσμενες χρεώσεις

Σκοπός αυτού του εγγράφου είναι να σας ενημερώσει για την προστασία σας από απρόσμενα ιατρικά έξοδα. Επιπλέον, διερευνά κατά πόσο θέλετε να παραιτηθείτε από αυτήν την προστασία και να πληρώσετε περισσότερα χρήματα για περίθαλψη σε μη συμβεβλημένους φορείς.

**ΣΗΜΑΝΤΙΚΟ:** Δεν είστε υποχρεωμένοι να υπογράψετε αυτό το έντυπο και δεν θα πρέπει να το υπογράψετε, εάν δεν σας δόθηκε η επιλογή παρόχου κατά τη στιγμή της περίθαλψης. Μπορείτε να επιλέξετε την περίθαλψη από συμβεβλημένο πάροχο ή φορέα του προγράμματος υγείας σας, που μπορεί να κοστίζει λιγότερο.

Αν θέλετε βοήθεια με αυτό το έγγραφο, ρωτήστε τον πάροχο ή τον ιατρικό σας σύμβουλο. Τραβήξτε μια

---

Λαμβάνετε αυτήν την ειδοποίηση επειδή αυτός ο πάροχος ή φορέας δεν είναι συμβεβλημένος με το δίκτυο του προγράμματος υγείας σας. Αυτό σημαίνει ότι ο πάροχος ή φορέας δεν έχει συνάψει συμφωνία με το πρόγραμμά σας.

**Εάν η περίθαλψή σας προέλθει από αυτόν τον πάροχο ή φορέα, μπορεί να σας κοστίζει περισσότερο.**

Εάν το πρόγραμμά σας καλύπτει το προϊόν ή την υπηρεσία που λαμβάνετε, η εθνική νομοθεσία σας προστατεύει από μεγαλύτερα έξοδα:

- Όταν λαμβάνετε επειγόντως περίθαλψη από μη συμβεβλημένους παρόχους και φορείς, ή
- Όταν λάβετε περίθαλψη από μη συμβεβλημένο πάροχο σε συμβεβλημένο νοσοκομείο ή φορητή χειρουργική μονάδα χωρίς τη γνώση ή τη συγκατάθεσή σας.

Ρωτήστε τον πάροχο υγειονομικής περίθαλψης ή τον ιατρικό σας σύμβουλο αν χρειάζεστε βοήθεια, για να ενημερωθείτε αν αυτά τα μέτρα προστασίας ισχύουν για εσάς.

Εάν υπογράψετε αυτό το έντυπο, μπορεί να πληρώσετε περισσότερα χρήματα επειδή:

- Παραιτείστε από την προστασία σας βάσει νόμου.
- Μπορεί να οφείλετε το πλήρες κόστος για τα παρεχόμενα προϊόντα και υπηρεσίες.
- Το πρόγραμμα υγείας σας ενδέχεται να μη συνυπολογίζει τα ποσά που πληρώνετε στις εκπιπτόμενες δαπάνες και στο όριο ασφάλισής σας. Επικοινωνήστε με τους υπεύθυνους του προγράμματος υγείας σας για περισσότερες πληροφορίες.

**Δεν πρέπει** υπογράψετε αυτό το έντυπο εάν **δεν** είχατε επιλέξει πάροχο κατά τη στιγμή της περίθαλψης. Για παράδειγμα, εάν ένας γιατρός σας ανατέθηκε χωρίς να είχατε ευκαιρία να αλλάξετε γιατρό.

Πριν αποφασίσετε αν θα υπογράψετε αυτό το έντυπο, μπορείτε να επικοινωνήσετε με τους υπεύθυνους του προγράμματος υγείας σας για να βρείτε έναν συμβεβλημένο πάροχο ή φορέα. Εάν δεν υπάρχει, το πρόγραμμα υγείας σας μπορεί να καταλήξει σε συμφωνία με αυτόν τον πάροχο ή φορέα ή με άλλον.

Δείτε την επόμενη σελίδα για την εκτίμηση των εξόδων σας.

## Εκτίμηση των εξόδων που θα μπορούσατε να πληρώσετε

Όνομα ασθενούς: \_\_\_\_\_

Όνομα μη συμβεβλημένου παρόχου ή φορέα: \_\_\_\_\_

Εκτίμηση συνολικού κόστους που μπορεί να σας ζητηθεί να	
---	--

- ▶ **Ελέγξτε τη λεπτομερή εκτίμησή σας.** Ανατρέξτε στη σελίδα 4 για την εκτίμηση του κόστους για κάθε προϊόν ή υπηρεσία που θα λάβετε.
- ▶ **Καλέστε τους υπεύθυνους του προγράμματος υγείας σας.** Το πρόγραμμά σας μπορεί να έχει καλύτερες πληροφορίες σχετικά με το πόσο θα σας ζητηθεί να πληρώσετε. Μπορείτε επίσης να ρωτήσετε σχετικά με το τι καλύπτεται από το πρόγραμμά σας και τις επιλογές του παρόχου σας.
- ▶ **Έχετε ερωτήσεις σχετικά με αυτήν την ειδοποίηση και την εκτίμηση;** Καλέστε το τμήμα οικονομικής συμβουλευτικής στο 800-423-0523 και πατήστε το 4 για να μάθετε την εκτίμηση των εξόδων σας.
- ▶ **Έχετε ερωτήσεις σχετικά με τα δικαιώματά σας;** Καλέστε τα Κέντρα Υπηρεσιών Medicare & Medicaid (CMS) στο 1-800-985-3059.

### Προηγούμενη εξουσιοδότηση ή άλλοι περιορισμοί στη διαχείριση περίθαλψης

Εκτός από καταστάσεις έκτακτης ανάγκης, το πρόγραμμα υγείας σας μπορεί να απαιτήσει προηγούμενη έγκριση (ή άλλους περιορισμούς) για ορισμένα προϊόντα και υπηρεσίες. Αυτό σημαίνει ότι μπορεί να χρειαστείτε την έγκριση του προγράμματός σας ότι θα καλύψει ένα προϊόν ή μια υπηρεσία πριν τα λάβετε. Εάν απαιτείται προηγούμενη εξουσιοδότηση, ρωτήστε τους υπεύθυνους του προγράμματος υγείας σας σχετικά με τις πληροφορίες που είναι απαραίτητες για να έχετε κάλυψη.

### επιλογών σας

Μπορείτε επίσης να λάβετε τα προϊόντα ή τις υπηρεσίες που περιγράφονται στην παρούσα ειδοποίηση από αυτούς τους παρόχους που είναι συμβεβλημένοι με το πρόγραμμα υγείας σας:

### Περισσότερες πληροφορίες σχετικά με τα δικαιώματα και την προστασία σας

Επισκεφθείτε την [ιστοσελίδα] για περισσότερες πληροφορίες σχετικά με τα δικαιώματά σας σύμφωνα με την εθνική νομοθεσία.

## Υπογράφοντας, παραιτούμαι από την εθνική νομοθεσία για την προστασία των καταναλωτών και συμφωνώ να πληρώσω περισσότερα χρήματα για περίθαλψη σε μη συμβεβλημένους φορείς.

Με την υπογραφή μου, δηλώνω ότι θα λαμβάνω τα προϊόντα ή τις υπηρεσίες από (επιλέξτε όλα όσα ισχύουν):

[όνομα γιατρού ή παρόχου] [Εάν η συγκατάθεση αφορά πολλούς γιατρούς ή παρόχους, πρέπει να υπάρχει ένα ξεχωριστό πλαίσιο ελέγχου για κάθε γιατρό ή πάροχο]

[όνομα φορέα]

Με την υπογραφή μου, δηλώνω ότι συναινώ με δική μου ελεύθερη βούληση χωρίς να εξαναγκάζομαι. Κατανοώ επίσης ότι:

- Παραιτούμαι από την εθνική νομοθεσία που προστατεύει τη χρέωση των καταναλωτών.
- Μπορεί να λάβω έναν λογαριασμό για τις πλήρεις χρεώσεις για αυτά τα προϊόντα και τις υπηρεσίες ή να πρέπει να πληρώσω τον επιμερισμό των εξόδων για περίθαλψη σε μη συμβεβλημένο πάροχο σύμφωνα με το πρόγραμμα υγείας μου.
- Μου δόθηκε γραπτή ειδοποίηση στις [ημερομηνία ειδοποίησης] που εξηγεί ότι ο πάροχος ή ο φορέας μου δεν είναι συμβεβλημένος με το πρόγραμμα υγείας μου, το εκτιμώμενο κόστος των υπηρεσιών και το ποσό που μπορεί να οφείλω εάν συμφωνήσω να λάβω περίθαλψη από αυτόν τον πάροχο ή φορέα.
- Έλαβα την ειδοποίηση έντυπα ή ηλεκτρονικά, σύμφωνα με την επιλογή μου.
- Κατανοώ πλήρως ότι ορισμένα ή όλα τα ποσά που πληρώνω μπορεί να μην υπολογίζονται στο εκπιπτόμενο ποσό του προγράμματος υγείας μου ή στο όριο ασφάλισής μου.
- Μπορώ να καταγγείλω αυτήν τη συμφωνία, ειδοποιώντας γραπτώς τον πάροχο ή φορέα, προτού λάβω τις υπηρεσίες.

**ΣΗΜΑΝΤΙΚΟ:** Δεν χρειάζεται να υπογράψετε αυτό το έντυπο. Αλλά αν δεν υπογράψετε, ο πάροχος ή ο φορέας μπορεί να μη σας παρέχει περίθαλψη. Μπορείτε να επιλέξετε την περίθαλψη από πάροχο ή φορέα που ανήκει στο δίκτυο του προγράμματος υγείας σας.

Υπογραφή ασθενούς  
αντιπροσώπου

ή

Υπογραφή κηδεμόνα/εξουσιοδοτημένου

Όνομα ασθενούς με κεφαλαία  
με κεφαλαία

Όνομα κηδεμόνα/εξουσιοδοτημένου αντιπροσώπου

Ημερομηνία και ώρα υπογραφής

Ημερομηνία και ώρα υπογραφής

**Τραβήξτε μια φωτογραφία ή/και κρατήστε ένα αντίγραφο του εντύπου.  
Περιέχει σημαντικές πληροφορίες σχετικά με τα δικαιώματα και την προστασία σας.**

## Περισσότερες λεπτομέρειες σχετικά με την εκτίμησή σας

Όνομα ασθενούς: \_\_\_\_\_

Όνομα μη συμβεβλημένου παρόχου ή φορέα: \_\_\_\_\_

Το παρακάτω ποσό είναι μόνο μια εκτίμηση. Δεν αποτελεί προσφορά ή σύμβαση παροχής υπηρεσιών. Αυτή η εκτίμηση δείχνει το πλήρες εκτιμώμενο κόστος των προϊόντων ή υπηρεσιών που αναγράφονται. Δεν περιλαμβάνει πληροφορίες σχετικά με τις καλύψεις που μπορεί να παρέχει το πρόγραμμα υγείας σας. Αυτό σημαίνει ότι **το τελικό κόστος των υπηρεσιών μπορεί να είναι διαφορετικό από αυτήν την εκτίμηση.**

**Επικοινωνήστε με τον υπεύθυνο του προγράμματος υγείας σας για να μάθετε τυχόν ποσό που θα πληρώσει το πρόγραμμά σας και το ποσό που μπορεί να χρειαστεί να πληρώσετε εσείς.**

Ημερομηνία υπηρεσίας	Κωδικός υπηρεσίας	Περιγραφή	Εκτιμώμενο ποσό προς χρέωση
Συνολική εκτίμηση των ενδεχόμενων οφειλών σας:			