

意外帳單保護表

本文件旨在讓您瞭解您享有的意外醫療帳單保護權益，以及詢問您是否願意放棄這些權益，並為網路外照護支付較高費用。

重要資訊：您不是一定要簽署此表單；且如果您在接受照護時無法選擇醫療照護提供者，則不應簽署此表單。您可以選擇由健康計劃網路內的提供者或機構為您提供照護，這樣可能花費較低。

如果您在處理本文件時需要協助，請諮詢您的提供者或患者權益促進單位。請拍照和/或保留此表單的副本以供記錄。

您收到此通知是因為此提供者或機構不在您的健康計劃網路中；也就是說，此提供者或機構並未與您的計劃簽約。

由此提供者或機構提供照護可能要花費較高費用。

如果您的計劃承保您當前享有的項目或服務，在以下情況中，聯邦法律會保護您避免支付高額帳單：

- 由網路外提供者和機構為您提供急診照護，或者
- 網路外提供者在您不知情或未經您同意的情況下，在網路內醫院或門診手術中心為您提供治療。

如果您需要協助以瞭解上述保護是否適用，請詢問您的醫療照護提供者或患者權益促進單位。

如果您簽署此表單，您可能會由於下列因素而支付較高費用：

- 您放棄法律所提供的保護。
- 您可能需要支付已享有之項目和服務的全額費用。
- 您的健康計劃可能不會將您支付的任何金額計入您的自付額和自費限額。請聯絡您的健康計劃以取得更多資訊。

如果您在接受照護時**無法**選擇提供者，則**不應**簽署此表單。例如，如果有人指派醫師給您，且您沒有機會變更時。

在決定是否簽署此表單之前，您可以聯絡您的健康計劃，尋找一家網路內提供者或機構。如果沒有網路內提供者或機構，您的健康計劃可能會與此提供者、機構或其他單位達成協議。

請參閱下一頁，瞭解您的預估費用。

您可能需要支付的費用預估

患者姓名：_____

網路外提供者或機構名稱：_____

您可能需要支付的總費用預估：	
----------------	--

- ▶ **檢閱您的預估費用詳情。**請參閱第 4 頁，瞭解您將獲得的每一項目或服務的預估費用。
- ▶ **致電您的健康計劃。**您的計劃可能有更詳盡的資訊，可說明您將需支付多少費用。您還可以詢問您的計劃和提供者選項所承保的內容。
- ▶ **對本通知和預估資訊有疑問？**請撥打 800-423-0523 進行財務諮詢，並按 4 取得預估資訊。
- ▶ **對您的權利有疑問？**請撥打 1-800-985-3059，聯絡醫療保險和醫療補助服務中心 (CMS)。

事先授權或其他照護管理限制

除急診外，對於特定項目和服務，您的健康計劃可能要求取得事先授權（或適用其他限制）。也就是說，您在實際取得特定項目或服務之前，可能需要計劃確認其將承保該特定項目或服務。如果需要事先授權，請詢問健康計劃，您須提供哪些資訊方可獲得承保。

瞭解您的選擇

您還可以從您健康計劃中的網路內提供者處，取得本通知所述的項目或服務：

有關您的權利和保護的更多資訊

請造訪 [網站]，瞭解您在聯邦法律下所享有之權利的更多資訊。

簽名即表示本人放棄自己享有的聯邦消費者保護，並同意為網路外照護支付較高費用。

本人簽名即表示我同意從以下單位取得項目或服務（選擇所有適用項）：

[醫師姓名或提供者姓名] [若同意書適用於多位醫師或提供者，請為每位醫師或提供者提供單獨的核取方塊]

[機構名稱]

本人簽名即表示確認我是自願同意，而非受到脅迫或壓力。本人也瞭解：

- 本人放棄聯邦法律所提供的部分消費者帳單保護。
- 本人可能會收到這些項目和服務的全額費用帳單，或者必須根據我的健康計劃支付網路外分攤費用。
- 本人於 [輸入通知日期] 收到書面通知，說明了該提供者或機構不屬於本人的健康計劃網路、預估的服務費用，以及如果我同意由該提供者或機構給予治療，我可能應支付的費用。
- 我以紙本或電子方式收到通知，且與我的選擇一致。
- 我完全理解，我支付的部分或全部金額可能不計入健康計劃的自付額或自費限額。
- 在取得服務之前，我可以透過書面形式通知提供者或機構，以終止本協議。

重要資訊：您不是一定要簽署此表單。但是，如果您不簽署，此提供者或機構可能不會為您提供治療。您可以選擇由健康計劃網路內的提供者或機構為您提供照護。

_____	或	_____
患者簽名		監護人/授權代表簽名
_____		_____
患者正楷姓名		監護人/授權代表正楷姓名
_____		_____
簽名日期和時間		簽名日期和時間

請拍照和/或保留此表單的副本。

當中包含有關您的權利和保護的重要資訊。

更多關於預估費用的詳情

患者姓名： _____

網路外提供者或機構名稱： _____

以下金額僅為預估費用；非為服務的要約或合約。此預估費用顯示所列項目或服務的全部預估費用。不包括您的健康計劃可能承保之內容的任何資訊。也就是說，服務的最終花費可能與此預估費用不同。

請聯絡您的健康計劃，瞭解您的計劃將支付多少費用（如果有的話）以及您可能需要支付多少費用。

服務日期	服務代碼	說明	待收費的 預估金額
您可能尚未支付的總預估費用：			