

ਸਰਪ੍ਰਾਈਜ਼ ਬਿਲਿੰਗ ਪ੍ਰੋਟੈਕਸ਼ਨ ਫਾਰਮ

ਇਸ ਦਸਤਾਵੇਜ਼ ਦਾ ਉਦੇਸ਼ ਤੁਹਾਨੂੰ ਅਚਾਨਕ ਮੈਡੀਕਲ ਬਿੱਲਾਂ ਤੋਂ ਤੁਹਾਡੀਆਂ ਸੁਰੱਖਿਆਵਾਂ ਬਾਰੇ ਦੂਸਰਾ ਹੈ। ਇਹ ਇਹ ਵੀ ਪੁੱਛਦਾ ਹੈ ਕਿ ਕੀ ਤੁਸੀਂ ਉਹਨਾਂ ਸੁਰੱਖਿਆਵਾਂ ਨੂੰ ਛੱਡਣਾ ਚਾਹੁੰਦੇ ਹੋ ਅਤੇ ਨੈਟਵਰਕ ਤੋਂ ਬਾਹਰ ਦੇਖਭਾਲ ਲਈ ਹੋਰ ਭੁਗਤਾਨ ਕਰਨਾ ਚਾਹੁੰਦੇ ਹੋ।

ਮਹੱਤਵਪੂਰਨ: ਤੁਹਾਨੂੰ ਇਸ ਫਾਰਮ 'ਤੇ ਦਸਤਖਤ ਕਰਨ ਦੀ ਲੋੜ ਨਹੀਂ ਹੈ ਅਤੇ ਤੁਹਾਨੂੰ ਇਸ 'ਤੇ ਦਸਤਖਤ ਨਹੀਂ ਕਰਨੇ ਚਾਹੀਦੇ ਹਨ ਜੇਕਰ ਤੁਹਾਡੇ ਕੋਲ ਦੇਖਭਾਲ ਪ੍ਰਾਪਤ ਕਰਨ ਵੇਲੇ ਸਿਹਤ ਸੰਭਾਲ ਪ੍ਰਦਾਤਾ ਦੀ ਚੋਣ ਨਹੀਂ ਸੀ। ਤੁਸੀਂ ਆਪਣੇ ਸਿਹਤ ਯੋਜਨਾ ਦੇ ਨੈਟਵਰਕ ਵਿੱਚ ਕਿਸੇ ਪ੍ਰਦਾਤਾ ਜਾਂ ਸਹੂਲਤ ਤੋਂ ਦੇਖਭਾਲ ਪ੍ਰਾਪਤ ਕਰਨ ਦੀ ਚੋਣ ਕਰ ਸਕਦੇ ਹੋ, ਜਿਸ ਕਰਕੇ ਤੁਹਾਨੂੰ ਘੱਟ ਲੱਗ ਸਕਦੀ ਹੈ।

ਜੇਕਰ ਤੁਸੀਂ ਇਸ ਦਸਤਾਵੇਜ਼ ਵਿੱਚ ਸਹਾਇਤਾ ਚਾਹੁੰਦੇ ਹੋ, ਤਾਂ ਆਪਣੇ ਪ੍ਰਦਾਤਾ ਜਾਂ ਮਰੀਜ਼ ਦੇ ਵਕੀਲ ਨੂੰ ਪੁੱਛੋ। ਇੱਕ ਤਸਵੀਰ ਲਓ ਅਤੇ/ਜਾਂ ਆਪਣੇ ਰਿਕਾਰਡਾਂ ਲਈ ਇਸ ਫਾਰਮ ਦੀ ਇੱਕ ਕਾਪੀ ਰੱਖੋ।

ਤੁਹਾਨੂੰ ਇਹ ਨੋਟਿਸ ਇਸ ਲਈ ਮਿਲ ਰਿਹਾ ਹੈ ਕਿਉਂਕਿ ਇਹ ਪ੍ਰਦਾਤਾ ਜਾਂ ਸਹੂਲਤ ਤੁਹਾਡੇ ਸਿਹਤ ਯੋਜਨਾ ਦੇ ਨੈਟਵਰਕ ਵਿੱਚ ਨਹੀਂ ਹੈ। ਇਸਦਾ ਮਤਲਬ ਹੈ ਕਿ ਪ੍ਰਦਾਤਾ ਜਾਂ ਸਹੂਲਤ ਦਾ ਤੁਹਾਡੀ ਯੋਜਨਾ ਨਾਲ ਕੋਈ ਸਮਝੌਤਾ ਨਹੀਂ ਹੈ।

ਇਸ ਪ੍ਰਦਾਤਾ ਜਾਂ ਸਹੂਲਤ ਤੋਂ ਦੇਖਭਾਲ ਪ੍ਰਾਪਤ ਕਰਨ ਲਈ ਤੁਹਾਨੂੰ ਵਧੇਰੇ ਖਰਚਾ ਪੈ ਸਕਦਾ ਹੈ।

ਜੇਕਰ ਤੁਹਾਡੀ ਯੋਜਨਾ ਤੁਹਾਡੇ ਦੁਆਰਾ ਪ੍ਰਾਪਤ ਕੀਤੀ ਗਈ ਵਸਤੂ ਜਾਂ ਸੇਵਾ ਨੂੰ ਕਵਰ ਕਰਦੀ ਹੈ, ਤਾਂ ਸੰਘੀ ਕਾਨੂੰਨ ਤੁਹਾਨੂੰ ਉੱਚੇ ਬਿੱਲਾਂ ਤੋਂ ਬਚਾਉਂਦਾ ਹੈ:

- ਜਦੋਂ ਤੁਸੀਂ ਨੈਟਵਰਕ ਤੋਂ ਬਾਹਰ ਪ੍ਰਦਾਤਾਵਾਂ ਅਤੇ ਸਹੂਲਤਾਂ ਤੋਂ ਐਮਰਜੈਂਸੀ ਦੇਖਭਾਲ ਪ੍ਰਾਪਤ ਕਰਦੇ ਹੋ, ਜਾਂ
- ਜਦੋਂ ਕੋਈ ਨੈਟਵਰਕ ਤੋਂ ਬਾਹਰ ਦਾ ਪ੍ਰਦਾਤਾ ਤੁਹਾਡੀ ਜਾਣਕਾਰੀ ਜਾਂ ਸਹਿਮਤੀ ਤੋਂ ਬਿਨਾਂ ਕਿਸੇ ਇਨ-ਨੈਟਵਰਕ ਹਸਪਤਾਲ ਜਾਂ ਐਂਬੂਲੈਂਸ ਸਰਜੀਕਲ ਸੈਂਟਰ ਵਿੱਚ ਤੁਹਾਡਾ ਇਲਾਜ ਕਰਦਾ ਹੈ।

ਆਪਣੇ ਸਿਹਤ ਸੰਭਾਲ ਪ੍ਰਦਾਤਾ ਜਾਂ ਮਰੀਜ਼ ਐਡਵੋਕੇਟ ਨੂੰ ਪੁੱਛੋ ਕਿ ਕੀ ਤੁਹਾਨੂੰ ਇਹ ਜਾਣਨ ਵਿੱਚ ਮਦਦ ਦੀ ਲੋੜ ਹੈ ਕਿ ਕੀ ਇਹ ਸੁਰੱਖਿਆ ਤੁਹਾਡੇ 'ਤੇ ਲਾਗੂ ਹੁੰਦੀ ਹੈ।

ਜੇਕਰ ਤੁਸੀਂ ਇਸ ਫਾਰਮ 'ਤੇ ਦਸਤਖਤ ਕਰਦੇ ਹੋ, ਤਾਂ ਤੁਸੀਂ ਇਸ ਲਈ ਹੋਰ ਭੁਗਤਾਨ ਕਰ ਸਕਦੇ ਹੋ ਕਿਉਂਕਿ:

- ਤੁਸੀਂ ਕਾਨੂੰਨ ਦੇ ਅਧੀਨ ਆਪਣੀਆਂ ਸੁਰੱਖਿਆਵਾਂ ਛੱਡ ਰਹੇ ਹੋ।
- ਤੁਸੀਂ ਪ੍ਰਾਪਤ ਕੀਤੀਆਂ ਆਈਟਮਾਂ ਅਤੇ ਸੇਵਾਵਾਂ ਲਈ ਬਿੱਲ ਕੀਤੇ ਗਏ ਪੂਰੇ ਖਰਚੇ ਦੇ ਸਕਦੇ ਹੋ।
- ਤੁਹਾਡੀ ਸਿਹਤ ਯੋਜਨਾ ਤੁਹਾਡੀ ਕਟੌਤੀਯੋਗ ਅਤੇ ਆਊਟ ਆਫ ਪਾਕਿਟ ਸੀਮਾ ਵਿੱਚ ਤੁਹਾਡੇ ਦੁਆਰਾ ਅਦਾ ਕੀਤੀ ਗਈ ਰਕਮ ਵਿੱਚੋਂ ਕੋਈ ਵੀ ਨਹੀਂ ਗਿਣ ਸਕਦੀ ਹੈ। ਵਧੇਰੇ ਜਾਣਕਾਰੀ ਲਈ ਆਪਣੀ ਸਿਹਤ ਯੋਜਨਾ ਨਾਲ ਸੰਪਰਕ ਕਰੋ।

ਤੁਹਾਨੂੰ ਇਸ ਫਾਰਮ 'ਤੇ ਦਸਤਖਤ ਨਹੀਂ ਕਰਨੇ ਚਾਹੀਦੇ ਜੇਕਰ ਤੁਹਾਡੇ ਕੋਲ ਦੇਖਭਾਲ ਪ੍ਰਾਪਤ ਕਰਨ ਵੇਲੇ ਪ੍ਰਦਾਤਾਵਾਂ ਦੀ ਚੋਣ ਨਹੀਂ ਹੈ। ਉਦਾਹਰਨ ਲਈ, ਜੇਕਰ ਤੁਹਾਨੂੰ ਕਿਸੇ ਡਾਕਟਰ ਨੂੰ ਬਦਲਾਵ ਕਰਨ ਦਾ ਕੋਈ ਮੌਕਾ ਨਹੀਂ ਦਿੱਤਾ ਗਿਆ ਸੀ।

ਇਹ ਫੈਸਲਾ ਕਰਨ ਤੋਂ ਪਹਿਲਾਂ ਕਿ ਕੀ ਇਸ ਫਾਰਮ 'ਤੇ ਦਸਤਖਤ ਕਰਨੇ ਹਨ, ਤੁਸੀਂ ਇੱਕ ਇਨ-ਨੈਟਵਰਕ ਪ੍ਰਦਾਤਾ ਜਾਂ ਸਹੂਲਤ ਲੱਭਣ ਲਈ ਆਪਣੀ ਸਿਹਤ ਯੋਜਨਾ ਨਾਲ ਸੰਪਰਕ ਕਰ ਸਕਦੇ ਹੋ। ਜੇਕਰ ਕੋਈ ਨਹੀਂ ਹੈ, ਤਾਂ ਤੁਹਾਡੀ ਸਿਹਤ ਯੋਜਨਾ ਇਸ ਪ੍ਰਦਾਤਾ ਜਾਂ ਸਹੂਲਤ, ਜਾਂ ਕਿਸੇ ਹੋਰ ਨਾਲ ਸਮਝੌਤਾ ਕਰ ਸਕਦੀ ਹੈ।

ਆਪਣੇ ਲਾਗਤ ਅਨੁਮਾਨ ਲਈ ਅਗਲਾ ਪੰਨਾ ਦੇਖੋ।

ਅੰਦਾਜ਼ਾ ਲਗਾਓ ਕਿ ਤੁਸੀਂ ਕੀ ਭੁਗਤਾਨ ਕਰ ਸਕਦੇ ਹੋ

ਮਰੀਜ਼ ਦਾ ਨਾਮ: _____

ਨੈਟਵਰਕ ਤੋਂ ਬਾਹਰ ਪ੍ਰਦਾਤਾਵਾਂ ਜਾਂ ਸੁਵਿਧਾ ਦਾ ਨਾਮ: _____

ਤੁਹਾਨੂੰ ਜੋ ਭੁਗਤਾਨ ਕਰਨ ਲਈ ਕਿਹਾ ਜਾ ਸਕਦਾ ਹੈ ਉਸ ਦਾ ਕੁੱਲ ਲਾਗਤ

- ▶ **ਆਪਣੇ ਵਿਸਤ੍ਰਿਤ ਅੰਦਾਜ਼ੇ ਦੀ ਸਮੀਖਿਆ ਕਰੋ।** ਤੁਹਾਨੂੰ ਮਿਲਣ ਵਾਲੀ ਹਰੇਕ ਆਈਟਮ ਜਾਂ ਸੇਵਾ ਲਈ ਲਾਗਤ ਅਨੁਮਾਨ ਲਈ ਪੰਨਾ 4 ਦੇਖੋ।
- ▶ **ਆਪਣੀ ਸਿਹਤ ਯੋਜਨਾ ਨੂੰ ਕਾਲ ਕਰੋ।** ਤੁਹਾਡੀ ਯੋਜਨਾ ਬਾਰੇ ਬਿਹਤਰ ਜਾਣਕਾਰੀ ਹੋ ਸਕਦੀ ਹੈ ਕਿ ਤੁਹਾਨੂੰ ਕਿੰਨਾ ਭੁਗਤਾਨ ਕਰਨ ਲਈ ਕਿਹਾ ਜਾਵੇਗਾ। ਤੁਸੀਂ ਇਹ ਵੀ ਪੁੱਛ ਸਕਦੇ ਹੋ ਕਿ ਤੁਹਾਡੀ ਯੋਜਨਾ ਅਤੇ ਤੁਹਾਡੇ ਪ੍ਰਦਾਤਾ ਵਿਕਲਪਾਂ ਦੇ ਅਧੀਨ ਕੀ ਸ਼ਾਮਲ ਹੈ।
- ▶ **ਇਸ ਨੋਟਿਸ ਅਤੇ ਅਨੁਮਾਨ ਬਾਰੇ ਸਵਾਲ ਹਨ?** 800-423-0523 'ਤੇ ਵਿੱਤੀ ਸਲਾਹ ਨੂੰ ਕਾਲ ਕਰੋ ਅਤੇ ਅਨੁਮਾਨਾਂ ਲਈ 4 ਦਬਾਓ।
- ▶ **ਤੁਹਾਡੇ ਅਧਿਕਾਰਾਂ ਬਾਰੇ ਸਵਾਲ ਹਨ?** ਸੈਂਟਰਸ ਫਾਰ ਮੈਡੀਕੇਅਰ ਐਂਡ ਮੈਡੀਕੇਡ ਸੇਵਾਵਾਂ (CMS) ਨੂੰ 1-800-985-3059 'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ।

ਪੂਰਵ ਅਧਿਕਾਰ ਜਾਂ ਹੋਰ ਦੇਖਭਾਲ ਪ੍ਰਬੰਧਨ ਸੀਮਾਵਾਂ

ਐਮਰਜੈਂਸੀ ਨੂੰ ਛੱਡ ਕੇ, ਤੁਹਾਡੀ ਸਿਹਤ ਯੋਜਨਾ ਨੂੰ ਕੁਝ ਵਸਤੂਆਂ ਅਤੇ ਸੇਵਾਵਾਂ ਲਈ ਪੂਰਵ ਅਧਿਕਾਰ (ਜਾਂ ਹੋਰ ਸੀਮਾਵਾਂ) ਦੀ ਲੋੜ ਹੋ ਸਕਦੀ ਹੈ। ਇਸਦਾ ਮਤਲਬ ਹੈ ਕਿ ਤੁਹਾਨੂੰ ਆਪਣੀ ਯੋਜਨਾ ਦੀ ਮਨਜ਼ੂਰੀ ਦੀ ਲੋੜ ਹੋ ਸਕਦੀ ਹੈ ਕਿ ਇਹ ਤੁਹਾਨੂੰ ਕਿਸੇ ਆਈਟਮ ਜਾਂ ਸੇਵਾ ਨੂੰ ਪ੍ਰਾਪਤ ਕਰਨ ਤੋਂ ਪਹਿਲਾਂ ਕਵਰ ਕਰੇਗੀ। ਜੇਕਰ ਪੂਰਵ ਅਧਿਕਾਰ ਦੀ ਲੋੜ ਹੈ, ਤਾਂ ਆਪਣੀ ਸਿਹਤ ਯੋਜਨਾ ਬਾਰੇ ਪੁੱਛੋ ਕਿ ਕਵਰੇਜ ਪ੍ਰਾਪਤ ਕਰਨ ਲਈ ਕਿਹੜੀ ਜਾਣਕਾਰੀ ਜ਼ਰੂਰੀ ਹੈ।

ਤੁਹਾਡੇ ਵਿਕਲਪਾਂ ਨੂੰ ਸਮਝਣਾ

ਤੁਸੀਂ ਇਹਨਾਂ ਪ੍ਰਦਾਤਾਵਾਂ ਤੋਂ ਵੀ ਇਸ ਨੋਟਿਸ ਵਿੱਚ ਵਰਣਿਤ ਆਈਟਮਾਂ ਜਾਂ ਸੇਵਾਵਾਂ ਪ੍ਰਾਪਤ ਕਰ ਸਕਦੇ ਹੋ ਜੋ ਤੁਹਾਡੀ ਸਿਹਤ ਯੋਜਨਾ ਦੇ ਨਾਲ ਨੈਟਵਰਕ ਵਿੱਚ ਹਨ:

ਤੁਹਾਡੇ ਅਧਿਕਾਰਾਂ ਅਤੇ ਸੁਰੱਖਿਆ ਬਾਰੇ ਹੋਰ ਜਾਣਕਾਰੀ

ਸੰਘੀ [ਕਾਨੂੰਨ] ਅਧੀਨ ਆਪਣੇ ਅਧਿਕਾਰਾਂ ਬਾਰੇ ਹੋਰ ਜਾਣਕਾਰੀ ਲਈ ਵੈਬਸਾਈਟ 'ਤੇ ਜਾਓ।

ਦਸਤਖਤ ਕਰਕੇ, ਮੈਂ ਆਪਣੀਆਂ ਸੰਘੀ ਖਪਤਕਾਰਾਂ ਦੀਆਂ ਸੁਰੱਖਿਆਵਾਂ ਨੂੰ ਛੱਡ ਦਿੰਦਾ ਹਾਂ ਅਤੇ ਨੈਟਵਰਕ ਤੋਂ ਬਾਹਰ ਦੇਖਭਾਲ ਲਈ ਹੋਰ ਭੁਗਤਾਨ ਕਰਨ ਲਈ ਸਹਿਮਤ ਹਾਂ।

ਮੇਰੇ ਦਸਤਖਤ ਨਾਲ, ਮੈਂ ਕਹਿ ਰਿਹਾ ਹਾਂ ਕਿ ਮੈਂ ਇਸ ਤੋਂ ਆਈਟਮਾਂ ਜਾਂ ਸੇਵਾਵਾਂ ਪ੍ਰਾਪਤ ਕਰਨ ਲਈ ਸਹਿਮਤ ਹਾਂ (ਲਾਗੂ ਹੋਣ ਵਾਲੀਆਂ ਸਾਰੀਆਂ ਚੀਜ਼ਾਂ ਨੂੰ ਚੁਣੋ):

- [ਡਾਕਟਰ ਜਾਂ ਪ੍ਰਦਾਤਾ ਦਾ ਨਾਮ] [ਜੇਕਰ ਸਹਿਮਤੀ ਇੱਕ ਤੋਂ ਵੱਧ ਡਾਕਟਰਾਂ ਜਾਂ ਪ੍ਰਦਾਤਾਵਾਂ ਲਈ ਹੈ, ਤਾਂ ਹਰੇਕ ਡਾਕਟਰ ਜਾਂ ਪ੍ਰਦਾਤਾ ਲਈ ਇੱਕ ਵੱਖਰਾ ਚੈਕ ਬਾਕਸ ਪ੍ਰਦਾਨ ਕਰੋ]
- [ਸਹੂਲਤ ਦਾ ਨਾਮ]

ਮੇਰੇ ਦਸਤਖਤ ਦੇ ਨਾਲ, ਮੈਂ ਸਵੀਕਾਰ ਕਰਦਾ/ਕਰਦੀ ਹਾਂ ਕਿ ਮੈਂ ਆਪਣੀ ਸੁਤੰਤਰ ਮਰਜ਼ੀ ਨਾਲ ਸਹਿਮਤ ਹਾਂ ਅਤੇ ਮੇਰੇ 'ਤੇ ਜ਼ਬਰਦਸਤੀ ਜਾਂ ਦਬਾਅ ਨਹੀਂ ਪਾਇਆ ਜਾ ਰਿਹਾ ਹੈ। ਮੈਂ ਇਹ ਵੀ ਸਮਝਦਾ ਹਾਂ ਕਿ:

- ਮੈਂ ਸੰਘੀ ਕਾਨੂੰਨ ਦੇ ਅਧੀਨ ਕੁਝ ਖਪਤਕਾਰ ਬਿਲਿੰਗ ਸੁਰੱਖਿਆ ਨੂੰ ਛੱਡ ਰਿਹਾ/ਰਹੀ ਹਾਂ।
- ਮੈਨੂੰ ਇਹਨਾਂ ਵਸਤੂਆਂ ਅਤੇ ਸੇਵਾਵਾਂ ਲਈ ਪੂਰੇ ਖਰਚਿਆਂ ਲਈ ਇੱਕ ਬਿੱਲ ਮਿਲ ਸਕਦਾ ਹੈ, ਜਾਂ ਮੇਰੀ ਸਿਹਤ ਯੋਜਨਾ ਦੇ ਤਹਿਤ ਨੈਟਵਰਕ ਤੋਂ ਬਾਹਰ ਦੀ ਲਾਗਤ-ਸ਼ੇਅਰਿੰਗ ਦਾ ਭੁਗਤਾਨ ਕਰਨਾ ਪੈ ਸਕਦਾ ਹੈ।
- ਮੈਨੂੰ [ਨੋਟਿਸ ਦੀ ਮਿਤੀ ਦਾਖਲ ਕਰੋ] ਨੂੰ ਇੱਕ [ਲਿਖਤੀ ਨੋਟਿਸ ਦਿੱਤਾ ਗਿਆ ਸੀ ਜਿਸ ਵਿੱਚ ਦੱਸਿਆ ਗਿਆ ਸੀ ਕਿ ਮੇਰਾ ਪ੍ਰਦਾਤਾ ਜਾਂ ਸਹੂਲਤ ਮੇਰੇ ਸਿਹਤ ਯੋਜਨਾ ਦੇ ਨੈਟਵਰਕ] ਵਿੱਚ ਨਹੀਂ ਹੈ, ਸੇਵਾਵਾਂ ਦੀ ਅਨੁਮਾਨਿਤ ਲਾਗਤ, ਅਤੇ ਜੇਕਰ ਮੈਂ ਇਸ ਪ੍ਰਦਾਤਾ ਜਾਂ ਸੁਵਿਧਾ ਦੁਆਰਾ ਇਲਾਜ ਕੀਤੇ ਜਾਣ ਲਈ ਸਹਿਮਤ ਹਾਂ ਤਾਂ ਮੇਰੇ ਉੱਤੇ ਕੀ ਬਕਾਇਆ ਹੋ ਸਕਦਾ ਹੈ।
- ਮੈਨੂੰ ਮੇਰੀ ਮਰਜ਼ੀ ਅਨੁਸਾਰ ਨੋਟਿਸ ਜਾਂ ਤਾਂ ਕਾਰਜ 'ਤੇ ਜਾਂ ਇਲੈਕਟ੍ਰਾਨਿਕ ਤੌਰ 'ਤੇ ਮਿਲਿਆ।
- ਮੈਂ ਪੂਰੀ ਤਰ੍ਹਾਂ ਅਤੇ ਪੂਰੀ ਤਰ੍ਹਾਂ ਸਮਝਦਾ/ਸਮਝਦੀ ਹਾਂ ਕਿ ਕੁਝ ਜਾਂ ਸਾਰੀਆਂ ਰਕਮਾਂ ਜੋ ਮੈਂ ਅਦਾ ਕਰਦਾ ਹਾਂ ਸ਼ਾਇਦ ਮੇਰੀ ਸਿਹਤ ਯੋਜਨਾ ਦੀ ਕਟੌਤੀਯੋਗ ਜਾਂ ਆਊਟ ਆਫ ਪਾਕਿਟ ਦੀ ਸੀਮਾ ਵਿੱਚ ਗਿਣਿਆ ਨਾ ਜਾਵੇ।
- ਮੈਂ ਸੇਵਾਵਾਂ ਪ੍ਰਾਪਤ ਕਰਨ ਤੋਂ ਪਹਿਲਾਂ ਪ੍ਰਦਾਤਾ ਜਾਂ ਸੁਵਿਧਾ ਨੂੰ ਲਿਖਤੀ ਰੂਪ ਵਿੱਚ ਸੂਚਿਤ ਕਰਕੇ ਇਸ ਸਮਝੌਤੇ ਨੂੰ ਖਤਮ ਕਰ ਸਕਦਾ/ਸਕਦੀ ਹਾਂ।

ਮਹੱਤਵਪੂਰਨ: ਤੁਹਾਨੂੰ ਇਸ ਫਾਰਮ 'ਤੇ ਦਸਤਖਤ ਕਰਨ ਦੀ ਲੋੜ ਨਹੀਂ ਹੈ। ਪਰ ਜੇਕਰ ਤੁਸੀਂ ਦਸਤਖਤ ਨਹੀਂ ਕਰਦੇ, ਤਾਂ ਹੋ ਸਕਦਾ ਹੈ ਕਿ ਇਹ ਪ੍ਰਦਾਤਾ ਜਾਂ ਸਹੂਲਤ ਤੁਹਾਡੇ ਨਾਲ ਵਿਹਾਰ ਨਾ ਕਰੇ। ਤੁਸੀਂ ਆਪਣੇ ਸਿਹਤ ਯੋਜਨਾ ਦੇ ਨੈਟਵਰਕ ਵਿੱਚ ਕਿਸੇ ਪ੍ਰਦਾਤਾ ਜਾਂ ਸਹੂਲਤ ਤੋਂ ਦੇਖਭਾਲ ਪ੍ਰਾਪਤ ਕਰਨ ਦੀ ਚੋਣ ਕਰ ਸਕਦੇ ਹੋ।

_____ ਜਾਂ _____
 ਮਰੀਜ਼ ਦੇ ਦਸਤਖਤ ਸਰਪ੍ਰਸਤ/ਅਧਿਕਾਰਤ ਪ੍ਰਤੀਨਿਧੀ ਦੇ ਦਸਤਖਤ

_____ _____
 ਮਰੀਜ਼ ਦਾ ਨਾਮ ਪ੍ਰਿੰਟ ਕਰੋ ਸਰਪ੍ਰਸਤ/ਅਧਿਕਾਰਤ ਪ੍ਰਤੀਨਿਧੀ ਦਾ ਪ੍ਰਿੰਟ ਨਾਮ

_____ _____
 ਦਸਤਖਤ ਦੀ ਮਿਤੀ ਅਤੇ ਸਮਾਂ ਦਸਤਖਤ ਦੀ ਮਿਤੀ ਅਤੇ ਸਮਾਂ

ਇੱਕ ਤਸਵੀਰ ਲਓ ਅਤੇ/ਜਾਂ ਇਸ ਫਾਰਮ ਦੀ ਇੱਕ ਕਾਪੀ ਰੱਖੋ।
 ਇਸ ਵਿੱਚ ਤੁਹਾਡੇ ਅਧਿਕਾਰਾਂ ਅਤੇ ਸੁਰੱਖਿਆ ਬਾਰੇ ਮਹੱਤਵਪੂਰਨ ਜਾਣਕਾਰੀ ਸ਼ਾਮਲ ਹੈ।

ਤੁਹਾਡੇ ਅੰਦਾਜ਼ੇ ਬਾਰੇ ਹੋਰ ਵੇਰਵੇ

ਮਰੀਜ਼ ਦਾ ਨਾਮ:

ਨੈਟਵਰਕ ਤੋਂ ਬਾਹਰ ਪ੍ਰਦਾਤਾਵਾਂ ਜਾਂ ਸੁਵਿਧਾ ਦਾ ਨਾਮ:

ਹੇਠਾਂ ਦਿੱਤੀ ਰਕਮ ਸਿਰਫ ਇੱਕ ਅਨੁਮਾਨ ਹੈ; ਇਹ ਸੇਵਾਵਾਂ ਲਈ ਕੋਈ ਪੇਸ਼ਕਸ਼ ਜਾਂ ਇਕਰਾਰਨਾਮਾ ਨਹੀਂ ਹੈ। ਇਹ ਅਨੁਮਾਨ ਸੂਚੀਬੱਧ ਆਈਟਮਾਂ ਜਾਂ ਸੇਵਾਵਾਂ ਦੀਆਂ ਪੂਰੀਆਂ ਅਨੁਮਾਨਿਤ ਲਾਗਤਾਂ ਨੂੰ ਦਰਸਾਉਂਦਾ ਹੈ। ਇਸ ਵਿੱਚ ਤੁਹਾਡੀ ਸਿਹਤ ਯੋਜਨਾ ਬਾਰੇ ਕੋਈ ਜਾਣਕਾਰੀ ਸ਼ਾਮਲ ਨਹੀਂ ਹੈ। ਇਸਦਾ ਮਤਲਬ ਹੈ ਕਿ ਸੇਵਾਵਾਂ ਦੀ ਅੰਤਮ ਲਾਗਤ ਇਸ ਅਨੁਮਾਨ ਤੋਂ ਵੱਖਰੀ ਹੋ ਸਕਦੀ ਹੈ।

ਇਹ ਜਾਣਨ ਲਈ ਆਪਣੀ ਸਿਹਤ ਯੋਜਨਾ ਨਾਲ ਸੰਪਰਕ ਕਰੋ ਕਿ ਤੁਹਾਡੀ ਯੋਜਨਾ ਕਿੰਨੀ, ਜੇਕਰ ਕੋਈ ਹੈ, ਦਾ ਭੁਗਤਾਨ ਕਰੇਗੀ ਅਤੇ ਤੁਹਾਨੂੰ ਕਿੰਨਾ ਭੁਗਤਾਨ ਕਰਨਾ ਪੈ ਸਕਦਾ ਹੈ।

ਸੇਵਾ ਦੀ ਤਾਰੀਖ	ਸੇਵਾ ਕੋਡ	ਵਰਣਨ	ਬਿੱਲ ਕੀਤੀ ਜਾਣ ਵਾਲੀ ਅਨੁਮਾਨਤ ਰਕਮ
ਤੁਹਾਡੇ ਤੇ ਕੀ ਬਕਾਇਆ ਹੋ ਸਕਦਾ ਹੈ ਉਸਦਾ ਕੁੱਲ ਅੰਦਾਜ਼ਾ:			