

Mẫu Bảo vệ Thanh toán Bất ngờ

Mục đích của tài liệu này là để cho quý vị biết về cách bảo vệ khỏi các hóa đơn y tế bất ngờ. Trong đó cũng hỏi xem liệu quý vị có muốn từ bỏ những biện pháp bảo vệ đó và trả nhiều tiền hơn cho việc chăm sóc ngoài mạng lưới hay không.

QUAN TRỌNG: Quý vị không bắt buộc phải ký chấp nhận mẫu đơn này và không nên ký tên nếu không chọn được nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe khi quý vị nhận sự chăm sóc. Quý vị có thể chọn để được chăm sóc từ một nhà cung cấp hoặc cơ sở trong mạng lưới của chương trình bảo hiểm sức khỏe của quý vị, vốn có thể tính phí cho quý vị ít hơn.

Nếu quý vị muốn được hỗ trợ để hiểu về tài liệu này, hãy hỏi nhà cung cấp của mình hoặc người bảo vệ quyền lợi của bệnh nhân. Chụp ảnh và/hoặc giữ một bản sao của biểu mẫu này để lưu vào hồ sơ của quý vị.

Quý vị nhận được thông báo này vì nhà cung cấp hoặc cơ sở này không thuộc mạng lưới chương trình bảo hiểm sức khỏe của quý vị. Có nghĩa là nhà cung cấp hoặc cơ sở đó không có hợp đồng với chương trình bảo hiểm của quý vị.

Nhận sự chăm sóc từ nhà cung cấp hoặc cơ sở này có thể làm cho quý vị tốn nhiều tiền hơn.

Nếu chương trình bảo hiểm của quý vị bao trả cho các hạng mục hoặc dịch vụ mà quý vị đang nhận thì luật liên bang sẽ bảo vệ quý vị khỏi bị tính phí cao hơn:

- Khi quý vị nhận dịch vụ chăm sóc khẩn cấp từ các nhà cung cấp và cơ sở ngoài mạng lưới hoặc
- Khi một nhà cung cấp ngoài mạng lưới điều trị cho quý vị tại một bệnh viện trong mạng lưới hoặc trung tâm phẫu thuật cấp cứu mà quý vị không biết hoặc đồng ý.

Hỏi nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe hoặc người bảo vệ quyền lợi của bệnh nhân nếu quý vị cần giúp đỡ để xem những biện pháp bảo vệ này có áp dụng cho quý vị hay không.

Nếu ký tên vào mẫu này, quý vị có thể phải thanh toán nhiều hơn vì:

- Quý vị đang từ bỏ sự bảo vệ của quý vị theo luật pháp.
- Quý vị có thể nợ toàn bộ chi phí được lập hóa đơn cho các hạng mục và dịch vụ nhận được.
- Chương trình bảo hiểm sức khỏe của quý vị có thể không tính bất kỳ khoản nào theo giới hạn khấu trừ và tự trả nào của quý vị. Liên hệ với chương trình bảo hiểm sức khỏe của quý vị để biết thêm thông tin.

Quý vị **không** ký tên vào mẫu này nếu **không** chọn được nhà cung cấp khi nhận sự chăm sóc. Ví dụ: nếu một bác sĩ được chỉ định cho quý vị mà không có cơ hội để thay đổi.

Trước khi quyết định có nên ký tên vào mẫu đơn này hay không, quý vị có thể liên hệ với chương trình bảo hiểm sức khỏe của mình để tìm nhà cung cấp hoặc cơ sở trong mạng lưới. Nếu không có thì chương trình bảo hiểm sức khỏe của quý vị có thể thỏa thuận với nhà cung cấp hoặc cơ sở này hoặc một nhà cung cấp hoặc cơ sở khác.

Xem trang tiếp theo để biết ước tính chi phí cho quý vị.

Ước tính những khoản quý vị có thể trả

Tên bệnh nhân: _____

Tên (các) nhà cung cấp ngoài mạng lưới hoặc cơ sở: _____

Tổng chi phí ước tính những khoản quý vị có thể phải trả:	
--	--

► **Xem lại ước tính chi tiết của quý vị.** Xem Trang 4 để biết ước tính chi phí cho từng hạng mục hoặc dịch vụ quý vị sẽ nhận.

► **Gọi cho chương trình bảo hiểm sức khỏe của quý vị.** Chương trình bảo hiểm của quý vị có thể có thông tin mới nhất về số tiền quý vị sẽ phải trả. Quý vị cũng có thể hỏi về những khoản được bảo hiểm trong chương trình bảo hiểm của mình và các tùy chọn nhà cung cấp.

► **Hỏi về thông báo và ước tính này?** Gọi bộ phận tư vấn tài chính theo số 800-423-0523 và nhấn phím 4 để hỏi về ước tính chi phí.

► **Hỏi về quyền của quý vị?** Gọi Trung tâm Dịch vụ Medicare & Medicaid (CMS) theo số 1-800-985-3059.

Ủy quyền trước hoặc các hạn chế về quản lý chăm sóc khác

Ngoại trừ trường hợp khẩn cấp, chương trình bảo hiểm sức khỏe có thể yêu cầu phải có ủy quyền trước (hoặc các hạn chế khác) cho một số hạng mục và dịch vụ nhất định. Có nghĩa là quý vị có thể cần sự chấp thuận của chương trình bảo hiểm là sẽ bao trả một hạng mục hoặc dịch vụ trước khi quý vị nhận. Nếu cần ủy quyền trước, hãy hỏi chương trình bảo hiểm sức khỏe của mình về những thông tin cần thiết để được bảo hiểm.

Hiểu các tùy chọn của quý vị

Quý vị cũng có thể nhận được các hạng mục hoặc dịch vụ được mô tả trong thông báo này từ các nhà cung cấp trong mạng lưới này với chương trình bảo hiểm sức khỏe của quý vị:

Thông tin khác về quyền và biện pháp bảo vệ cho quý vị

Truy cập vào [trang web] để biết thêm thông tin về các quyền của quý vị theo luật liên bang.

