# Έντυπο Προστασίας από Απροσδόκητη Χρέωση

## Αυτό το έγγραφο περιγράφει τα μέτρα προστασίας σας από απροσδόκητους ιατρικούς λογαριασμούς. Ρωτά επίσης αν θέλετε να παραιτηθείτε από αυτά τα μέτρα προστασίας και να πληρώσετε περισσότερα για φροντίδα εκτός δικτύου.

ΣΗΜΑΝΤΙΚΟ: Δεν απαιτείται να υπογράψετε αυτό το έντυπο και δεν θα πρέπει να το υπογράψετε εάν δεν είχατε την επιλογή του παρόχου υγειονομικής περίθαλψης πριν από τον προγραμματισμό της φροντίδας. Μπορείτε να επιλέξετε να λάβετε περίθαλψη από έναν πάροχο ή εγκατάσταση στο δίκτυο του προγράμματος υγείας σας, κάτι που μπορεί να σας κοστίσει λιγότερο.

Εάν θέλετε βοήθεια με αυτό το έγγραφο, ρωτήστε τον πάροχό σας ή έναν συνήγορο ασθενών (patient advocate). Βγάλτε μια φωτογραφία ή/και διατηρήστε ένα αντίγραφο αυτού του εντύπου για το αρχείο σας.

Λαμβάνετε αυτή την ειδοποίηση επειδή αυτός ο πάροχος ή η εγκατάσταση δεν βρίσκεται στο δίκτυο του προγράμματος υγείας σας και θεωρείται εκτός δικτύου. Αυτό σημαίνει ότι ο πάροχος ή η εγκατάσταση δεν έχει συνάψει συμφωνία με το πρόγραμμά σας για την παροχή υπηρεσιών. **Η λήψη φροντίδας από αυτόν τον πάροχο ή την εγκατάσταση είναι πιθανό να σας κοστίσει περισσότερο.**

Εάν το πρόγραμμά σας καλύπτει το αντικείμενο ή την υπηρεσία που λαμβάνετε, το ομοσπονδιακό δίκαιο σάς προστατεύει από υψηλότερους λογαριασμούς, όταν:

* Λαμβάνετε επείγουσα περίθαλψη από έναν πάροχο ή μία εγκατάσταση εκτός δικτύου ή
* Ένας πάροχος εκτός δικτύου σας παρέχει θεραπεία σε ένα νοσοκομείο εντός δικτύου ή σε ένα κέντρο περιπατητικής χειρουργικής, χωρίς να λάβει τη συναίνεσή σας για να λάβει υψηλότερο λογαριασμό.

Ρωτήστε τον πάροχο υγειονομικής περίθαλψης ή τον συνήγορο ασθενών εάν δεν είστε σίγουροι για το εάν αυτές οι προστασίες ισχύουν για εσάς. Εάν υπογράψετε αυτό το έντυπο, έχετε υπόψη ότι μπορεί να πληρώσετε περισσότερα, επειδή:

* Παραιτείστε από τη νομική προστασία σας από υψηλότερους λογαριασμούς.
* Μπορεί να οφείλετε το πλήρες κόστος που χρεώνεται για τα προϊόντα και τις υπηρεσίες που λαμβάνετε.
* Το πρόγραμμα υγείας σας μπορεί να μην προσμετρήσει οποιοδήποτε από τα ποσά που πληρώνετε για το εκπιπτόμενο και μη καλυπτόμενο όριο. Επικοινωνήστε με το πρόγραμμα υγείας σας για περισσότερες πληροφορίες.

Πριν αποφασίσετε εάν θα υπογράψετε αυτό το έντυπο, μπορείτε να επικοινωνήσετε με το πρόγραμμα υγείας σας για να βρείτε έναν πάροχο ή μια εγκατάσταση εντός δικτύου. Εάν δεν υπάρχει, μπορείτε επίσης να ρωτήσετε το πρόγραμμα υγείας σας εάν μπορεί να προβεί σε μία

συμφωνία με τον εν λόγω πάροχο ή την εγκατάσταση (ή άλλο μέρος) για τη μείωση του κόστους σας. Δείτε την επόμενη σελίδα για τον υπολογισμό του κόστους σας.

## Εκτίμηση του τι ενδέχεται να πληρώσετε εάν παραιτηθείτε από την προστασία σας

**Όνομα ασθενούς: Πάροχος(οι) ή όνομα ιδρύματος εκτός δικτύου**:

**Εκτίμηση συνολικού κόστους για το τι μπορεί να σας ζητηθεί να πληρώσετε:**

* **Ελέγξτε τη λεπτομερή εκτίμησή σας**. Ανατρέξτε στη σελίδα 4 για μια εκτίμηση κόστους για κάθε αντικείμενο ή υπηρεσία που θα λάβετε.
* **Καλέστε το πρόγραμμα υγείας σας**. Το πρόγραμμά σας μπορεί να έχει καλύτερες πληροφορίες σχετικά με το ποσό που θα σας ζητηθεί να πληρώσετε. Μπορείτε επίσης να ρωτήσετε τι καλύπτεται από το πρόγραμμά σας και τις επιλογές του παρόχου σας.
* **Έχετε ερωτήσεις σχετικά με αυτήν την ειδοποίηση και την εκτίμηση;**Επικοινωνήστε με [εισαγάγετε στοιχεία επικοινωνίας ενός εκπροσώπου του παρόχου ή του ιδρύματος που θα εξηγήσει τα έγγραφα και τις εκτιμήσεις στο άτομο και θα απαντήσει σε οποιεσδήποτε ερωτήσεις, όπως απαιτείται.]
* Έχετε ερωτήσεις σχετικά με τα δικαιώματά σας; Επικοινωνήστε με [εισαγάγετε στοιχεία επικοινωνίας της κατάλληλης ομοσπονδιακής ή πολιτειακής υπηρεσίας. Ο ομοσπονδιακός αριθμός τηλεφώνου για πληροφορίες και παράπονα είναι: 1-800-985-3059]

**Εκ των προτέρων εξουσιοδότηση ή άλλοι περιορισμοί διαχείρισης φροντίδας**

*[Εισαγάγετε είτε (1) συγκεκριμένες πληροφορίες σχετικά με προηγούμενη εξουσιοδότηση ή άλλους περιορισμούς διαχείρισης φροντίδας που απαιτούνται ή μπορεί να απαιτούνται από το πρόγραμμα υγείας ή την κάλυψη του ατόμου και τις συνέπειες αυτών των περιορισμών για την ικανότητα του ατόμου να λάβει κάλυψη για τα εν λόγω αντικείμενα ή τις υπηρεσίες, είτε (2) συμπεριλάβετε την ακόλουθη γενική δήλωση:*

Εκτός από μία περίπτωση έκτακτης ανάγκης, το πρόγραμμα υγείας σας μπορεί να απαιτεί εκ των προτέρων εξουσιοδότηση (ή άλλους περιορισμούς) για ορισμένα αντικείμενα και υπηρεσίες. Αυτό σημαίνει ότι μπορεί να χρειαστείτε την έγκριση του προγράμματός σας ότι θα καλύψει τα αντικείμενα ή τις υπηρεσίες πριν τις λάβετε. Εάν το πρόγραμμά σας απαιτεί εκ των προτέρων έγκριση, ρωτήστε τον υπεύθυνο του προγράμματος ποιες πληροφορίες χρειάζονται για να λάβετε κάλυψη.]

*[Σε περίπτωση που η παρούσα ειδοποίηση παρέχεται για υπηρεσίες μετά τη σταθεροποίηση από μη συμβεβλημένο πάροχο εντός μίας συμμετέχουσας εγκατάστασης επειγόντων περιστατικών, συμπεριλάβετε τη διατύπωση που ακολουθεί αμέσως παρακάτω και εισαγάγετε έναν κατάλογο των συμμετεχόντων παρόχων στην εγκατάσταση που μπορεί να είναι σε θέση να παρέχει τα αντικείμενα ή τις υπηρεσίες που περιγράφονται στην παρούσα ειδοποίηση]*

**Κατανόηση των επιλογών σας**

Μπορείτε να λάβετε τα αντικείμενα ή τις υπηρεσίες που περιγράφονται στην παρούσα δήλωση από τους ακόλουθους παρόχους που είναι εντός δικτύου με το πρόγραμμα υγείας σας:

**Περισσότερες πληροφορίες σχετικά με τα δικαιώματα και τις προστασίες σας**

Επισκεφθείτε το [εισαγάγετε τον ιστότοπο που περιγράφει τα ομοσπονδιακά μέτρα προστασίας, όπως το [www.cms.gov/nosurprises/consumers](http://www.cms.gov/nosurprises/consumers)] για περισσότερες πληροφορίες σχετικά με τα δικαιώματά σας βάσει του ομοσπονδιακού δικαίου.

## Υπογράφοντας, κατανοώ ότι παραιτούμαι από τα ομοσπονδιακά μέτρα προστασίας καταναλωτών και μπορεί να χρειαστεί να πληρώσω περισσότερα για φροντίδα εκτός δικτύου.

Με την υπογραφή μου, συμφωνώ να λάβω τα αντικείμενα ή τις υπηρεσίες από (επιλέξτε όλα όσα ισχύουν):

* + *[όνομα ιατρού ή παρόχου] [εάν η συναίνεση προορίζεται για πολλαπλούς ιατρούς ή παρόχους, παρέχετε ένα ξεχωριστό πλαίσιο ελέγχου για κάθε ιατρό ή πάροχο]*
  + *[όνομα εγκατάστασης]*

Με την υπογραφή μου, αναγνωρίζω ότι συναινώ με ελεύθερη βούλησή μου και δεν με εξαναγκάζει ούτε με πιέζει οποιοσδήποτε. Αναγνωρίζω επίσης ότι:

* Παραιτούμαι από ορισμένα μέτρα προστασίας τιμολόγησης των καταναλωτών σύμφωνα με το ομοσπονδιακό δίκαιο.
* Μπορεί να χρειαστεί να πληρώσω τις πλήρεις χρεώσεις για αυτά τα αντικείμενα και τις υπηρεσίες ή να χρειαστεί να πληρώσω επιπλέον επιμερισμό κόστους εκτός δικτύου στο πλαίσιο του προγράμματος υγείας μου.
* Μου δόθηκε μία γραπτή ειδοποίηση στις *[εισαγάγετε ημερομηνία ειδοποίησης]* που μου εξήγησε ότι ο πάροχος ή η εγκατάστασή μου δεν βρίσκεται στο δίκτυο του προγράμματος υγείας μου, περιέγραψε το εκτιμώμενο κόστος κάθε υπηρεσίας και γνωστοποίησε τι μπορεί να οφείλω εάν συμφωνήσω να λάβω θεραπεία από τον εν λόγω πάροχο ή εγκατάσταση.
* Έλαβα την ειδοποίηση είτε σε έντυπη είτε σε ηλεκτρονική μορφή, σύμφωνα με δική μου επιλογή.
* Κατανοώ πλήρως ότι ορισμένα ή όλα τα ποσά που πληρώνω μπορεί να μην προσμετρώνται στο εκπιπτόμενο ή μη καλυπτόμενο όριο του προγράμματος υγείας μου.
* Μπορώ να τερματίσω την παρούσα σύμβαση ειδοποιώντας εγγράφως τον πάροχο ή την εγκατάσταση πριν από τη λήψη υπηρεσιών.

**ΣΗΜΑΝΤΙΚΟ: Δεν χρειάζεται να υπογράψετε αυτό το έντυπο. Εάν δεν υπογράψετε, αυτός ο πάροχος ή η εγκατάσταση μπορεί να μην σας παρέχει περίθαλψη, αλλά μπορείτε να επιλέξετε να λάβετε φροντίδα από έναν πάροχο ή μια εγκατάσταση που βρίσκεται στο δίκτυο του προγράμματος υγείας σας.**

ή \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Υπογραφή ασθενούς Υπογραφή κηδεμόνα / εξουσιοδοτημένου εκπροσώπου

Ονοματεπώνυμο ασθενούς ολογράφως Ονοματεπώνυμο κηδεμόνα / εξουσιοδοτημένου εκπροσώπου

Ημερομηνία και ώρα υπογραφής Ημερομηνία και ώρα υπογραφής

**Βγάλτε μια φωτογραφία ή/και διατηρήστε ένα αντίγραφο αυτού του εντύπου.**

**Περιέχει σημαντικές πληροφορίες σχετικά με τα δικαιώματα και τις προστασίες σας.**

## Περισσότερες λεπτομέρειες σχετικά με τον υπολογισμό του συνολικού κόστους σας

**Ονοματεπώνυμο ασθενούς:**

**Πάροχος(οι) ή όνομα εγκατάστασης εκτός δικτύου**:

Το παρακάτω ποσό αποτελεί μόνο μια εκτίμηση. Δεν αποτελεί προσφορά ή σύμβαση για υπηρεσίες. Αυτή η εκτίμηση δείχνει το πλήρες εκτιμώμενο κόστος των αντικειμένων ή των υπηρεσιών που αναφέρονται. Δεν περιλαμβάνει πληροφορίες σχετικά με το τι μπορεί να καλύπτει το πρόγραμμα υγείας σας. Αυτό σημαίνει ότι **το τελικό κόστος των υπηρεσιών μπορεί να διαφέρει από αυτήν την εκτίμηση.**

**Επικοινωνήστε με το πρόγραμμα υγείας σας για να μάθετε εάν το πρόγραμμά σας θα πληρώσει οποιοδήποτε μέρος αυτών των δαπανών και το ποσό που μπορεί να χρειαστεί να πληρώσετε από την τσέπη σας.**

*[Εισαγάγετε το καλή τη πίστει εκτιμώμενο κόστος για τα αντικείμενα και τις υπηρεσίες που θα παρασχεθούν από τον αναφερόμενο πάροχο ή εγκατάσταση συν το κόστος οποιωνδήποτε αντικειμένων ή υπηρεσιών που αναμένεται εύλογα να παρασχεθούν σε συνδυασμό με τα εν λόγω αντικείμενα ή υπηρεσίες. Υποθέστε ότι δεν θα παρασχεθεί καμία κάλυψη για οποιοδήποτε από τα αντικείμενα και τις υπηρεσίες.]*

*Για κάθε πάροχο ή εγκατάσταση που περιγράφεται στην ειδοποίηση, συμπληρώστε τον παρακάτω πίνακα συμπληρώνοντας κάθε στήλη για κάθε αντικείμενο και υπηρεσία που θα παρασχεθεί από τον πάροχο ή την εγκατάσταση. Προσθέστε επιπλέον σειρές, εάν είναι απαραίτητο. Εάν η ειδοποίηση αφορά περισσότερες από μία εγκαταστάσεις ή παρόχους, αναφέρετε τα αντικείμενα και τις υπηρεσίες που θα παρασχεθούν από την ίδια εγκατάσταση ή πάροχο σε παρακείμενες σειρές και παρέχετε μία εκτίμηση του υποσυνόλου για κάθε εγκατάσταση και πάροχο(ους). Εάν η ειδοποίηση αφορά μία εγκατάσταση ή έναν πάροχο, η εκτίμηση του υποσυνόλου μπορεί να παραλειφθεί. Το συνολικό ποσό στη σελίδα 2 πρέπει να είναι ίσο με το σύνολο κάθε μίας από τις εκτιμήσεις κόστους που περιλαμβάνονται στον πίνακα.]*

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Ημερομηνία υπηρεσίας** | **Όνομα παρόχου ή εγκατάστασης** | **Κωδικός υπηρεσίας** | **Περιγραφή** | **Εκτιμώμενο**  **ποσό προς χρέωση** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| **Υποσύνολο για [εισαγάγετε όνομα παρόχου ή εγκατάστασης]:** | | | |  |
| **Εκτιμώμενο σύνολο των οφειλών σας:** | | | |  |