# Formular de protecție a facturării surpriză

## Acest document descrie măsurile dvs. de protecție împotriva facturilor medicale neașteptate. De asemenea, vă întreabă dacă doriți să renunțați la aceste protecții și să plătiți mai mult pentru îngrijirea în afara rețelei.

IMPORTANT: Nu aveți obligația de a semna acest formular și nu trebuie să-l semnați dacă nu ați avut de ales între furnizorul de servicii medicale înainte de a programa îngrijirea. Puteți alege să primiți îngrijire de la un furnizor sau o unitate din rețeaua planului dvs. de sănătate, ceea ce vă poate costa mai puțin.

Dacă doriți asistență cu privire la acest document, adresați-vă furnizorului sau unui avocat al pacientului. Faceți o fotografie și/sau păstrați o copie a acestui formular pentru evidențele dvs.

Primiți această notificare deoarece acest furnizor sau unitate nu se află în rețeaua planului dvs. de sănătate și este considerat în afara rețelei. Aceasta înseamnă că furnizorul sau unitatea nu are un acord cu planul dvs. de furnizare de servicii. **Cel mai probabil, îngrijirea din partea acestui furnizor sau a acestei unități vă va costa mai mult.**

Dacă planul dvs. acoperă articolul sau serviciul pe care îl primiți, legea federală vă protejează de facturile mai mari atunci când:

* Primiți îngrijire de urgență de la un furnizor sau o unitate din afara rețelei sau
* Un furnizor din afara rețelei vă tratează la un spital sau centru chirurgical ambulatoriu din rețea fără a obține consimțământul dvs. pentru a primi o factură mai mare.

Întrebați-vă furnizorul de servicii medicale sau avocatul pacientului dacă nu sunteți sigur(ă) dacă aceste protecții vi se aplică. Dacă semnați acest formular, rețineți că puteți plăti mai mult deoarece:

* Renunțați la protecția legală împotriva facturilor mai mari.
* Este posibil să datorați toate costurile facturate pentru articolele și serviciile pe care le primiți.
* Este posibil ca planul dvs. de sănătate să nu ia în considerare nicio sumă pe care o plătiți pentru limita deductibilă și din buzunar. Contactați-vă planul de sănătate pentru mai multe informații.

Înainte de a decide dacă să semnați acest formular, puteți contacta reprezentanții planului dvs. de sănătate pentru a găsi un furnizor sau o unitate din rețea. Dacă nu există unul, puteți, de asemenea, să vă întrebați reprezentanții planului de sănătate dacă pot elabora un

acord cu acest furnizor sau unitate (sau cu alta) pentru a vă reduce costurile. Consultați pagina următoare pentru estimarea costurilor.

## Estimați ce ați putea plăti dacă renunțați la protecții

**Numele pacientului: Furnizor(i) din afara rețelei sau numele unității:**

**Estimarea costului total a ceea ce vi se poate cere să plătiți:**

* **Revizuiți estimarea detaliată**. Consultați pagina 4 pentru o estimare a costurilor pentru fiecare articol sau serviciu pe care îl veți primi.
* **Sunați la reprezentanții planului dvs. de sănătate** . Reprezentanții planului dvs. pot avea informații mai bune despre suma pe care vi se va cere să o plătiți. De asemenea, puteți întreba ce anume este acoperit de planul dvs. și de opțiunile furnizorului dvs.
* **Întrebări despre această notificare și estimare?** Contactați [Introduceți informațiile de contact ale unui reprezentant al furnizorului sau al unității pentru a explica persoanei documentele și estimările și pentru a răspunde la orice întrebări, după cum este necesar.]
* Întrebări despre drepturile dvs.? Contactați [Introduceți informațiile de contact pentru agenția federală sau statală corespunzătoare. Numărul de telefon federal pentru informații și reclamații este: 1-800-985-3059]

**Autorizare prealabilă sau alte limitări ale managementului de îngrijire**

*[Introduceți fie (1) informații specifice despre autorizarea prealabilă, fie alte limitări privind gestionarea îngrijirii care sunt sau pot fi solicitate de planul de sănătate sau acoperirea persoanei, precum și implicațiile acestor limitări privind capacitatea persoanei de a primi acoperire pentru acele articole sau servicii, fie (2) includeți următoarea declarație generală:*

Cu excepția unei urgențe, planul dvs. medical poate necesita autorizare prealabilă (sau alte limitări) pentru anumite articole și servicii. Aceasta înseamnă că este posibil să aveți nevoie de aprobarea reprezentanților planului dvs. pentru ca acesta să acopere articolele sau serviciile înainte de a le putea obține. Dacă planul dvs. necesită autorizare prealabilă, întrebați-i de ce informații au nevoie pentru a obține acoperirea.]

*[În cazul în care prezenta notificare este furnizată pentru serviciile post-stabilizare de către un furnizor neparticipant din cadrul unei unități de primiri urgențe participante, includeți limba imediat mai jos și introduceți o listă a oricăror furnizori participanți din unitate care pot furniza articolele sau serviciile descrise în această notificare]*

**Înțelegerea opțiunilor dvs.**

Puteți obține articolele sau serviciile descrise în această notificare de la următorii furnizori care sunt în rețea cu planul dvs. de sănătate:

**Mai multe informații despre drepturile și protecția dvs.**

Vizitați [Introduceți site-ul web care descrie măsurile de protecție federale, cum ar fi [www.cms.gov/nosurprises/consumers](http://www.cms.gov/nosurprises/consumers)] pentru mai multe informații despre drepturile dvs. în temeiul legislației federale.

## Semnând, înțeleg că renunț la protecția federală a consumatorului și este posibil să trebuiască să plătesc mai mult pentru îngrijirea în afara rețelei.

Prin semnătura mea, sunt de acord să primesc articolele sau serviciile de la (selectați toate opțiunile care se aplică):

* + *[numele medicului sau al furnizorului] [Dacă consimțământul este pentru mai mulți medici sau furnizori, furnizați o casetă de selectare separată pentru fiecare medic sau furnizor]*
  + *[numele instituției]*

Prin semnătura mea, confirm că îmi dau consimțământul din proprie inițiativă și că nu sunt constrâns(ă) sau presat(ă). De asemenea, confirm că:

* Renunț la unele măsuri de protecție pentru facturarea consumatorilor conform legislației federale.
* Este posibil să fie necesar să plătesc costurile complete pentru aceste articole și servicii sau să plătesc costuri suplimentare în afara rețelei, conform planului meu de sănătate.
* Am primit o notificare scrisă la data de  *[introduceți data notificării]*, care mi-a explicat că furnizorul sau unitatea mea nu se află în rețeaua planului meu de sănătate, a descris costul estimat al fiecărui serviciu și a dezvăluit ceea ce pot datora dacă sunt de acord să fiu tratat(ă) de acest furnizor sau unitate.
* Am primit notificarea fie pe hârtie, fie electronic, în conformitate cu alegerea mea.
* Înțeleg pe deplin și în întregime că este posibil ca unele sau toate sumele pe care le plătesc să nu fie luate în considerare pentru limita deductibilă sau din fonduri proprii a planului meu de sănătate.
* Pot înceta acest acord notificând furnizorul sau unitatea, în scris, înainte de a beneficia de servicii.

**IMPORTANT: Nu trebuie să semnați acest formular. Dacă nu semnați, este posibil ca acest furnizor sau unitate să nu vă trateze, dar puteți alege să primiți îngrijire de la un furnizor sau o unitate care se află în rețeaua planului dvs. de sănătate.**

sau semnătura pacientului a tutorelui/reprezentantului autorizat

Numele în clar al pacientului Numele în clar al tutorelui/reprezentantului autorizat

Data și ora semnării Data și ora semnării

**Faceți o fotografie și/sau păstrați o copie a acestui formular.**

**Conține informații importante despre drepturile și protecția dvs.**

## Mai multe detalii despre estimarea costului total

**Numele pacientului:**

**Furnizor(i) din afara rețelei sau numele unității:**

Suma de mai jos este doar o estimare; nu este o ofertă sau un contract pentru servicii. Această estimare arată costurile estimate complete ale articolelor sau serviciilor enumerate. Nu include informații despre ce ar putea acoperi planul dvs. de sănătate. Aceasta înseamnă că **costul final al serviciilor poate fi diferit de această estimare.**

**Contactați-vă reprezentanții planului dvs. de sănătate pentru a afla dacă planul dvs. va plăti o parte din aceste costuri și cât va trebui să plătiți din fonduri proprii.**

*[Introduceți costul estimat de bună credință pentru articolele și serviciile care ar fi furnizate de furnizorul sau unitatea menționată, plus costul oricăror articole sau servicii care se preconizează în mod rezonabil că vor fi furnizate împreună cu astfel de articole sau servicii. Să presupunem că nu se va oferi acoperire pentru niciunul dintre articole și servicii.]*

*Pentru fiecare furnizor sau unitate descrisă în notificare, completați tabelul de mai jos completând fiecare coloană pentru fiecare element și serviciu care urmează să fie furnizat de furnizor sau unitate. Adăugați rânduri suplimentare dacă este necesar. Dacă notificarea este pentru mai multe unități sau furnizori, enumerați articolele și serviciile care urmează să fie furnizate de aceeași unitate sau furnizor pe rândurile adiacente și furnizați o estimare subtotală pentru fiecare unitate și furnizor(i). Dacă notificarea este pentru o unitate sau un furnizor, estimarea subtotală poate fi omisă. Suma totală de la pagina 2 trebuie să fie egală cu totalul fiecărei estimări a costurilor incluse în tabel.]*

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Data serviciului** | **Numele furnizorului sau al unității** | **Cod serviciu** | **Descriere** | **Estimare**  **sumă de facturat** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| **Subtotal pentru [introduceți numele furnizorului sau al unității]:** | | | |  |
| **Estimare totală a ceea ce puteți datora:** | | | |  |