# Форма защиты от неожиданных счетов

## В этом документе описаны меры защиты от неожиданных медицинских счетов. В нем также спрашивается, хотите ли Вы отказаться от этих мер защиты и платить за обслуживание вне сети больше.

ВАЖНО! Вы не обязаны подписывать эту форму и не должны подписывать ее, если перед назначением лечения у Вас не было возможности выбрать лечащего врача. Вы можете выбрать обслуживание у поставщика услуг или в учреждении, входящих в сеть Вашего плана медицинского страхования, что может обходиться Вам дешевле.

Если Вам нужна помощь в изучении этого документа, обратитесь к своему поставщику услуг или к специалисту по защите прав пациентов. Сделайте фотографию и (или) сохраните копию этой формы в своей документации.

Вы получаете это уведомление, поскольку данный поставщик или учреждение не входят в сеть Вашего плана медицинского страхования и считаются не входящими в сеть. Это означает, что поставщик услуг или учреждение не имеют договора с Вашим планом предоставления услуг. **Получение медицинской помощи от этого поставщика услуг или учреждения, вероятно, будет для Вас более дорогостоящим.**

Если Ваш план покрывает полученный Вами товар или услугу, федеральное законодательство защищает Вас от более высоких счетов, когда:

* Вы получаете экстренную помощь от поставщика услуг или учреждения, не входящего в сеть, или
* поставщик услуг, не входящий в сеть, лечит Вас в больнице или амбулаторном хирургическом центре, входящем в сеть, не получив Вашего согласия на выставление более высокого счета.

Если Вы не уверены, применимы ли к Вам эти средства защиты, обратитесь к своему лечащему врачу или специалисту по защите прав пациентов. Если Вы подпишете эту форму, имейте в виду, что Вы можете заплатить больше, потому что:

* Вы отказываетесь от своих правовых средств защиты от более высоких счетов.
* Вы можете быть обязаны оплатить все расходы, связанные с получением товаров и услуг.
* Ваш план медицинского страхования может не засчитать уплаченную Вами сумму в счет франшизы и оплачиваемого Вами лимита. Для получения дополнительной информации свяжитесь с Вашим планом медицинского страхования.

Прежде чем принять решение о подписании этой формы, Вы можете связаться с Вашим планом медицинского страхования, чтобы найти поставщика услуг или учреждение, входящие в сеть. При отсутствии такового можно также обратиться в свой план медицинского страхования, чтобы узнать, может ли он

заключить соглашение с этим (или другим) поставщиком услуг или учреждением, чтобы снизить Ваши расходы. Оценка Ваших расходов приведена на следующей странице.

## Оцените возможную оплату в случае отказа от защиты

**Имя и фамилия пациента: Название поставщика(-ов) услуг или учреждения, не входящих в сеть:**

**Оценка совокупных расходов, которые Вам, возможно, придется оплатить:**

* **Проверьте подробную оценку стоимости.** См. стр. 4 для оценки расходов на каждый товар или услугу, которые Вы получите.
* **Позвоните в свой план медицинского страхования.** Ваш план может располагать более полной информацией о том, какую сумму Вам придется заплатить. Вы также можете узнать о том, что покрывает Ваш план, и о вариантах выбора поставщика услуг.
* **У Вас есть вопросы об этом уведомлении и оценке?** Свяжитесь с [введите контактную информацию представителя поставщика услуг или учреждения, который объяснит физическому лицу суть документов и оценок и, при необходимости, ответит на любые вопросы.]
* Вопросы о Ваших правах? Свяжитесь с [укажите контактную информацию соответствующего федерального агентства или агентства штата. Федеральный номер телефона для получения информации и подачи жалоб: 1-800-985-3059]

**Предварительное разрешение или другие ограничения на управление медицинским обслуживанием**

*[Укажите либо (1) конкретную информацию о предварительном разрешении или других ограничениях на управление медицинским обслуживанием, которые требуются или могут требоваться планом медицинского страхования или страховым покрытием, и о последствиях этих ограничений для возможности физического лица получать страховое покрытие на эти товары или услуги, либо (2) включите следующее общее заявление:*

За исключением экстренных случаев, Ваша программа медицинского страхования может потребовать предварительного разрешения (или другие ограничения) на определенные товары и услуги. Это означает, что Вам может потребоваться разрешение Вашего плана на покрытие товаров или услуг, прежде чем Вы сможете их получить. Если Ваш план требует получение предварительного разрешения, спросите, какая информация необходима для получения страхового покрытия.]

*[В случае, если данное уведомление направляется в отношении услуг после стабилизации, предоставляемых не входящим в сеть поставщиком во входящем в сеть учреждении оказания экстренной помощи, включите формулировку, приведенную ниже, и укажите список всех входящих в сеть поставщиков в данном учреждении, которые могут предоставить товары или услуги, описанные в данном уведомлении]*

**Понимание доступных Вам вариантов**

Вы можете получить товары или услуги, описанные в данном уведомлении, у следующих поставщиков, входящих в сеть Вашего плана медицинского страхования:

**Дополнительная информация о Ваших правах и способах защиты**

Для получения дополнительной информации о Ваших правах в соответствии с федеральным законодательством посетите веб-сайт [вставьте адрес веб-сайта с описанием федеральной защиты, например, [www.cms.gov/nosurprises/consumers](http://www.cms.gov/nosurprises/consumers)].

## Подписывая этот документ, я понимаю, что отказываюсь от федеральной защиты прав потребителей и, возможно, мне придется платить больше за обслуживание вне сети.

Своей подписью я даю согласие на получение товаров или услуг от (выберите все подходящие варианты):

* + *[имя и фамилия врача или поставщика услуг] [Если согласие получают для нескольких врачей или поставщиков услуг, то для каждого врача или поставщика услуг выделите отдельное поле]*
	+ *[название учреждения]*

Своей подписью я подтверждаю, что даю согласие по собственной воле и не подвергаюсь принуждению или давлению. Я также признаю, что:

* Я отказываюсь от некоторых средств защиты потребителей от выставления счетов, предусмотренных федеральным законодательством.
* Возможно, мне придется оплатить полную стоимость этих товаров и услуг или оплатить дополнительные совместные расходы на обслуживание вне сети в рамках моего плана медицинского страхования.
* Мне было вручено письменное уведомление *[укажите дату уведомления],* в котором объяснялось, что мой поставщик или учреждение не входит в сеть моего плана медицинского страхования, описывалась оценочная стоимость каждой услуги и сообщалось о моих возможных обязательствах, если я соглашусь на лечение у этого поставщика услуг или в этом учреждении.
* Я получил(-а) уведомление либо в бумажном, либо в электронном виде, в соответствии с моим выбором.
* Я полностью и всецело осознаю, что некоторые или все суммы, которые я оплачиваю, могут не засчитываться в счет франшизы или лимита расходов, установленного моим планом медицинского страхования.
* Я могу расторгнуть настоящее соглашение, уведомив об этом поставщика услуг или учреждение в письменной форме до получения услуг.

**ВАЖНО! Вы не обязаны подписывать эту форму. Если Вы не подпишете эту форму, этот поставщик услуг или учреждение могут не оказывать Вам медицинскую помощь, но Вы можете выбрать получение медицинской помощи от поставщика или учреждения, которые входят в сеть Вашего плана медицинского страхования.**

 или

Подпись пациента Подпись опекуна/уполномоченного представителя

Имя и фамилия пациента печатными буквами Имя и фамилия опекуна/уполномоченного представителя печатными буквами

Дата и время подписания Дата и время подписания

**Сделайте фотографию и (или) сохраните копию этой формы.**

**В ней содержится важная информация о Ваших правах и защите.**

## Более подробная информация об оценке совокупных расходов

**Имя и фамилия пациента:**

**Название поставщика(-ов) услуг или учреждения, не входящих в сеть:**

Приведенная ниже сумма является лишь оценочной; это не предложение или договор на оказание услуг. Данная оценка показывает полную расчетную стоимость перечисленных товаров или услуг. Она не содержит информации о том, что может быть покрыто Вашим планом медицинского страхования. Это означает, что **окончательная стоимость услуг может отличаться от этой оценки.**

**Свяжитесь с Вашим планом медицинского страхования, чтобы узнать, оплатит ли Ваш план какую-либо часть этих расходов, и какую сумму Вам, возможно, придется заплатить из собственных средств.**

*[Укажите добросовестную оценочную стоимость товаров и услуг, которые будут предоставлены указанным поставщиком или учреждением, а также стоимость любых товаров или услуг, которые, как ожидается, будут предоставлены в связи с такими товарами или услугами. Предполагается, что страховое покрытие не будет предоставляться ни для одного из товаров и услуг.]*

*Для каждого поставщика или учреждения, описанного в уведомлении, заполните приведенную ниже таблицу, заполнив каждый столбец для каждого товара и услуги, которые должны быть предоставлены поставщиком или учреждением. При необходимости добавьте дополнительные строки. Если уведомление касается нескольких учреждений или поставщиков услуг, перечислите товары и услуги, которые будут предоставляться одним и тем же учреждением или поставщиком, в смежных строках и предоставьте промежуточную оценку для каждого учреждения и поставщика(-ов). Если уведомление касается одного учреждения или одного поставщика услуг, промежуточную сумму можно не указывать. Общая стоимость на 2-й странице должна быть равна общей сумме каждой оценки расходов, включенной в таблицу.]*

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Дата оказания услуги** | **Название поставщика услуг или учреждения** | **Код услуги** | **Описание** | **Расчетное значение****суммы счета** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| **Промежуточный итог по [укажите название поставщика или учреждения]:** |  |
| **Общая оценка суммы, которую Вы можете быть обязаны оплатить:** |  |