# Obrazac o zaštiti od iznenadne naplate

## Ovaj dokument opisuje vašu zaštitu od neočekivanih medicinskih računa. Također postavlja pitanje da li biste željeli odreći se te zaštite i platiti više za njegu izvan vaše mreže.

VAŽNO: Od vas se ne traži da potpišete ovaj obrazac i ne biste ga trebali potpisati ako niste imali mogućnost biranja pružaoca usluga zdravstvene zaštite prije nego što ste zakazali njegu. Možete odabrati da primate usluge zdravstvene zaštite od pružaoca usluga ili ustanove u mreži vašeg plana zdravstvene zaštite, što bi vas moglo koštati manje.

Ako želite pomoć s ovim dokumentom, obratite se svom pružaocu usluga ili zastupniku pacijenata. Uslikajte i/ili sačuvajte kopiju ovog obrasca za svoju evidenciju.

Primate ovu obavijest jer ovaj pružalac usluga ili služba nije u mreži vašeg plana zdravstvene zaštite. Smatra se da je izvan mreže. To znači da pružalac usluga ili služba nemaju potpisan sporazum za pružanje usluga s vašim planom. **Usluge zdravstvene zaštite ovog pružaoca usluga ili ustanove će vas vjerovatno više koštati.**

Ako vaš plan zdravstvene zaštite pokriva stavku ili uslugu koju primate, savezni zakon vas štiti od većih računa u slučaju da:

* primate hitnu pomoć od pružaoca usluga ili službe izvan mreže ili
* pružalac usluga izvan mreže vas liječi u bolnici koja je dio mreže ili u ambulantnom hirurškom centru bez vašeg pristanka, radi naplate većeg računa.

Obratite se svom pružaocu usluga zdravstvene zaštite ili zastupniku pacijenata ako niste sigurni da li se ova zaštita odnosi na vas. Ako potpišete ovaj obrazac, imajte na umu da biste mogli platiti više jer:

* se odričete pravne zaštite od većih računa,
* se možete naći u situaciji da dugujete pune iznose naplaćene za stavke i usluge koje vam budu pružene,
* je moguće da vaš plan zdravstvene zaštite ne uključuje iznose koje plaćate kao odbitke i gotovinske izdatke. Za više informacije se obratite svom planu zdravstvene zaštite.

Prije nego što odlučite da li potpisati ovaj obrazac, možete kontaktirati svoj plan zdravstvene zaštite kako biste pronašli pružaoca usluga ili službu unutar mreže. Ako sporazum ne postoji, također možete pitati svoj plan zdravstvene zaštite da li oni mogu sklopiti

sporazum s ovim (ili nekim drugim) pružaocem usluga ili službom, kako biste smanjili troškove. Za procjenu troškova pogledajte sljedeću stranicu.

## Procjena onog što biste mogli platiti ako odustanete od zaštite

**Ime pacijenta: Ime/naziv pružaoca usluga ili službe izvan mreže:**

**Procjena ukupnih troškova koje mogu tražiti da platite:**

* **Pregledajte detaljnu procjenu.** Pogledajte stranicu 4 za procjenu troškova za svaku stavku ili uslugu koju ćete dobiti.
* **Pozovite svoj plan zdravstvene zaštite**. Vaš plan može imati detaljnije informacije o tome koliko će se tražiti da platite. Također možete pitati o tome šta je pokriveno vašim planom i opcijama vašeg pružaoca usluga.
* **Imate pitanja o ovoj obavijesti i procjeni?** Obratite se [navesti kontakt informacije za predstavnika pružaoca usluga ili službe koji osobi objašnjava dokumente i procjene, te po potrebi odgovara na bilo kakva pitanja.]
* Imate pitanja o vašim pravima? Obratite se [navesti kontakt informacije za odgovarajuću saveznu ili državnu agenciju. Broj telefona za informacije i žalbe na saveznom nivou je: 1-800-985-3059]

**Prethodno odobrenje ili druga ograničenja u pogledu upravljanja njegom**

*[Navesti (1) konkretne informacije o prethodnom odobrenju ili drugim ograničenjima u pogledu upravljanja njegom koja su ili mogu biti zahtijevana planom zdravstvene zaštite ili pokrićem pojedinca i implikacijama tih ograničenja na mogućnost pojedinca da dobije pokriće za te stavke ili usluge, ili (2) uključiti sljedeću opću izjavu:*

Osim u hitnim slučajevima, vaš plan zdravstvene zaštite može zahtijevati prethodno odobrenje (ili druga ograničenja) za određene stavke i usluge. To znači da će vam možda trebati odobrenje vašeg plana za pokriće stavke ili usluge prije nego što je budete mogli dobiti. Ako vaš plan zahtijeva prethodno odobrenje, pitajte ih koje informacije su im potrebne da biste mogli dobili pokriće.]

*[U slučaju da ovu obavijest za usluge nakon stabilizacije dostavlja pružalac usluga koji ne učestvuje u programu a u okviru službe hitne pomoći koja učestvuje, uključiti terminologiju navedenu u nastavku i unesite listu svih pružalaca pri službi koji učestvuju u programu i koji su u mogućnosti da pruže stavke ili usluge opisane u ovoj obavijesti]*

**Razumijevanje mogućnosti koje su vam dostupne**

Stavke ili usluge opisane u ovoj obavijesti vam mogu ponuditi pružaoci usluga koji su u mreži vašeg plana zdravstvene zaštite:

**Više informacija o vašim pravima i zaštiti**

Posjetite [navesti web stranicu koja opisuje zaštitu na saveznom nivou, [npr. www.cms.gov/nosurprises/consumers](http://www.cms.gov/nosurprises/consumers)] za više informacija o vašim pravima prema saveznom zakonu.

## Potpisivanjem pokazujem da razumijem da se odričem zaštite potrošača na saveznom nivou i da ću možda morati platiti više za njegu izvan moje mreže.

Potpisom pristajem da mi stavke ili usluge pruža (odaberite sve tačne odgovore):

* + *[ime ljekara ili pružaoca usluga] [ako je pristanak za više ljekara ili pružalaca usluga, navesti zasebno polje za potvrdu za svakog ljekara ili pružaoca usluga]*
	+ *[naziv ustanove]*

Potpisom potvrđujem da svojevoljno dajem pristanak i da nisam pod bilo kakvom prisilom ili pritiskom. Također potvrđujem sljedeće:

* Odričem se određenih vrsta zaštite potrošača od naplate prema saveznom zakonu.
* Možda ću morati platiti pune troškove za ove stavke i usluge ili ću morati platiti dodatnu participaciju u troškovima izvan mreže u okviru svog plana zdravstvene zaštite.
* Potvrđujem primitak pisane obavijesti *[navesti datum obavijesti]* u kojem je objašnjeno da moj pružalac usluga ili služba nije u mreži mog plana zdravstvene zaštite, opisana je procijenjena cijena svake usluge i otkriveni moji potencijalni troškovi ako pristanem da me liječi ovaj pružalac usluga ili služba.
* Obavijest se pruža u štampanom ili elektronskom obliku, po mom izborom.
* U potpunosti razumijem da je moguće da moj plan zdravstvene zaštite ne uključuje neke ili sve iznose koje plaćam kao odbitke ili gotovinske izdatke.
* Mogu da raskinem ovaj sporazum putem pisane obavijesti pružaocu usluga ili službi prije nego što mi se pruže usluge.

**VAŽNO: Ne morate potpisati ovaj obrazac. Ako ne potpišete, možda vas neće liječiti ovaj pružalac usluga ili služba, ali možete odabrati njegu pružaoca usluga ili službe koji su u mreži vašeg plana zdravstvene zaštite.**

 ili \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Potpis pacijenta Potpis staratelja/ovlaštenog predstavnika

Ime pacijenta štampanim slovima Štampanje imena staratelja/ovlašćenog predstavnika

Datum i vrijeme potpisa Datum i vrijeme potpisa

**Uslikajte i/ili sačuvajte kopiju ovog obrasca.**

**Sadrži važne informacije o vašim pravima i zaštiti.**

## Više detalja o procjeni vaših ukupnih troškova

**Ime pacijenta:**

**Ime/naziv pružaoca usluga ili službe izvan mreže:**

Iznos u nastavku je samo procjena, a ne ponuda ili ugovor o pružanju usluga. Ova procjena pokazuje pune procijenjene troškove navedenih stavki ili usluga. Ne uključuje nikakve informacije o tom šta može biti obuhvaćeno vašim planom zdravstvene zaštite. To znači da **konačna cijena usluga može biti drugačija od ove procjene.**

**Obratite se svom planu zdravstvene zaštite da saznate da li će vaš plan platiti bilo koji dio tih troškova i koliko ćete vi možda morati platiti iz svog džepa.**

*[Navesti trošak stavki i usluge procijenjen u dobroj vjeri koje bi pružio navedeni pružalac usluga ili služba plus trošak bilo koje stavke ili usluge za koje se razumno očekuje da ih se pruži u vezi s takvim stavkama ili uslugama. Nemojte pretpostavljati da će pokriće biti omogućeno za bilo koju od stavki i usluga.]*

*Za svakog pružaoca usluga ili službu opisane u obavijesti popunite tabelu u nastavku unošenjem informacija u svaku kolonu za svaku stavku i uslugu koje bi pružao pružalac usluga ili služba. Ako je potrebno, umetnite dodatne redove. Ako se obavijest odnosi na više od jedne službe ili pružaoca usluga, navedite stavke i usluge koje će pružati ista služba ili pružalac usluga u susjednim redovima te navedite međuzbirnu procjenu za svaku službu i pružaoca(e). Ako se obavijest odnosi na jednu službu ili pružaoca usluga, možete izostaviti međuzbirnu procjenu. Ukupan iznos na 2. stranici mora biti jednak zbiru svih procjena troškova uključenih u tabelu.]*

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Datum pružanja usluge** | **Ime/naziv pružaoca usluga ili službe** | **Šifra usluge** | **Opis** | **Procjena****iznosa za naplatu** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| **Međuzbir za [unesite ime/naziv pružaoca usluga ili službe]:** |  |
| **Procjena vaših potencijalnih ukupnih dugovanja:** |  |