# Formularz ochrony przed niespodziewanymi rozliczeniami

## W niniejszym dokumencie opisano środki zabezpieczające Pana/Panią przed nieoczekiwanymi rachunkami medycznymi. Zamieszczono w nim również pytanie dotyczące tego, czy chciałby Pan/Pani zrezygnować z tej ochrony i zapłacić więcej za opiekę poza siecią.

WAŻNE: Nie musi Pan/Pani podpisywać tego formularza i nie należy go podpisywać, jeśli nie mógł Pan/mogła Pani wybrać świadczeniodawcy opieki zdrowotnej przed zaplanowaniem opieki. Może Pan/Pani zdecydować się na opiekę udzielaną przez świadczeniodawcę albo placówkę zrzeszoną w sieci planu ubezpieczenia zdrowotnego, co może Pana/Panią kosztować mniej.

Jeśli potrzebuje Pan/Pani pomocy w związku z tym dokumentem, proszę zapytać swojego świadczeniodawcę albo rzecznika pacjentów. Proszę zrobić zdjęcie lub zachować egzemplarz tego formularza w swojej dokumentacji.

Otrzymuje Pan/Pani to powiadomienie, ponieważ ten świadczeniodawca albo placówka nie należy do sieci planu ubezpieczenia zdrowotnego i jest traktowany jako świadczeniodawca albo placówka spoza sieci. Oznacza to, że świadczeniodawca albo placówka nie ma podpisanej z Pana/Pani planem umowy dotyczącej udzielania świadczeń. **Uzyskanie opieki od tego świadczeniodawcy albo placówki prawdopodobnie będzie Pana/Panią kosztować więcej.**

Jeśli Pana/Pani plan obejmuje przedmiot albo świadczenie, które Pan/Pani otrzymuje, prawo federalne chroni Pana/Panią przed wyższymi rachunkami w następujących przypadkach:

* otrzymuje Pan/Pani opiekę w nagłych przypadkach od świadczeniodawcy albo placówki spoza sieci albo
* świadczeniodawca spoza sieci leczy Pana/Panią w szpitalu albo ambulatorium chirurgicznym należącym do sieci bez uzyskania Pana/Pani zgody na pokrycie wyższego rachunku.

Jeśli nie ma Pan/Pani pewności, czy te środki zabezpieczające mają zastosowanie do Pana/Pani, należy zapytać swojego lekarza albo rzecznika praw pacjenta. Proszę pamiętać, że jeżeli podpisze Pan/Pani ten formularz, może Pan/Pani zapłacić więcej, ponieważ:

* rezygnuje Pan/Pani z przysługującej Panu/Pani ochrony prawnej przed wyższymi rachunkami.
* Może Pan/Pani być zostać obciążony/zostać obciążona pełnymi kosztami z tytułu otrzymanych przedmiotów i świadczeń.
* Pana/Pani plan ubezpieczenia zdrowotnego może nie uwzględnić żadnej zapłaconej przez Pana/Panią kwoty na poczet limitu udziału własnego i wydatków własnych. Więcej informacji można uzyskać, kontaktując się z planem ubezpieczenia zdrowotnego.

Przed podjęciem decyzji o podpisaniu tego formularza może Pan/Pani skontaktować się ze swoim planem ubezpieczenia zdrowotnego, aby znaleźć świadczeniodawcę albo placówkę należącą do sieci. W przypadku braku takiego świadczeniodawcy albo placówki, może Pan/Pani również zapytać swój plan opieki zdrowotnej o to, czy możliwe jest wypracowanie porozumienia

z tym świadczeniodawcą albo placówką (albo innym podmiotem) w celu obniżenia kosztów. Na następnej stronie określono szacunkową kwotę do zapłaty.

## Szacunkowa kwota do zapłaty jeśli zrezygnuje Pan/Pani z ochrony

**Imię i nazwisko pacjenta: Nazwa świadczeniodawcy (świadczeniodawców) albo placówki spoza sieci:**

**Całkowita szacunkowa kwota do ewentualnej zapłaty:**

* **Prosimy zapoznać się ze szczegółową wyceną**. Na stronie 4 znajdzie Pan/Pani szacunkowy koszt każdego przedmiotu albo świadczenia, które zostaną Panu/Pani przekazane albo udzielone.
* **Proszę skontaktować się telefonicznie ze swoim planem ubezpieczenia zdrowotnego**. Pana/Pani plan może posiadać dokładniejsze informacje na temat należnej ewentualnie kwoty. Może Pan/Pani również zapytać o to, co obejmuje Pana/Pani plan i o możliwości oferowane przez świadczeniodawcę.
* **W przypadku pytań dotyczących tego powiadomienia i szacunkowej wyceny** Proszę skontaktować się z [wprowadzić dane kontaktowe przedstawiciela świadczeniodawcy albo placówki w celu wyjaśnienia dokumentów i szacunkowych kwot oraz, w razie potrzeby, udzielenia odpowiedzi na wszelkie pytania.]
* W przypadku pytań dotyczących Pana/Pani praw Należy skontaktować się z [wprowadzić dane do kontaktu odpowiedniej agencji federalnej albo stanowej. Federalny numer infolinii udzielającej informacji i przyjmującej skargi to: 1-800-985-3059]

**Uprzednia autoryzacja albo inne ograniczenia dotyczące zarządzania opieką**

*[Zamieścić (1) konkretne informacje o uprzedniej autoryzacji albo innych ograniczeniach dotyczących zarządzania opieką, które zostały albo mogą zostać narzucone przez plan ubezpieczenia zdrowotnego albo wynikać z zakresu ubezpieczenia danej osoby, jak również o konsekwencjach tych ograniczeń dla zdolności danej osoby do pokrycia kosztów tych przedmiotów albo świadczeń z ubezpieczenia albo (2) następujące ogólne stwierdzenie:*

Z wyjątkiem sytuacji nagłych, Pana/Pani plan ubezpieczenia zdrowotnego może wymagać uprzedniej autoryzacji (albo nałożyć inne ograniczenia) niektórych przedmiotów i świadczeń. Oznacza to, że może Pan/Pani potrzebować zgody swojego planu na pokrycie kosztów przedmiotów albo świadczeń, zanim będzie mógł Pan/mogła Pani je uzyskać. Jeśli Pana/Pani plan wymaga uprzedniej autoryzacji, należy zapytać, jakie informacje są potrzebne, aby uzyskać pokrycie kosztów.]

*[W przypadku, gdy niniejsze powiadomienie dotyczy świadczeń udzielanych po ustabilizowaniu stanu przez nieuczestniczącego w programie świadczeniodawcę w ramach placówki ratunkowej uczestniczącej w programie, należy uwzględnić sformułowanie bezpośrednio poniżej i wymienić wszystkich uczestniczących w programie świadczeniodawców w placówce, którzy są w stanie przekazać przedmioty albo udzielić świadczeń opisanych w niniejszym powiadomieniu]*

**Dostępne możliwości**

Może Pan/Pani otrzymać przedmioty albo świadczenia opisane w niniejszym powiadomieniu od następujących świadczeniodawców, którzy są zrzeszeni w sieci Pana/Pani planu ubezpieczenia zdrowotnego:

**Dodatkowe informacje na temat przysługujących Panu/Pani praw i ochrony**

Proszę odwiedzić stronę [wstawić adres strony internetowej opisującej środki ochrony na poziomie federalnym, na przykład [www.cms.gov/nosurprises/consumers](http://www.cms.gov/nosurprises/consumers)], aby uzyskać więcej informacji na temat praw przysługujących Panu/Pani na mocy prawa federalnego.

## Składając podpis potwierdzam, że rozumiem, iż rezygnuję z federalnej ochrony konsumentów i być może będę musiał/musiała zapłacić więcej za opiekę poza siecią.

Składając swój podpis, wyrażam zgodę na otrzymanie przedmiotów albo świadczeń od (proszę wybrać wszystkie właściwe odpowiedzi):

* + *[imię i nazwisko lekarza albo nazwa świadczeniodawcy] [Jeśli zgoda dotyczy wielu lekarzy albo świadczeniodawców, należy zaznaczyć osobne pole wyboru w odniesieniu do każdego lekarza albo świadczeniodawcy]*
  + *[nazwa placówki]*

Składając swój podpis wyrażam zgodę z własnej woli i nie wywierano na mnie żadnego przymusu ani nacisku. Potwierdzam również, że:

* Rezygnuję z niektórych środków ochrony rozliczeń z konsumentami przysługujących na mocy przepisów prawa federalnego.
* Być może będę musiał/musiała pokryć pełną wysokość opłat z tytułu tych przedmiotów i świadczeń albo będę musiał/musiała pokryć dodatkową kwotę w ramach udziału własnego w kosztach świadczeń udzielanych poza siecią w ramach mojego planu ubezpieczenia zdrowotnego.
* W dniu *[wstawić datę powiadomienia] przekazano mi pisemne powiadomienie, w*którym wyjaśniono, że mój świadczeniodawca albo placówka nie jest zrzeszona w sieci mojego planu ubezpieczenia zdrowotnego, określono szacowany koszt każdej świadczeń i wskazano, jaką kwotę mogę być zobowiązany/zobowiązana zapłacić, jeśli zgodzę się na leczenie przez tego świadczeniodawcę albo placówkę.
* Przekazano mi powiadomienie w wybranej przeze mnie formie: papierowej albo elektronicznej.
* W pełni rozumiem, że niektóre albo wszystkie kwoty, które płacę, mogą nie być wliczane do limitu udziału własnego i wydatków własnych mojego planu ubezpieczenia zdrowotnego.
* Mogę wycofać udzieloną zgodę, powiadamiając o tym świadczeniodawcę albo placówkę na piśmie przed rozpoczęciem udzielania świadczeń.

**WAŻNE: Nie musi Pan/Pani podpisywać tego formularza. Jeśli odmówi Pan/Pani podpisania, ten świadczeniodawca albo placówka może nie zapewnić Panu/Pani leczenia, ale może Pan/Pani zdecydować się na opiekę udzielaną przez świadczeniodawcę albo placówkę należącą do sieci Pana/Pani planu ubezpieczenia zdrowotnego.**

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
| Podpis pacjenta | opiekuna/upoważnionego przedstawiciela |
| Imię i nazwisko pacjenta (drukowanymi literami) | Imię i nazwisko opiekuna/upoważnionego przedstawiciela |

Data i godzina złożenia podpisu Data i godzina złożenia podpisu

**Proszę zrobić zdjęcie lub zachować egzemplarz tego formularza.**

**Zawiera ona ważne informacje na temat przysługujących Panu/Pani praw i ochrony**

## Dodatkowe informacje na temat całkowitej szacunkowej kwoty do zapłaty

**Imię i nazwisko pacjenta:**

**Nazwa świadczeniodawcy (świadczeniodawców) albo placówki spoza sieci:**

Poniższa kwota jest tylko szacunkowa; nie jest ofertą ani umową na udzielanie świadczeń. Szacunkowa kwota odzwierciedla wszystkie szacunkowe koszty wymienionych przedmiotów albo świadczeń. Nie uwzględnia żadnych informacji na temat tego, co może obejmować Pana/Pani plan ubezpieczenia zdrowotnego. Oznacza to, że **ostateczny koszt świadczeń może być inny niż podana szacunkowa kwota.**

**Proszę skontaktować się ze swoim planem ubezpieczenia zdrowotnego, aby dowiedzieć się, czy Pana/Pani plan pokryje jakąkolwiek część tych kosztów i ile będzie Pan/Pani musiał zapłacić ze środków własnych.**

*[Wprowadzić oszacowany w dobrej wierze koszt przedmiotów i świadczeń, które zostałyby przekazane albo udzielone przez wskazanego świadczeniodawcę albo placówkę plus koszt wszelkich przedmiotów albo świadczeń, co do których można zasadnie oczekiwać, że zostaną zapewnione albo udzielone w połączeniu z takimi przedmiotami albo świadczeniami. Proszę założyć, że żadne przedmioty ani świadczenia nie będą objęte ubezpieczeniem.]*

*Należy wypełnić poniższą tabelę w odniesieniu do każdego świadczeniodawcy albo placówki opisanych w powiadomieniu, wypełniając każdą kolumnę w odniesieniu do każdej pozycji i świadczeń udzielanych przez świadczeniodawcę albo placówkę. W razie potrzeby należy dodać kolejne wiersze. Jeśli powiadomienie dotyczy więcej niż jednej placówki albo świadczeniodawcy, należy w sąsiednich wierszach wymienić przedmioty i świadczenia, które mają być przekazywane albo udzielane przez tą samą placówkę albo świadczeniodawcę oraz podać szacunkową sumę częściową w odniesieniu do każdej placówki i świadczeniodawcy (świadczeniodawców). Jeśli powiadomienie dotyczy jednej placówki albo jednego świadczeniodawcy, szacunkowa suma częściowa może zostać pominięta. Całkowita kwota podana na stronie 2 musi być równa sumie każdej z szacunkowych pozycji kosztowych zawartych w tabeli.]*

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Data udzielenia świadczenia** | **Nazwa świadczeniodawcy albo placówki** | **Kod świadczenia** | **Opis** | **Szacunkowa**  **kwota do rozliczenia** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| **Suma częściowa [wstawić nazwę świadczeniodawcy albo placówki]:** | | | |  |
| **Łączna szacunkowa kwota do ewentualnej zapłaty:** | | | |  |