# نموذج الحماية من الفواتیر الطبیة المفاجئة

## تصف هذه الوثيقة حمايتك من الفواتير الطبية غير المتوقعة. كما تسألك عما إذا كنت ترغب في التخلي عن هذه الحماية ودفع المزيد مقابل الرعاية خارج الشبكة.

هام: لا يُطلب منك التوقيع على هذا النموذج ولا يجب عليك التوقيع عليه إذا لم يكن لديك خيار مقدم الرعاية الصحية قبل تحديد موعد الرعاية. يمكنك اختيار الحصول على الرعاية من مقدم خدمة أو مرفق في شبكة خطتك الصحية، مما قد يكلفك أقل.

إذا كنت ترغب في الحصول على مساعدة بشأن هذه الوثيقة، فاسأل مقدم الرعاية أو أحد محاميّ المرضى. التقط صورة لهذا النموذج و/أو احتفظ بنسخة منه للاحتفاظ بها في سجلاتك.

أنت تتلقى هذا الإخطار لأن مقدم الخدمة أو مرفق الرعاية هذا ليس ضمن شبكة خطتك الصحية ويُعتبر خارج الشبكة. وهذا يعني أن مقدم الخدمة أو مرفق الرعاية ليس لديه اتفاق مع خطتك لتقديم الخدمات. **من المرجح أن يكلفك الحصول على الرعاية من مقدم الخدمة أو مرفق الرعاية هذا أكثر.**

إذا كانت خطتك تغطي العنصر أو الخدمة التي تحصل عليها، فإن القانون الفيدرالي يحميك من الفواتير الأعلى عندما:

* تحصل على رعاية طارئة من مقدم خدمة أو مرفق رعاية خارج الشبكة، أو
* يعالجك مقدم خدمة خارج الشبكة في مستشفى داخل الشبكة أو مركز جراحي متنقل دون الحصول على موافقتك على تلقي فاتورة أعلى.

اسأل مقدم الرعاية الصحية أو محامي المريض لديك إذا لم تكن متأكدًا مما إذا كانت هذه الحماية تنطبق عليك. إذا وقّعت على هذا النموذج، فاعلم أنك قد تدفع أكثر للأسباب التالية:

* أنت تتخلى عن حمايتك القانونية من الفواتير الأعلى.
* قد تكون مدينًا بالتكاليف الكاملة المفوترة مقابل العناصر والخدمات التي تحصل عليها.
* قد لا تحسب خطتك الصحية أيًا من المبلغ الذي تدفعه ضمن حد مبلغ التحمل والمصاريف النثرية. اتصل بخطتك الصحية للحصول على مزيدٍ من المعلومات.

قبل أن تقرر ما إذا كنت ستوقّع على هذا النموذج، يمكنك الاتصال بخطتك الصحية للعثور على مقدم خدمة أو مرفق رعاية داخل الشبكة. وفي حالة عدم توفر مقدم خدمة أو مرفق رعاية، فيمكنك أيضًا أن تسأل خطتك الصحية عما إذا كان بإمكانهم إبرام اتفاق مع مقدم الخدمة أو مرفق الرعاية هذا (أو مقدم خدمة أو مرفق رعاية آخر) لخفض تكاليفك. راجع الصفحة التالية لمعرفة تقدير التكلفة الخاص بك.

## تقدير ما يمكنك دفعه إذا تخليت عن حمايتك

**اسم المريض:**

**اسم مقدم (مقدمي) الخدمة أو مرفق الرعاية خارج الشبكة:**

**تقدير التكلفة الإجمالية لما قد يُطلب منك دفعه:**

* **راجع تقديرك التفصيلي**. راجع الصفحة 4 لمعرفة تقدير التكلفة لكل عنصر أو خدمة ستحصل عليها.
* **اتصل بخطتك الصحية**. قد تحتوي خطتك على معلومات أفضل حول المبلغ الذي سيُطلب منك دفعه. يمكنك أيضًا أن تسأل عما تغطيه خطتك وخيارات مقدم الرعاية.
* **هل لديك أسئلة حول هذا الإخطار والتقدير؟** اتصل على [أدخل معلومات الاتصال الخاصة بممثل مقدم الخدمة أو مرفق الرعاية لشرح الوثائق والتقديرات للفرد والإجابة عن أي أسئلة، حسب الضرورة.]
* هل لديك أسئلة حول حقوقك؟ اتصل على [أدخل معلومات الاتصال الخاصة بالوكالة الفيدرالية أو وكالة الولاية المختصة. رقم الهاتف الفيدرالي للحصول على المعلومات وتلقي الشكاوى هو: 1-800-985-3059]

**التصريح المسبق أو قيود إدارة الرعاية الأخرى**

*[أدخل إما (1) معلومات مُحدّدة حول التصريح المسبق أو قيود إدارة الرعاية الأخرى التي تتطلبها أو قد تتطلبها الخطة الصحية للفرد أو تغطيته، وآثار هذه القيود على قدرة الفرد على الحصول على تغطية لتلك العناصر أو الخدمات، أو (2) قم بتضمين البيان العام التالي:*

باستثناء حالات الطوارئ، قد تتطلب خطتك الصحية تصريحًا مسبقًا (أو قيودًا أخرى) لبعض العناصر والخدمات. وهذا يعني أنك قد تحتاج إلى موافقة خطتك على أنها ستغطي العناصر أو الخدمات قبل أن تتمكن من الحصول عليها. إذا كانت خطتك تتطلب تصريحًا مسبقًا، فاسألهم عن المعلومات التي يحتاجونها للحصول على التغطية.]

*[في حالة تقديم هذا الإخطار لخدمات ما بعد الاستقرار من قِبل مقدم خدمة غير مشارك في مرفق طوارئ مشارك، قم بتضمين اللغة أدناه مباشرةً وأدخل قائمة بأي مقدمي خدمات مشاركين في مرفق الرعاية قادرين على تقديم العناصر أو الخدمات الموضحة في هذا الإخطار]*

**فهم خياراتك**

يمكنك الحصول على العناصر أو الخدمات الموضحة في هذا الإخطار من مقدمي الخدمات التاليين الذين هم ضمن الشبكة مع خطتك الصحية:

**المزيد من المعلومات حول حقوقك وسائل حمايتك**

تفضل بزيارة [أدخل موقع إلكتروني يصف سبل الحماية الفيدرالية، مثل [www.cms.gov/nosurprises/consumers](http://www.cms.gov/nosurprises/consumers)] لمزيد من المعلومات حول حقوقك بموجب القانون الفيدرالي.

## بالتوقيع، أفهم أنني أتخلى عن سبل حماية المستهلك الفيدرالية وقد أضطر إلى دفع المزيد مقابل الرعاية خارج الشبكة.

بتوقيعي، أوافق على الحصول على العناصر أو الخدمات من (حدد كل ما ينطبق):

* + *[اسم الطبيب أو مقدم الخدمة] [إذا كانت الموافقة لعدة أطباء أو مقدمي خدمات، فضع خانة اختيار منفصلة لكل طبيب أو مقدم خدمة]*
  + *[اسم مرفق الرعاية]*

بتوقيعي، أقر بأنني أوافق بإرادتي الحرة وأنني لا أتعرض للإكراه أو الضغط. أقر أيضًا بما يلي:

* أتخلى عن بعض وسائل حماية فواتير المستهلكين بموجب القانون الفيدرالي.
* قد أضطر إلى دفع الرسوم الكاملة لهذه العناصر والخدمات، أو دفع مشاركة إضافية في التكاليف خارج الشبكة بموجب خطتي الصحية.
* تم إعطائي إخطارًا كتابيًا في *[أدخل تاريخ الإخطار]* يوضح أن مقدم الخدمة أو مرفق الرعاية الخاص بي ليس ضمن شبكة خطتي الصحية، ويصف التكلفة المقدرة لكل خدمة، ويفصح عما قد أكون مدينًا به إذا وافقت على أن يعالجني مقدم الخدمة أو مرفق الرعاية هذا.
* تلقيت الإخطار إما ورقيًا أو إلكترونيًا، بما يتفق مع اختياري.
* أفهم تمامًا وبشكل كامل أن بعض أو كل المبالغ التي أدفعها قد لا تُحتسب ضمن حد مبلغ التحمل أو المصاريف النثرية الخاص بخطتي الصحية.
* يمكنني إنهاء هذه الاتفاقية عن طريق إخطار مقدم الخدمة أو مرفق الرعاية كتابيًا قبل الحصول على الخدمات.

**هام: لست مضطرًا للتوقيع على هذا النموذج. إذا لم توقع، فقد لا يعالجك مقدم الخدمة أو مرفق الرعاية هذا، ولكن يمكنك اختيار الحصول على الرعاية من مقدم خدمة أو مرفق رعاية موجود في شبكة خطتك الصحية.**

أو

توقيع المريض توقيع الوصي/الممثل المُفوّض

اسم المريض بحروف واضحة اسم الوصي/الممثل المُفوّض بحروف واضحة

تاريخ ووقت التوقيع تاريخ ووقت التوقيع

**التقط صورة لهذا النموذج و/أو احتفظ بنسخة منه.**

**يحتوي على معلومات مهمة حول حقوقك وسبل حمايتك.**

## المزيد من التفاصيل حول تقدير التكلفة الإجمالية

**اسم المريض:**

**اسم مقدم (مقدمي) الخدمة أو مرفق الرعاية خارج الشبكة:**

المبلغ الموضح أدناه هو مجرد تقدير؛ فهو ليس عرضًا أو عقدًا للخدمات. يوضح هذا التقدير التكاليف المقدرة الكاملة للعناصر أو الخدمات المدرجة. ولا تشمل أي معلومات حول ما قد تغطيه خطتك الصحية. وهذا يعني أن **التكلفة النهائية للخدمات قد تكون مختلفة عن هذا التقدير.**

**اتصل بخطتك الصحية لمعرفة ما إذا كانت خطتك ستدفع أي جزء من هذه التكاليف، ومقدار ما قد تضطر إلى دفعه من مالك الخاص.**

*[أدخل التكلفة المقدرة بحسن نية للعناصر والخدمات التي سيقدمها مقدم الخدمة أو مرفق الرعاية المدرج بالإضافة إلى تكلفة أي عناصر أو خدمات يتوقع بشكل معقول تقديمها بالتزامن مع هذه العناصر أو الخدمات. افترض أنه لن يتم توفير أي تغطية لأي من العناصر والخدمات.]*

*بالنسبة لكل مقدم خدمة أو مرفق رعاية موضح في الإخطار، املأ الجدول أدناه عن طريق إكمال كل عمود لكل عنصر وخدمة سيقدمها مقدم الخدمة أو مرفق الرعاية. أضف صفوفًا إضافية إذا لزم الأمر. إذا كان الإخطار خاصًا بأكثر من مرفق رعاية أو مقدم خدمة واحد، فاذكر العناصر والخدمات التي سيتم تقديمها من قبل نفس مرفق الرعاية أو مقدم الخدمة في صفوف مجاورة، وقدم تقديرًا للإجمالي الفرعي لكل مرفق ومقدم (مقدمي) خدمة. إذا كان الإخطار خاصًا بمرفق رعاية أو مقدم خدمة واحد، فقد يتم حذف تقدير الإجمالي الفرعي. يجب أن يكون المبلغ الإجمالي في الصفحة 2 مساويًا لإجمالي كل تقدير من تقديرات التكلفة المدرجة في الجدول.]*

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **تاريخ الخدمة** | **اسم مقدم الخدمة أو مرفق الرعاية** | **رمز الخدمة** | **الوصف** | **المبلغ المقدر الذي سيتم إصدار فاتورة به** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| **الإجمالي الفرعي لـ [أدخل اسم مقدم الخدمة أو مرفق الرعاية]:** | | | |  |
| **تقدير إجمالي ما قد تدين به:** | | | |  |