# Форма захисту від непередбачених рахунків

## У цьому документі описано заходи для захисту від непередбачених медичних рахунків. У ньому також запитується, чи хочете Ви відмовитися від цих засобів захисту та платити більше за обслуговування поза мережею.

ВАЖЛИВО! Ви не зобов’язані підписувати цю форму і не повинні підписувати її, якщо перед призначенням лікування у Вас не було можливості вибрати лікаря. Ви можете вибрати обслуговування у постачальника послуг або в установі, які входять до мережі Вашого плану медичного страхування, що може коштувати Вам дешевше.

Якщо Вам потрібна допомога у вивченні цього документу, зверніться до свого постачальника послуг або до фахівця із захисту прав пацієнтів. Зробіть фотографію та (або) збережіть копію цієї форми у своїй документації.

Ви отримуєте це повідомлення, оскільки цей постачальник або установа не входять до мережі Вашого плану медичного страхування і вважаються такими, що не входять до мережі. Це означає, що постачальник послуг або установа не мають угоди з Вашим планом надання послуг. **Отримання медичної допомоги від цього постачальника послуг або установи, ймовірно, буде для Вас більш вартісним.**

Якщо Ваш план покриває отриманий Вами товар або послугу, федеральне законодавство захищає Вас від більших рахунків, коли:

* Ви отримуєте екстрену допомогу від постачальника послуг або установи, що не входить до мережі, або
* постачальник послуг, який не входить до мережі, лікує Вас у лікарні або амбулаторному хірургічному центрі, що входить до мережі, не отримавши Вашої згоди на виставлення більшого рахунку.

Якщо Ви не впевнені, чи застосовні до Вас ці засоби захисту, зверніться до свого лікаря або фахівця із захисту прав пацієнтів. Якщо Ви підпишете цю форму, майте на увазі, що Ви можете заплатити більше, тому що:

* Ви відмовляєтеся від своїх правових засобів захисту від більших рахунків.
* Ви можете бути зобов’язані сплатити всі витрати, пов’язані з отриманням товарів і послуг.
* Ваш план медичного страхування може не зарахувати сплачену Вами суму в рахунок франшизи та оплачуваного Вами ліміту. Для отримання додаткової інформації зверніться до свого плану медичного страхування.

Перш ніж прийняти рішення щодо підписання цієї форми, Ви можете зв’язатися зі своїм планом медичного страхування, щоб знайти постачальника послуг або установу, що входять до мережі. За відсутності такого можна також звернутися до свого плану медичного страхування, щоб дізнатися, чи може він

укласти угоду з цим (або іншим) постачальником послуг або установою, щоб знизити Ваші витрати. Оцінку Ваших витрат наведено на наступній сторінці.

## Оцініть можливу оплату в разі відмови від захисту

**Ім’я та прізвище пацієнта: Назва постачальника(-ів) послуг або установи, які не входять до мережі:**

**Оцінка сукупних витрат, які Вам, можливо, доведеться сплатити:**

* **Перевірте детальну оцінку вартості.** Див. стор. 4 для оцінки витрат на кожен товар або послугу, які Ви отримаєте.
* **Зателефонуйте до свого плану медичного страхування**. Ваш план може володіти більш повною інформацією про те, яку суму Вам доведеться заплатити. Ви також можете дізнатися про те, що покриває Ваш план, і про варіанти вибору постачальника послуг.
* **Маєте запитання про це повідомлення та оцінку?** Зв’яжіться з [введіть контактну інформацію представника постачальника послуг або установи, який пояснить фізичній особі суть документів та оцінок і, за необхідності, відповість на будь-які запитання.]
* Запитання про Ваші права? Зв’яжіться з [вкажіть контактну інформацію відповідного федерального агентства або агентства штату. Федеральний номер телефону для отримання інформації та подання скарг: 1-800-985-3059]

**Попередній дозвіл або інші обмеження на керування медичним обслуговуванням**

*[Зазначте або (1) конкретну інформацію щодо попереднього дозволу або інших обмежень на керування медичним обслуговуванням, що вимагаються або можуть вимагатися планом медичного страхування або страховим покриттям, і про наслідки цих обмежень для можливості фізичної особи отримувати страхове покриття на ці товари або послуги, або (2) включіть таку загальну заяву:*

За винятком екстрених випадків, Ваша програма медичного страхування може потребувати попереднього дозволу (або інших обмежень) на певні товари та послуги. Це означає, що Вам може знадобитися дозвіл Вашого плану на покриття товарів або послуг, перш ніж Ви зможете їх отримати. Якщо Ваш план потребує отримання попереднього дозволу, запитайте, яка інформація необхідна для отримання страхового покриття.]

*[У разі, якщо це повідомлення надсилається щодо послуг після стабілізації, що надаються постачальником, який не входить до мережі, в установі надання екстреної допомоги, яка входить до мережі, включіть формулювання, наведене нижче, і вкажіть список усіх постачальників, які входять до мережі, у цій установі, які можуть надати товари або послуги, описані в цьому повідомленні]*

**Розуміння доступних Вам варіантів**

Ви можете отримати товари або послуги, описані в цьому повідомленні, у наступних постачальників, які входять до мережі Вашого плану медичного страхування:

**Додаткова інформація про Ваші права та способи захисту**

Для отримання додаткової інформації про Ваші права відповідно до Федерального законодавства відвідайте веб-сайт [вставте адресу веб-сайту з описом федерального захисту, наприклад, [www.cms.gov/nosurprises/consumers](http://www.cms.gov/nosurprises/consumers)].

## Підписуючи цей документ, я розумію, що відмовляюся від федерального захисту прав споживачів і, можливо, мені доведеться платити більше за обслуговування поза мережею.

Своїм підписом я даю згоду на отримання товарів або послуг від (виберіть усі підходящі варіанти):

* + *[ім’я та прізвище лікаря або надавача послуг] [Якщо згоду отримують для кількох лікарів або надавачів послуг, то для кожного лікаря або постачальника послуг виділіть окреме поле]*
  + *[назва установи]*

Своїм підписом я підтверджую, що даю згоду з власної волі, без жодного примусу чи тиску. Я також визнаю, що:

* Я відмовляюся від деяких засобів захисту споживачів від виставлення рахунків, передбачених федеральним законодавством.
* Можливо, мені доведеться сплатити повну вартість цих товарів і послуг або сплатити додаткові спільні витрати на обслуговування поза мережею в рамках мого плану медичного страхування.
* Мені було вручено письмове повідомлення *[вкажіть дату повідомлення]*, в якому пояснювалося, що мій постачальник або установа не входить до мережі мого плану медичного страхування, було описано оціночну вартість кожної послуги та повідомлено про мої можливі зобов’язання, якщо я погоджуся на лікування в цього постачальника послуг або в цій установі.
* Я отримав(-ла) повідомлення в паперовому або в електронному вигляді відповідно до мого вибору.
* Я цілком і повністю усвідомлюю, що деякі або всі суми, які я оплачую, можуть не зараховуватися в рахунок франшизи або ліміту витрат, встановленого моїм планом медичного страхування.
* Я можу розірвати цю угоду, повідомивши про це постачальника послуг або установу в письмовій формі до отримання послуг.

**ВАЖЛИВО! Ви не зобов’язані підписувати цю форму. Якщо Ви не підпишете цей документ, цей постачальник послуг або установа можуть не надавати Вам медичну допомогу, але Ви можете вибрати отримання медичної допомоги від постачальника послуг або установи, яка входить до мережі Вашого плану медичного страхування.**

або Підпис пацієнта Підпис опікуна / уповноваженого представника

Ім’я та прізвище пацієнта друкованими літерами Ім’я та прізвище опікуна / уповноваженого представника друкованими літерами

Дата та час підписання Дата та час підписання

**Зробіть фотографію та (або) збережіть копію цієї форми.**

**Вона містить важливу інформацію про Ваші права та захист.**

## Детальніша інформація про оцінку сукупних витрат

**Ім’я та прізвище пацієнта:**

**Назва постачальника(-ів) послуг або установи, які не входять до мережі:**

Наведена нижче сума є лише оціночною; це не пропозиція і не договір на надання послуг. Ця оцінка відображає повну розрахункову вартість перерахованих товарів або послуг. Вона не містить інформації про те, що може бути покрито Вашим планом медичного страхування. Це означає, що **остаточна вартість послуг може відрізнятися від цієї оцінки.**

**Зв’яжіться з Вашим планом медичного страхування, щоб дізнатися, чи оплатить Ваш план будь-яку частину цих витрат, і яку суму Вам, можливо, доведеться заплатити з власних коштів.**

*[Вкажіть добросовісну оціночну вартість товарів і послуг, що будуть надані зазначеним постачальником або установою, а також вартість будь-яких товарів або послуг, які, як очікується, будуть надані у зв’язку з такими товарами або послугами. Припускається, що страхове покриття не надаватиметься для жодного з товарів і послуг.]*

*Для кожного постачальника або установи, описаних у повідомленні, заповніть наведену нижче таблицю, заповнивши кожний стовпчик для кожного товару та послуги, які мають бути надані постачальником або установою. Додайте додаткові рядки, якщо необхідно. Якщо повідомлення стосується кількох установ або постачальників послуг, перерахуйте товари та послуги, які надаватимуться однією і тією самою установою або постачальником, у суміжних рядках і надайте проміжну оцінку для кожної установи та постачальника(-ів). Якщо повідомлення стосується однієї установи або одного постачальника послуг, проміжну суму можна не вказувати. Загальна вартість на 2-й сторінці має дорівнювати загальній сумі кожної оцінки витрат, включеної до таблиці].*

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Дата надання послуги** | **Назва постачальника послуг або установи** | **Код послуги** | **Опис** | **Розрахункове значення**  **суми рахунку** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| **Проміжний підсумок для [вкажіть назву постачальника або установи]:** | | | |  |
| **Загальна оцінка суми, яку Ви можете бути зобов’язані сплатити:** | | | |  |