# 意外帳單保護表

## 本文件說明針對非預期醫療帳單的保護。其也會詢問您是否願意放棄這些保護，並支付更高的網絡外照護費用。

重要事項：您不一定要簽署本同意書，如果您在安排照護之前沒有選擇健康照護者，則不應簽署本同意書。您可選擇接受健保計畫網絡內之醫療服務提供者或醫事設施的照護，這可能會讓您花費較少的費用。

如果您對於本文件需要協助，請詢問您的醫療服務提供者或患者權益維護團體。請拍照和／或保留一份本同意書的副本以作留存。

您收到本通知是因為該醫療服務提供者或醫事設施不在您的健保計畫網絡內，且被視為網絡外。這表示該醫療服務提供者或醫事設施並未與您的計畫簽訂服務提供協議。**接受此醫療服務提供者或醫事設施的照護可能會讓您花費更多費用。**

如果您的計畫承保您正在接受的用品或服務，聯邦法律會在下列情況下保護您免於收到較高金額的帳單：

* 您正從網絡外醫療服務提供者或醫事設施處得到急診照護，或
* 一位網絡外醫療服務提供者在網絡內醫院或門診外科中心為您治療，而您未同意收到較高金額的帳單。

如果您不確定這些保護措施是否適用於您，請詢問您的健康照護者或患者權益維護團體。如果您簽署本同意書，請注意您可能會因為以下原因而支付更高的費用：

* 您正放棄對較高費用帳單的法律保護。
* 您可能積欠所取得項目與服務的帳單全額費用。
* 您的健保計畫可能未將您所支付的任何金額計入您的自付額和自費額上限。如需更多資訊，請聯絡您的健保計畫。

在決定是否簽署本同意書之前，您可以聯絡您的健保計畫以尋找網絡內醫療服務提供者或醫事設施。若找不到，您也可以詢問您的健保計畫是否能與此（或其他）醫療服務提供者或醫事設施簽訂協議以降低您的費用。請參閱下一頁以瞭解您的費用估算。

## 估計您若放棄保護時可能支付的費用

**患者姓名：**

**網絡外醫療服務提供者或醫事設施名稱：**

**您可能被要求支付的費用總額估計：**

* **檢閱您的詳細估計費用** 。請參閱第 4 頁以瞭解您將獲得之每項用品或服務的估計費用。
* **請致電您的健保計畫**。您的計畫可能對於您將需支付多少費用有更詳細的資訊。您也可以詢問您的計畫承保範圍和醫療服務提供者選項。
* **對本通知和估計費用有疑問嗎？**請聯絡 [在必要時，輸入醫療服務提供者或醫事設施代表的聯絡資訊，向個人說明文件和估計費用，並回答任何問題。]
* 對您的權利有疑問嗎？請聯絡 [填入適當的聯邦或州機構的聯絡資訊。聯邦的資訊和投訴電話號碼為：1-800-985-3059]

**事先授權或其他照護管理限制**

*[輸入 (1) 個人的健保計畫或保險範圍所要求或可能要求之事先授權或其他照護管理限制，以及與這些限制個人取得這些項目或服務保險之能力影響有關的特定資訊，或 (2) 包括以下一般聲明：*

除緊急情況外，您的健保計畫可能針對特定用品和服務要求事先授權（或其他限制）。這代表您可能需要取得計畫會承保的核准，才能取得用品或服務。如果您的計畫需要事先授權，請詢問其需要哪些資訊您才能參加保險。]

*[如果本通知是因非簽約醫療服務提供者在簽約的急診設施內提供穩定後之服務而提供，請包含以下文字，並輸入醫事設施中可提供本通知所述之用品或服務的任何簽約醫療服務提供者清單]*

**瞭解您的選項**

您可透過以下在您健保計畫網絡內的醫療服務提供者取得本通知所述的用品或服務：

**有關您權利和保護的更多資訊**

請造訪 [插入說明聯邦保護的網站，例如 [www.cms.gov/nosurprises/consumers](http://www.cms.gov/nosurprises/consumers)]，以瞭解有關您在聯邦法律下所享有之權利的更多資訊。

## 簽署本文件，即表示本人瞭解本人放棄聯邦消費者保護，且可能必須為網絡外照護支付更多費用。

憑本人簽名，本人同意取得來自以下醫療服務提供者之用品或服務（請選擇所有適用選項）：

* + *[醫師或醫療服務提供者姓名] [如果同意是針對多位醫師或醫療服務提供者，請為每位醫師或醫療服務提供者分別勾選方格]*
	+ *[醫事設施名稱]*

憑本人簽名，本人確認本人自願同意，且非受到脅迫或施壓。本人亦確認：

* 本人正放棄聯邦法律下的一些消費者帳單保護。
* 本人可能必須支付這些用品及服務的全額費用，或必須支付本人健保計畫中的額外網絡外分攤費用。
* 本人於 *[輸入通知日期]* 收到書面通知，解釋了本人的醫療服務提供者或醫事設施不在本人的健保計畫網絡內，並說明了每項服務的預估費用，且揭露如果本人同意接受該醫療服務提供者或醫事設施的治療，本人可能需要支付的費用。
* 本人收到了與本人選擇一致的紙本或電子通知。
* 本人完全瞭解，本人支付的部分或全部金額可能不會計入本人健保計畫的自付額或自費額上限。
* 本人可以在接受服務前，以書面通知醫療服務提供者或醫事設施終止本協議。

**重要事項：您不一定要簽署本同意書。如果您不簽署，該醫療服務提供者或醫事設施可能不會為您提供治療，但您可選擇接受您健保計畫網絡內醫療服務提供者或醫事設施的照護。**

 或
患者簽名 監護人／授權代表簽名

患者正楷姓名 監護人／授權代表正楷姓名

簽名日期和時間 簽名日期和時間

**請拍照和／或保留一份本同意書的副本以作留存。**

**其包含有關您權利和保護的重要資訊。**

## 有關您總估計費用的更多詳細資訊

**患者姓名：**

**網絡外醫療服務提供者或醫事設施名稱：**

以下金額僅為估計金額；並非服務之報價或合約。此估計金額顯示所列項目或服務的完整估計費用。其中並未包含您健保計畫可能負擔部分的任何資訊。這表示**服務的最終費用可能與此估計費用不同。**

**請聯絡您的健保計畫，以瞭解您的計畫是否將支付這些費用的任何部分，以及您可能必須支付的自費額。**

*[輸入由所列醫療服務提供者或醫事設施提供的用品和服務之善意估計費用，加上與此類用品或服務合理預期一併提供的任何用品或服務費用。假設不會為任何用品和服務提供提供保險。]*

*對於通知中描述的每項醫療服務提供者或醫事設施，請為每一項醫療服務提供者或醫事設施提供的每個項目和服務，填寫下表中的每個欄位。視需要新增其他列。如果該通知是針對超過單一醫事設施或醫療服務提供者，請在相鄰的列列出由相同醫事設施或醫療服務提供者提供的項目和服務，並提供各醫事設施和醫療服務提供者的估計費用小計。如果通知適用於單一醫事設施或單一醫療服務提供者，則可省略估計費用小計。第 2 頁的總金額必須等於表格中每項估計費用的總和。]*

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **服務日期** | **醫療服務提供者或醫事設施名稱** | **服務代碼** | **說明** | **估計****應付金額** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| **[插入醫療服務提供者或醫事設施] 小計：** |  |
| **您可能積欠的總估計費用：** |  |