



טופס הגנת חיוב בהפתעה

מטרת מסמך זה היא ליידע אותך על ההגנות שלך מפני חשבונות רפואיים בלתי צפויים. הוא גם שואל אם תרצה לוותר על ההגנות הללו ולשלם יותר עבור טיפול מחוץ לרשת.

חשוב: אינך נדרש לחתום על טופס זה ואסור לחתום עליו אם לא הייתה לך בחירה של ספק שירותי בריאות כאשר קיבלת טיפול. אתה יכול לבחור לקבל טיפול מהספק או במתקן הכלול בתכנית הבריאות שלך, מה שעשוי לעלות לך פחות.
אם תרצה סיוע במסמך זה, שאל את הספק שלך או את עורך הדין העוסק במטופלים. צלם תמונה ו/או שמור עותק של טופס זה לתיעוד שלך.

אתה מקבל את ההודעה הזו מכיוון שהספק או המתקן הזה אינם נמצאים ברשת של תכנית הבריאות שלך. המשמעות היא שלספק או למתקן אין הסכם עם התכנית שלך.

קבלת טיפול מספק או במתקן זה עלולים לעלות לך יותר.

אם התכנית שלך מכסה את הפריט או השירות שאתה מקבל, החוק הפדרלי מגן עליך מפני חשבונות גבוהים יותר:

- כאשר אתה מקבל טיפול חירום מספקים ומתקנים מחוץ לרשת, או
- כאשר ספק מחוץ לרשת מטפל בך בבית חולים ברשת או במרכז כירורגי אמבולטורי ללא ידיעתך או הסכמתך.

שאל את ספק שירותי הבריאות שלך או עורך הדין של המטופלים אם אתה זקוק לעזרה כדי לדעת אם ההגנות הללו חלות עליך.

אם תחתום על טופס זה, אתה עלול לשלם יותר בגלל:

- שאתה מוותר על ההגנות שלך לפי החוק.
- ייתכן שתהיה חייב את מלוא העלויות שחויבו עבור פריטים ושירותים שהתקבלו.
- ייתכן שתכנית הבריאות שלך לא מחשיבה אף אחד מהסכומים שאתה משלם במסגרת ההשתתפות העצמית והוצאות מחוץ לכיס. צור קשר עם תכנית הבריאות שלך למידע נוסף.

אתה לא אמור **לחתום על טופס זה אם לא** הייתה לך בחירה של ספקים בעת קבלת טיפול. לדוגמה, אם הוקצה לך רופא ללא אפשרות לבצע שינוי.

לפני שתחליט אם לחתום על טופס זה, תוכל ליצור קשר עם תכנית הבריאות שלך כדי למצוא ספק או מתקן ברשת. אם אין כזה, ייתכן שתכנית הבריאות שלך תקבע הסכם עם ספק או מתקן זה, או אחרים.

עיין בעמוד הבא להערכת העלות שלך.

הערכה של מה שאתה עשוי לשלם

שם המטופל:

ספק/ים מחוץ לרשת או שם מתקן: Memorial Sloan Kettering

אומדן עלות כולל של מה שאתה עשוי להתבקש לשלם:

▶ סקור את ההערכה המפורטת שלך. ראה עמוד 4 להערכת עלות עבור כל פריט או שירות שתקבל.

▶ התקשר לתכנית הבריאות שלך. ייתכן שהתכנית שלך מכילה מידע טוב יותר לגבי כמה תתבקש לשלם. אתה גם יכול לשאול מה מכוסה במסגרת התכנית שלך ואפשרויות הספק שלך.

▶ שאלות לגבי הודעה זו והערך ה?

התקשר לשירותי חיוב מטופלים בטלפון 646-227-3378. מטופלים בינלאומיים יכולים ליצור קשר עם המרכז הבינלאומי בטלפון 212-639-4900.

▶ יש לך שאלות לגבי זכויותיך? פנה למחלקת השירותים הפיננסיים של NYS לקבלת מידע על זכויותיך על פי חוק NYS בטלפון 1-800-342-3736. צור קשר עם CMS בטלפון 1-800-985-3059 לקבלת מידע על זכויותיך על פי החוק הפדרלי.

אישור מוקדם או מגבלות ניהול טיפול אחרות

כלול את ההצהרה הכללית הבאה:

למעט במקרה חירום, ייתכן שתכנית הבריאות שלך תדרוש אישור מוקדם (או מגבלות אחרות) עבור פריטים ושירותים מסוימים. זה אומר שאתה עשוי להזדקק לאישור התכנית שלך שהיא תכסה פריט או שירות לפני שתקבל אותם. אם נדרש אישור מראש, שאל את תכנית הבריאות שלך לגבי המידע הדרוש כדי לקבל כיסוי.]

[במקרה שבו הודעה זו ניתנת עבור שירותים לאחר ייצוב על ידי ספק שאינו משתתף במתקן חירום שכן משתתף, כלול את השפה מיד למטה והזן רשימה של ספקים משתתפים במתקן, שיכולים לספק את הפריטים או השירותים המפורטים בהודעה זו]

הבנת האפשרויות שלך

אתה יכול גם לקבל את הפריטים או השירותים המתוארים בהודעה זו מספקים אלה שנמצאים ברשת עם תכנית הבריאות שלך:

מידע נוסף על הזכויות וההגנות שלך

בקר באתר nosurprises/www.cms.gov למידע נוסף על הזכויות שלך תחת החוק הפדרלי.

בחתימתי זו, אני מוותר על הגנת הצרכן הפדרלית שלי ומסכים לשלם יותר עבור טיפול מחוץ לרשת.

בעצם החתימה שלי, אני אומר שאני מסכים לקבל את הפריטים או השירותים מ: מרכז לטיפול בסרטן Memorial Sloan Kettering

בעצם החתימה שלי, אני מאשר שאני מסכים מרצוני החופשי ולא נכפה עלי דבר ולא הפעילו עליי לחץ. אני גם מבין ש:

- אני מוותר על כמה הגנות לגבי חיוב צרכנים במסגרת החוק הפדרלי.
- ייתכן שאקבל חשבון עבור החיובים המלאים לפריטים ושירותים אלה, או שאצטרך לשלם במסגרת חלוקת עלויות מחוץ לרשת של תכנית הבריאות שלי.
- קיבלתי הודעה בכתב ב- _____ המסבירה שהספק או המתקן שלי לא נמצאים ברשת תכנית הבריאות שלי, העלות המשוערת של השירותים ומה שאני חייב אם אני מסכים להיות מטופל על ידי ספק או מתקן זה.
- קיבלתי את ההודעה בכתב או באופן אלקטרוני, בהתאם לבחירה שלי.
- אני מבין באופן מלא שחלק מהסכומים שאני משלם או כולם לא ייחשבו כלפי מגבלת השתתפות עצמית או מגבלת הוצאות מחוץ לכיס של תכנית הבריאות.
- אני יכול לסיים הסכם זה על ידי יידוע הספק או המתקן בכתב לפני קבלת השירותים.

חשוב: אינך חייב לחתום על טופס זה. אבל אם לא תחתום, ייתכן שהספק או המתקן הזה לא יטפלו בך. אתה יכול לבחור לקבל טיפול מספק או מתקן ברשת של תכנית הבריאות שלך.

_____	או	_____
חתימת המטופל		חתימת האפוטרופוס/נציג מורשה
_____		_____
שם המטופל באותיות דפוס		שם האפוטרופוס/נציג מורשה באותיות דפוס
_____		_____
תאריך ושעת החתימה		תאריך ושעת החתימה

צלם תמונה ו/או שמור עותק של טופס זה.
הוא מכיל מידע חשוב על הזכויות וההגנות שלך.

פרטים נוספים על ההערכה שלך

שם המטופל: _____

ספק/ים מחוץ לרשת או שם המתקן: _____

הסכום למטה הוא אומדן בלבד; הוא לא הצעה או חוזה לשירותים. אומדן זה מציג את מלוא העלויות המשוערות של הפריטים או השירותים הרשומים. הוא לא כולל מידע על מה שתכנית הבריאות שלך עשויה לכסות. זה אומר שהעלות הסופית של השירותים עשויה להיות שונה מההערכה הזו.

צור קשר עם תכנית הבריאות שלך כדי לברר כמה, אם בכלל, תשלם התכנית שלך וכמה אתה תצטרך לשלם.

סכום משוער לחיוב	תיאור	קוד השירות	תאריך השירות

למחלקת שירותי גבייה למטופלים - 227-3378 (646).

מטופלי המרכז הבינלאומי יכולים להתקשר למחלקת IC לשירותים הפיננסיים של מטופלים בטלפון 639-4900 (212).

