# Formulár na ochranu pred nečakanou fakturáciou

## Tento dokument popisuje vašu ochranu pred neočakávanými faktúrami za zdravotnú starostlivosť. Pýta sa tiež, či by ste sa chceli vzdať tejto ochrany a zaplatiť viac za starostlivosť mimo siete.

DÔLEŽITÉ UPOZORNENIE: Tento formulár nemusíte podpísať a nemali by ste ho podpísať, ak ste pred plánovaním starostlivosti nemali možnosť vybrať si poskytovateľa zdravotnej starostlivosti. Môžete sa rozhodnúť, že budete dostávať starostlivosť od poskytovateľa alebo zariadenia v sieti svojho plánu hradenia zdravotnej starostlivosti, čo vás môže stáť menej.

Ak potrebujete pomoc s týmto dokumentom, obráťte sa na svojho poskytovateľa alebo obhajcu pacientov. Odfotografujte sa a/alebo si odložte kópiu tohto formulára do svojich záznamov.

Toto oznámenie ste dostali, pretože tento poskytovateľ alebo zariadenie nie je v sieti vášho plánu hradenia zdravotnej starostlivosti a považuje sa za nedostupné. To znamená, že poskytovateľ alebo zariadenie nemá dohodu v rámci vášho plánu poskytovania služieb. **Starostlivosť od tohto poskytovateľa alebo zariadenia vás pravdepodobne bude stáť viac.**

Ak sa váš plán vzťahuje na položku alebo službu, ktorú dostávate, federálny zákon vás chráni pred vyššími účtami, keď:

* dostávate pohotovostnú starostlivosť od poskytovateľa mimo siete alebo zariadenia, alebo
* poskytovateľ mimo siete vás ošetruje v nemocnici v sieti alebo v ambulantnom chirurgickom centre bez vášho súhlasu s tým, že dostanete vyššiu faktúru.

Ak si nie ste istý/-á, či sa na vás táto ochrana vzťahuje, opýtajte sa svojho poskytovateľa zdravotnej starostlivosti alebo obhajcu pacientov. Ak podpíšete tento formulár, uvedomte si, že môžete zaplatiť viac, pretože:

* sa vzdávate právnej ochrany pred vyššími účtami,
* môžete dlžiť celé náklady účtované za položky a služby, ktoré dostanete,
* váš plán hradenia zdravotnej starostlivosti nemusí počítať žiadnu zo súm, ktoré zaplatíte za svoj odpočítateľný a hotovostný limit. Ďalšie informácie získate zo svojho plánu hradenia zdravotnej starostlivosti.

Predtým, ako sa rozhodnete, či podpíšete tento formulár, môžete sa obrátiť na svoj plán hradenia zdravotnej starostlivosti a nájsť poskytovateľa alebo zariadenie v sieti. Ak takáto ponuka neexistuje, môžete sa tiež opýtať v rámci svojho plánu hradenia zdravotnej starostlivosti, či môže

s týmto poskytovateľom alebo zariadením (alebo s ným) uzavrieť dohodu o znížení vašich nákladov. Odhad nákladov nájdete na nasledujúcej strane.

## Odhad toho, čo by ste mohli zaplatiť, ak by ste sa vzdali ochrany

**Meno pacienta: Poskytovateľ (poskytovatelia) mimo siete alebo názov zariadenia:**

**Odhad celkových nákladov na to, čo môžete zaplatiť:**

* **Skontrolujte svoj podrobný odhad**. Odhad nákladov pre každú položku alebo službu nájdete na strane 4.
* **Zavolajte do svojho plánu hradenia zdravotnej starostlivosti**. Váš plán môže mať lepšie informácie o tom, koľko budete musieť zaplatiť. Môžete sa tiež opýtať na to, na čo sa vzťahuje váš plán a možnosti vášho poskytovateľa.
* **Máte otázky týkajúce sa tohto oznámenia a odhadu?** Obráťte sa na [uveďte kontaktné údaje zástupcu poskytovateľa alebo zariadenia, aby ste vysvetlili dokumenty a odhady jednotlivcovi a podľa potreby odpovedali na akékoľvek otázky.]
* Máte otázky týkajúce sa svojich práv? Obráťte sa na [uveďte kontaktné údaje príslušného federálneho alebo štátneho úradu. Federálne telefónne číslo pre informácie a sťažnosti je: 1-800-985-3059]

**Predchádzajúca autorizácia alebo iné obmedzenia riadenia starostlivosti**

*[Uveďte buď (1) konkrétne informácie o predchádzajúcom povolení alebo iných obmedzeniach riadenia starostlivosti, ktoré sú alebo môžu byť vyžadované plánom hradenia zdravotnej starostlivosti alebo krytím jednotlivca, a dôsledky týchto obmedzení pre schopnosť jednotlivca získať krytie pre tieto položky alebo služby, alebo (2) uveďte nasledujúce všeobecné vyhlásenie:*

s výnimkou núdzovej situácie môže váš plán hradenia zdravotnej starostlivosti vyžadovať predchádzajúce povolenie (alebo iné obmedzenia) pre určité položky a služby. To znamená, že možno budete potrebovať schválenie plánu, aby sa pokryli položky alebo služby predtým, ako ich budete môcť získať. Ak váš plán vyžaduje predchádzajúce oprávnenie, opýtajte sa ich, aké informácie potrebujú na získanie krytia.]

*[V prípade, že toto oznámenie poskytuje na postabilizačné služby nezúčastňujúci sa poskytovateľ v rámci účastníckeho núdzového zariadenia, uveďte nižšie uvedený text a zoznam všetkých zúčastnených poskytovateľov v zariadení, ktorí sú schopní dodať položky alebo služby opísané v tomto oznámení.]*

**Pochopenie vašich možností**

Položky alebo služby opísané v tomto oznámení môžete získať od nasledujúcich poskytovateľov, ktorí sú v sieti s vaším plánom hradenia zdravotnej starostlivosti:

**Viac informácií o vašich právach a ochrane**

Ďalšie informácie o vašich právach podľa federálneho zákona nájdete na webovej stránke [uveďte webovú stránku, ktorá opisuje federálnu ochranu, ako je napríklad [www.cms.gov/nosurprises/consumers](http://www.cms.gov/nosurprises/consumers)].

## Podpísaním beriem na vedomie, že sa vzdávam svojej federálnej ochrany spotrebiteľa a možno budem musieť zaplatiť viac za starostlivosť mimo siete.

Svojím podpisom súhlasím s tým, že od spoločnosti získam položky alebo služby (vyberte všetky hodiace sa možnosti):

* + *[meno lekára alebo poskytovateľa] [Ak je súhlas určený pre viacerých lekárov alebo poskytovateľov, uveďte samostatné začiarkavacie políčko pre každého lekára alebo poskytovateľa.]*
	+ *[názov zariadenia]*

Svojím podpisom potvrdzujem, že súhlasím z vlastnej slobodnej vôle a nie som nútený/-á ani pod tlakom. Takisto beriem na vedomie, že:

* sa vzdávam niektorých spôsobov ochrany účtovania spotrebiteľom podľa federálneho zákona,
* možno budem musieť zaplatiť všetky poplatky za tieto položky a služby, alebo budem musieť zaplatiť dodatočné rozdelenie mimo siete podľa môjho plánu hradenia zdravotnej starostlivosti,
* dňa *[zadajte dátum oznámenia]* mi bolo písomne oznámené, že môj poskytovateľ alebo zariadenie nie je v sieti môjho plánu hradenia zdravotnej starostlivosti, opísané odhadované náklady na jednotlivé služby a uvedené, čo môžem byť dlžný/-á, ak budem súhlasiť s ošetrením u tohto poskytovateľa alebo v tomto zariadení,
* dostal/-a som oznámenie buď v papierovej alebo elektronickej forme, v súlade s mojím rozhodnutím,
* úplne a v plnej miere chápem, že niektoré alebo všetky sumy, ktoré zaplatím, sa nemusia započítať do odpočítateľného alebo hotovostného limitu môjho plánu hradenia zdravotnej starostlivosti,
* túto zmluvu môžem ukončiť písomným oznámením poskytovateľovi alebo zariadeniu pred získaním služieb.

**DÔLEŽITÉ UPOZORNENIE: Tento formulár nemusíte podpísať. Ak to nepodpíšete, tento poskytovateľ alebo zariadenie vás nemusí liečiť, ale môžete sa rozhodnúť, že získate starostlivosť od poskytovateľa alebo zariadenia, ktoré je v sieti vášho plánu hradenia zdravotnej starostlivosti.**

 alebo Podpis opatrovníka pacienta/splnomocneného zástupcu

Meno pacienta tlačeným písmom Meno zákonného zástupcu/splnomocneného zástupcu tlačeným písmom

Dátum a čas podpisu Dátum a čas podpisu

**Odfotografujte sa a/alebo si odložte kópiu tohto formulára.**

**Obsahuje dôležité informácie o vašich právach a ochrane.**

## Viac informácií o odhade celkových nákladov

**Meno pacienta:**

**Poskytovateľ (poskytovatelia) mimo siete alebo názov zariadenia:**

Nižšie uvedená suma je len odhadom. Nie je to ponuka ani zmluva o službách. Tento odhad uvádza úplné odhadované náklady na uvedené položky alebo služby. Nezahŕňajú žiadne informácie o tom, čo môže váš plán hradenia zdravotnej starostlivosti zahŕňať. To znamená, že **konečné náklady na služby sa môžu líšiť od tohto odhadu.**

**Obráťte sa na svoj plán hradenia zdravotnej starostlivosti, aby ste zistili, či sa z vášho plánu zaplatí akákoľvek časť týchto nákladov a koľko možno budete musieť vyplatiť.**

*[Uveďte v dobrej viere odhadované náklady na položky a služby, ktoré by poskytol uvedený poskytovateľ alebo zariadenie, plus náklady na akékoľvek položky alebo služby, pri ktorých sa odôvodnene očakáva, že budú poskytnuté v súvislosti s takýmito položkami alebo službami. Predpokladajme, že pre žiadne položky a služby sa nebude poskytovať žiadne krytie.]*

*Pre každého poskytovateľa alebo zariadenie opísané v oznámení vyplňte tabuľku nižšie vyplnením každého stĺpca pre každú položku a službu, ktorú má poskytovateľ alebo zariadenie poskytnúť. V prípade potreby pridajte ďalšie riadky. Ak sa oznámenie týka viac ako jedného zariadenia alebo poskytovateľa, uveďte položky a služby, ktoré má poskytnúť toto zariadenie alebo poskytovateľ v susedných radoch, a uveďte odhad medzisúčtu pre každé zariadenie a poskytovateľa (poskytovateľov). Ak je oznámenie určené pre jedno zariadenie alebo jedného poskytovateľa, odhad medzisúčtu možno vynechať. Celková suma na strane 2 sa musí rovnať celkovému súčtu každého odhadu nákladov uvedeného v tabuľke.]*

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Dátum služby** | **Názov poskytovateľa alebo zariadenia** | **Kód služby** | **Opis** | **Odhad****sumy, ktorá sa má fakturovať** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| **Medzisúčet pre [vložte názov poskytovateľa alebo zariadenia]:** |  |
| **Celkový odhad toho, čo môžete dlhovať:** |  |