



## Φόρμα Προστασίας από Απροσδόκητη Τιμολόγηση

Ο σκοπός του παρόντος εγγράφου είναι να σας ενημερώσει σχετικά με την προστασία σας από απροσδόκητους ιατρικούς λογαριασμούς. Επιπλέον σας ρωτάει εάν θα επιθυμούσατε να εγκαταλείψετε αυτές τις προστασίες και να πληρώνετε περισσότερα για υγειονομική περίθαλψη εκτός δικτύου.

**ΣΗΜΑΝΤΙΚΟ:** Δεν απαιτείται να υπογράψετε αυτήν τη φόρμα και δεν πρέπει να την υπογράψετε εάν δεν είχατε την επιλογή του παρόχου υγειονομικής περίθαλψης όταν λάβατε περίθαλψη. Έχετε τη δυνατότητα να επιλέξετε να λάβετε περίθαλψη από έναν πάροχο ή μια εγκατάσταση που ανήκει στο δίκτυο του προγράμματος υγείας σας, κάτι που πιθανώς να σας κοστίζει λιγότερο.

Εάν θα επιθυμούσατε βοήθεια σχετικά με αυτό το έγγραφο, ρωτήστε τον πάροχό σας ή μία υπηρεσία υπεράσπισης ασθενών. Τραβήξτε μια φωτογραφία ή/και κρατήστε ένα αντίγραφο αυτής της φόρμας για τα αρχεία σας.

Λαμβάνετε αυτήν την ειδοποίηση επειδή αυτός ο πάροχος ή η εγκατάσταση δεν ανήκει στο δίκτυο του προγράμματος υγείας σας. Αυτό σημαίνει ότι ο πάροχος ή η εγκατάσταση δεν έχει κάποια σύμβαση με το πρόγραμμά σας.

**Η λήψη φροντίδας από αυτόν τον πάροχο ή την εγκατάσταση μπορεί να σας κοστίζει περισσότερο.**

Εάν το πρόγραμμά σας καλύπτει το αντικείμενο ή την υπηρεσία που λαμβάνετε, η ομοσπονδιακή νομοθεσία σας προστατεύει από υψηλότερους λογαριασμούς:

- Όταν λαμβάνετε επείγουσα περίθαλψη από παρόχους και εγκαταστάσεις εκτός δικτύου ή
- Όταν ένας πάροχος εκτός δικτύου σας περιθάλπει σε νοσοκομείο εντός του δικτύου ή εξωτερικό ιατρικό χειρουργικό κέντρο χωρίς τη γνώση ή τη συγκατάθεσή σας.

Ρωτήστε το δικό σας πάροχο υγειονομικής περίθαλψης ή την υπηρεσία υπεράσπισης ασθενών σε περίπτωση που χρειάζεστε βοήθεια ώστε να μάθετε εάν αυτές οι προστασίες ισχύουν για εσάς.

Εάν υπογράψετε αυτήν τη φόρμα, μπορείτε να πληρώσετε περισσότερα επειδή:

- Παραλείψετε από τις προστασίες σας βάσει του νόμου.
- Είναι ενδεχόμενο να οφείλετε τις πλήρεις δαπάνες που χρεώνονται για είδη και υπηρεσίες που λαμβάνετε.
- Το πρόγραμμα υγείας σας ενδέχεται να μην υπολογίζει κανένα από τα ποσά που πληρώνετε στο εκπιπτόμενο όριο και το επιλεγόμενο όριο. Επικοινωνήστε με τον υπεύθυνο του προγράμματος υγείας σας για περισσότερες πληροφορίες.

Εσείς **δεν πρέπει** να υπογράψετε την παρούσα φόρμα σε περίπτωση που δεν **είχατε** την επιλογή παρόχων κατά την παροχή υγειονομικής περίθαλψης. Για παράδειγμα, εάν σας ανατέθηκε ένας γιατρός χωρίς την ευκαιρία να κάνετε μια αλλαγή.

Πριν αποφασίσετε εάν θα υπογράψετε αυτήν τη φόρμα, μπορείτε να επικοινωνήσετε με το πρόγραμμα υγείας σας για να βρείτε έναν πάροχο ή μια εγκατάσταση εντός του δικτύου. Αν δεν υπάρχει, το πρόγραμμα υγείας σας μπορεί να συνάψει συμφωνία με αυτόν τον πάροχο ή την εγκατάσταση, ή οποιονδήποτε άλλο.

Δείτε την επόμενη σελίδα για την εκτίμηση του κόστους σας.

## Εκτίμηση του ενδεχόμενου ποσού που θα πληρώνετε

Όνοματεπώνυμο ασθενούς: \_\_\_\_\_

Επωνυμία παρόχου(ων) ή εγκατάστασης εκτός δικτύου: Memorial Sloan Kettering

<b>Συνολική εκτίμηση κόστους για το ποσό που μπορεί να σας ζητηθεί να πληρώσετε:</b>	
--	--

► **Ελέγξτε τη λεπτομερή εκτίμησή σας.** Ανατρέξτε στη σελίδα 4 για μια εκτίμηση κόστους για κάθε είδος ή υπηρεσία που θα λάβετε.

**Καλέστε τον υπεύθυνο του προγράμματος υγείας σας.** Το πρόγραμμά σας ενδέχεται να έχει καλύτερες πληροφορίες σχετικά με το ποσό που θα σας ζητηθεί να πληρώσετε. Μπορείτε επίσης να ρωτήσετε τι καλύπτεται από το πρόγραμμά σας και τις επιλογές του παρόχου σας.

**Έχετε τυχόν ερωτήσεις σχετικά με την παρούσα ειδοποίηση και εκτίμηση;** Καλέστε τις Υπηρεσίες Τιμολόγησης Ασθενών στο 646-227-3378 ή οι διεθνείς ασθενείς μπορούν να επικοινωνήσουν με το Διεθνές Κέντρο στο 212-639-4900.

► **Έχετε τυχόν ερωτήσεις σχετικά με τα δικαιώματά σας;** Επικοινωνήστε με το Τμήμα Οικονομικών Υπηρεσιών της Πολιτείας της Νέας Υόρκης για πληροφορίες σχετικά με τα δικαιώματά σας βάσει της νομοθεσίας της Πολιτείας της Νέας Υόρκης στο 1-800-342-3736. Επικοινωνήστε με το CMS στο 1-800-985-3059 για πληροφορίες σχετικά με τα δικαιώματά σας βάσει της ομοσπονδιακής νομοθεσίας.

### Προηγούμενη έγκριση ή άλλοι περιορισμοί διαχείρισης υγειονομικής περιθαλψής

*Συμπεριλάβετε την ακόλουθη γενική δήλωση:*

Εκτός από οποιαδήποτε περίπτωση έκτακτης ανάγκης, το πρόγραμμα υγείας σας ενδέχεται να απαιτεί προηγούμενη έγκριση (ή άλλους περιορισμούς) για ορισμένα είδη και υπηρεσίες. Αυτό σημαίνει ότι μπορεί να χρειαστείτε την έγκριση του σχεδίου σας ότι αυτό θα καλύψει ένα αντικείμενο ή υπηρεσία προτού τα λάβετε. Σε περίπτωση που απαιτείται προηγούμενη έγκριση, ρωτήστε τον υπεύθυνο του προγράμματος υγείας σας σχετικά με το ποιες πληροφορίες είναι απαραίτητες για να λάβετε κάλυψη.]

*[Σε περίπτωση που αυτή η ειδοποίηση παρέχεται για υπηρεσίες μετά τη σταθεροποίηση από μη συμμετέχοντα πάροχο σε μια συμμετέχουσα εγκατάσταση έκτακτης ανάγκης, συμπεριλάβετε τη γλώσσα αμέσως παρακάτω και καταχωρίστε μια λίστα με τυχόν συμμετέχοντες παρόχους στην εγκατάσταση που είναι σε θέση να παρέχουν τα είδη ή τις υπηρεσίες που περιγράφονται σε αυτήν την ανακοίνωση]*

### Κατανοώντας τις επιλογές σας

Μπορείτε επίσης να λάβετε τα στοιχεία ή τις υπηρεσίες που περιγράφονται σε αυτήν την ειδοποίηση από αυτούς τους παρόχους που ανήκουν σε δίκτυο με το πρόγραμμα υγείας σας:

### Περισσότερες πληροφορίες σχετικά με τα δικαιώματά και τις προστασίες σας.

Επισκεφτείτε στην ιστοσελίδα [www.cms.gov/nosurprises](http://www.cms.gov/nosurprises) περισσότερες πληροφορίες σχετικά με τα δικαιώματά σας με βάση την ομοσπονδιακή νομοθεσία.

## Με την υπογραφή μου, παραιτούμαι από τις ομοσπονδιακές προστασίες καταναλωτών και συμφωνώ να πληρώνω περισσότερα για περίθαλψη εκτός του δικτύου.

Με την υπογραφή μου, δηλώνω ότι συμφωνώ να λαμβάνω τα είδη ή τις υπηρεσίες από:

Αντικαρκινικό Κέντρο Memorial Sloan Kettering

Με την υπογραφή μου, αναγνωρίζω ότι συναινώ με τη θέλησή μου και δεν τελώ σε εξαναγκασμό ή πίεση. Επιπλέον κατανοώ ότι:

- Παραιτούμαι από ορισμένες προστασίες τιμολόγησης καταναλωτών βάσει της ομοσπονδιακής νομοθεσίας.
- Μπορεί να λάβω ένα λογαριασμό για τις πλήρεις χρεώσεις για αυτά τα είδη και τις υπηρεσίες ή να χρειαστεί να πληρώσω επιμερισμό κόστους εκτός δικτύου στο πλαίσιο του προγράμματος υγείας μου.
- Μου δόθηκε μία έγγραφη ειδοποίηση σχετικά με την \_\_\_ επεξήγηση ότι ο πάροχός μου ή η εγκατάστασή μου δεν ανήκει στο δίκτυο του προγράμματος υγείας μου, το εκτιμώμενο κόστος των υπηρεσιών και το τι μπορεί να οφείλω εάν συμφωνήσω να υποβληθώ σε θεραπεία από αυτόν τον πάροχο ή την εγκατάσταση.
- Έλαβα την ειδοποίηση είτε σε έντυπο είτε ηλεκτρονικά, σύμφωνα με την επιλογή μου.
- Κατανοώ πλήρως και πλήρως ότι ορισμένα ή όλα τα ποσά που πληρώνω ενδέχεται να μην υπολογίζονται στο δικό μου εκπεστέο όριο ή όριο του προγράμματος υγείας.
- Μπορώ να καταγγείλω την παρούσα συμφωνία ειδοποιώντας εγγράφως τον πάροχο ή την εγκατάσταση προτού λάβω υπηρεσίες.

**ΣΗΜΑΝΤΙΚΟ:** Δεν πρέπει **να υπογράψετε** την παρούσα φόρμα. Αλλά αν δεν υπογράψετε, αυτός ο πάροχος ή η εγκατάσταση ενδέχεται να μην σας παράσχει θεραπεία. Έχετε τη δυνατότητα να επιλέξετε να λάβετε περίθαλψη από έναν πάροχο ή μια εγκατάσταση στο δίκτυο του προγράμματος υγείας σας.

\_\_\_\_\_  
Υπογραφή ασθενούς

ή

\_\_\_\_\_  
Υπογραφή κηδεμόνα/εξουσιοδοτημένου εκπροσώπου

\_\_\_\_\_  
Γράψτε το ονοματεπώνυμο του ασθενούς

\_\_\_\_\_  
Γράψτε το ονοματεπώνυμο του κηδεμόνα/εξουσιοδοτημένου εκπροσώπου

\_\_\_\_\_  
Ημερομηνία και ώρα υπογραφής

\_\_\_\_\_  
Ημερομηνία και ώρα υπογραφής

**Τραβήξτε μια φωτογραφία ή/και κρατήστε ένα αντίγραφο αυτής της φόρμας.  
Περιέχει σημαντικές πληροφορίες σχετικά με τα δικαιώματα και τις προστασίες σας.**

## Περισσότερες λεπτομέρειες σχετικά με το υπολογιζόμενο ποσό

Όνοματεπώνυμο ασθενούς: \_\_\_\_\_

Επωνυμία παρόχου (ων) ή εγκατάστασης εκτός δικτύου: \_\_\_\_\_

Το παρακάτω ποσό αποτελεί μόνο εκτίμηση. Δεν αποτελεί μία προσφορά ή σύμβαση παροχής υπηρεσιών. Αυτή η εκτίμηση δείχνει το πλήρες εκτιμώμενο κόστος των ειδών ή υπηρεσιών που παρατίθενται. Δεν περιλαμβάνει τυχόν πληροφορίες σχετικά με το τι μπορεί να καλύπτει το πρόγραμμα υγείας σας. Αυτό σημαίνει ότι το **τελικό κόστος υπηρεσιών ενδέχεται να διαφοροποιείται από αυτό το εκτιμώμενο**.

**Επικοινωνήστε με τον υπεύθυνο του προγράμματος υγείας σας για να μάθετε πόσα, κατά περίπτωση, θα πληρώσει το πρόγραμμά σας και πόσα μπορεί να χρειαστεί να πληρώσετε εσείς.**

Ημερομηνία παροχής της υπηρεσίας	Κωδικού υπηρεσίας	Περιγραφή	Εκτιμώμενο ποσό προς τιμολόγηση

Για το Τμήμα Υπηρεσιών Τιμολόγησης Ασθενών – (646) 227-3378.

Οι Ασθενείς του Διεθνούς Κέντρου μπορούν να επικοινωνήσουν με το Τμήμα Οικονομικών Υπηρεσιών Ασθενών στο (212) 639-4900.

<b>Ημερομηνία παροχής της υπηρεσίας</b>	<b>Κωδικού υπηρεσίας</b>	<b>Περιγραφή</b>	<b>Εκτιμώμενο ποσό προς τιμολόγηση</b>
<b>Συνολική εκτίμηση του ενδεχόμενου οφειλόμενου ποσού σας:</b>			

Για το Τμήμα Υπηρεσιών Τιμολόγησης Ασθενών – (646) 227-3378.

Οι Ασθενείς του Διεθνούς Κέντρου μπορούν να επικοινωνήσουν με το Τμήμα Οικονομικών Υπηρεσιών Ασθενών στο (212) 639-4900.