



Formulário de proteção contra faturação surpresa

Este documento destina-se a informar sobre as suas proteções contra faturações médicas inesperadas. Também lhe pergunta se gostaria de abdicar dessas proteções e de pagar mais por cobertura fora da rede.

IMPORTANTE: Não lhe é solicitado assinar este formulário e não deve assinar se não lhe forem disponibilizadas escolhas de prestador de cuidados de saúde quando lhe foi fornecido cuidado. É possível optar por receber cuidados de um prestador ou local da sua rede de plano de saúde, o que pode custar-lhe menos.

Se precisar de ajuda com este documento, solicite ao seu prestador ou provedor do paciente. Tire uma foto/ou guarde uma cópia deste formulário nos seus arquivos.

Está a receber esta notificação porque o prestador ou a instalação não está na sua rede do plano de saúde. Isto significa que o prestador não tem um acordo com o seu plano.

Obter cuidado deste prestador ou instalação poderia custar-lhe mais.

Se o seu plano cobrir o item ou serviço que está a receber, as leis federais protegem-no de faturações mais altas:

- Quando recebe cuidado de emergência de prestadores e instalações de fora da rede ou
- Quando um prestador de fora da rede o atende num hospital ou centro cirúrgico em ambulatório da rede sem seu conhecimento ou consentimento.

Pergunte ao seu prestador de cuidados de saúde ou provedor do paciente se precisa de ajuda para saber se estas proteções se aplicam a si.

Caso assine este formulário, pode-lhe ser cobrado porque:

- Está a abdicar das suas proteções ao abrigo da lei.
- Os custos totais cobrados pelos itens e serviços recebidos podem ser da sua responsabilidade.
- O seu plano de saúde pode não se responsabilizar pelo valor que paga para as suas despesas dedutíveis e próprias. Contacte o seu plano de saúde para mais informações.

Não **assine** este formulário se **não** tiver escolha de prestadores ao receber o cuidado. Por exemplo, se lhe foi atribuído um médico sem oportunidade de fazer uma alteração.

Antes de decidir se assinará este formulário, contacte o seu plano de saúde para encontrar um prestador ou instalação da rede. Se não houver um, o seu plano de saúde pode chegar a um acordo com este prestador ou instalação ou outro.

Consulte a página a seguir para ver a estimativa de custos.

Estimativa do que pode pagar

Nome do(a) paciente: _____

Nome do(s) prestador(es) ou instalação de fora da rede: Memorial Sloan Kettering

Estimativa do pagamento total que lhe pode ser solicitado:	
---	--

► **Reveja a sua estimativa detalhada.** Consulte a Página 4 para ver uma estimativa de custo para cada item ou serviço que obterá.

► **Ligue para o seu plano de saúde.** O seu plano pode ter mais informações sobre quanto lhe será solicitado pagar. Também pode perguntar o que está coberto no seu plano e quais são as opções de prestador.

► **Dúvidas sobre esta notificação e estimativa?**

Ligue para os Serviços de Faturação do Paciente pelo número 646-227-3378 ou os pacientes internacionais podem contactar o Centro Internacional pelo número 212-639-4900.

► **Dúvidas sobre os seus direitos?** Contacte o Departamento de Serviços Financeiros de Nova Iorque para obter informações sobre os seus direitos de acordo com a Lei de Nova Iorque em 1-800-342-3736. Contacte CMS em 1-800-985-3059 para informações sobre os seus direitos de acordo com a lei federal.

Autorização prévia ou outras limitações de gestão de cuidado

Inclua a seguinte declaração geral:

Exceto em caso de emergência, o seu plano de saúde pode solicitar autorização prévia (ou outras limitações) para determinados itens e serviços. Isso significa que pode precisar da autorização do seu plano para a cobertura de um item ou serviço antes de o obter. Se for necessária autorização prévia, pergunte ao seu plano de saúde que informações são necessária para obter a cobertura.]

[No caso de esta notificação ser prestada para fins de serviços pós-estabilização por um prestador não participante numa instalação de emergência participante, inclua o idioma logo abaixo e insira uma lista de quaisquer prestadores participantes na instalação que possam fornecer os itens ou serviços descritos nesta notificação]

Compreender as suas opções

Também pode obter os itens ou serviços descritos nesta notificação dos prestadores que são da rede no seu plano de saúde:

Mais informações sobre os seus direitos e proteções

Aceda www.cms.gov/nosurprises para obter mais informações sobre os seus direitos de acordo com a lei federal.

Ao assinar, abduco das minhas proteções federais do consumidor e concordo em pagar mais por cuidados fora da rede.

Com a minha assinatura, declaro que concordo em obter os itens ou serviços de:

- Memorial Sloan Kettering Cancer Center*

Com a minha assinatura, reconheço que estou a consentir com o meu livre-arbítrio e não estou a ser coagido(a) nem pressionado(a). Também compreendo que:

- Estou a abducar de algumas proteções de faturação do consumidor ao abrigo da lei federal.
- Posso receber uma conta dos encargos completos para esses itens e serviços ou tenho que pagar a partilha de custos de fora da rede de acordo com meu plano de saúde.
- Foi-me dada uma notificação por escrito em _____ explicando que o meu prestador ou instalação não é coberto pela rede do meu plano de saúde, o custo estimado dos serviços e o que ficará a meu cargo se concordar em receber tratamento deste prestador ou nesta instalação.
- Foi-me dada a notificação em papel ou eletronicamente, de acordo com minha escolha.
- Compreendo perfeitamente que o meu plano de saúde pode não se responsabilizar por alguns ou todos os valores que pago para despesas dedutíveis e próprias.
- Posso rescindir este contrato mediante uma notificação por escrito ao prestador ou instalação antes de receber os serviços.

IMPORTANTE: Não é obrigatório assinar este formulário. Mas caso não o assine, este prestador ou instalação pode não o/a tratar. É sua escolha receber o cuidado de um prestador ou instalação da sua rede do plano de saúde.

_____ Assinatura do paciente	Ou	_____ Assinatura do guardião/representante autorizado(a)
_____ Nome do paciente em letra de imprensa		_____ Nome do guardião/representante autorizado(a) em letra de imprensa
_____ Data e hora da assinatura		_____ Data e hora da assinatura

Tire uma foto/ou guarde uma cópia deste formulário.

Ele contém informações importantes sobre os seus direitos e proteções.

