



Форма для обеспечения защиты против неожиданных счетов

Цель этого документа — проинформировать Вас о мерах защиты от неожиданного выставления счетов за медицинские услуги. Также в нем содержится вопрос, желаете ли Вы отказаться от этих мер защиты и платить больше за медицинское обслуживание вне сети плана.

ВАЖНО: Вы не обязаны подписывать эту форму и не должны ее подписывать, если Вам не предоставлялся выбор медицинского специалиста при проведении лечения. Вы можете выбрать лечение у медицинского специалиста или в медицинском учреждении, входящем в сеть Вашего плана медицинского страхования, что может быть менее затратно.

Если Вам нужна помощь с этим документом, обратитесь к своему медицинскому специалисту или адвокату по защите интересов пациентов. Сделайте фотографию и (или) сохраните копию этой формы в своей медицинской карте.

Вы получили данное уведомление, потому что этот медицинский специалист или это медицинское учреждение не входят в сеть Вашего плана медицинского страхования. Это означает, что медицинский специалист или медицинское учреждение не заключали соглашения с Вашим планом медицинского страхования.

Получение лечения у этого медицинского специалиста или в этом медицинском учреждении может стоить Вам дороже.

Если Ваш план медицинского страхования покрывает получаемые Вами товары или услуги, федеральное законодательство защищает Вас от выставления счетов на более высокие суммы:

- Когда Вы получаете неотложную помощь от медицинских специалистов и в медицинских учреждениях, не входящих в сеть, или
- Когда медицинский специалист вне сети лечит Вас в больнице или амбулаторном хирургическом центре в сети плана без Вашего ведома или согласия.

Спросите своего медицинского специалиста или адвоката по защите интересов пациентов, если Вам нужна помощь, чтобы узнать, применимы ли эти меры защиты в Вашем случае.

В случае подписания этой формы Вы можете заплатить больше, потому что:

- Вы отказываетесь от мер защиты, полагающихся Вам в соответствии с законом.
- Возможно, Вам придется оплачивать полную стоимость полученных товаров и услуг.
- Ваш план медицинского страхования может не включать какую-либо заплаченную Вами сумму в счет франшизы и лимита оплаты из собственных средств. Для получения дополнительной информации обратитесь в Ваш план медицинского страхования.

Вы **не должны** подписывать эту форму, если Вам **не** предоставлялся выбор медицинских специалистов при лечении. Например, если к Вам был прикреплен врач без возможности внести изменения.

Прежде чем принять решение о подписании этой формы, Вы можете обратиться в Ваш план медицинского страхования, чтобы найти медицинского специалиста или медицинское учреждение в сети плана. Если таковых нет, Ваш план медицинского страхования может заключить соглашение с этим медицинским специалистом или учреждением либо другим.

См. предварительную смету расходов на следующей странице.

Предварительная смета расходов на услуги

Имя, фамилия пациента: _____

Имя, фамилия медицинского специалиста или название медицинского учреждения, не входящего в сеть: Memorial Sloan Kettering

| | |
|--|--|
| Общая сумма расходов согласно предварительной смете: | |
|--|--|

- **Подробно изучите Вашу предварительную смету.** На странице 4 см. предварительную смету по каждому товару или услуге, которые Вы получите.
- **Позвоните в Ваш план медицинского страхования.** У Вашего плана могут быть более подробные сведения о том, сколько Вам будет нужно заплатить. Вы также можете спросить о том, что покрывает Ваш план, и какой у Вас есть выбор медицинских специалистов.
- **Возникли вопросы об этом уведомлении и смете ?** Позвоните в Службу выставления счетов для пациентов по телефону 646-227-3378. Иностранцы пациенты могут обратиться в Международный центр по телефону 212-639-4900.
- **Возникли вопросы о Ваших правах?** Для получения информации о Ваших правах в соответствии с законодательством штата Нью-Йорк обращайтесь в Управление финансовых услуг штата Нью-Йорк по телефону 1-800-342-3736. Для получения информации о Ваших правах в соответствии с федеральным законодательством обращайтесь в Центр по вопросам программ Medicare и Medicaid (CMS) по телефону 1-800-985-3059.

Предварительное разрешение или другие ограничения для управления лечением

Включите следующее общее положение:

За исключением неотложных случаев для определенных товаров и услуг может потребоваться предварительное разрешение (или другие ограничения) в соответствии с Вашим планом медицинского страхования. Это означает, что до получения товара или услуги Вам может потребоваться одобрение Вашего плана на их покрытие. Если требуется предварительное разрешение, узнайте в Вашем плане медицинского страхования, какая информация необходима для получения покрытия.]

[В случае, если это уведомление предоставляется при оказании услуг после стабилизации состояния медицинским специалистом, не входящим в сеть, в медицинском учреждении неотложной помощи, входящем в сеть плана, укажите сразу ниже язык и перечислите всех входящих в сеть медицинских специалистов в этом учреждении, которые могут предоставить товары или услуги, описанные в этом уведомлении]

Понимание Ваших вариантов

Вы также можете получить товары или услуги, описанные в этом уведомлении, у следующих медицинских специалистов, которые входят в сеть Вашего плана медицинского страхования:

Дополнительная информация о Ваших правах и мерах защиты

Посетите www.cms.gov/nosurprises для получения дополнительной информации о Ваших правах в соответствии с федеральным законодательством.

Подписывая эту форму, я отказываюсь от мер защиты в соответствии с федеральным законодательством и соглашаюсь платить больше за лечение вне сети плана.

Своей подписью я выражаю согласие получать товары или услуги от:

Онкологический центр Memorial Sloan Kettering

Своей подписью я подтверждаю, что я даю согласие по собственной воле и не подвергаюсь принуждению или давлению. Я также понимаю, что:

- Я отказываюсь от некоторых мер защиты потребителей от неожиданного выставления счетов, предоставляемых федеральным законодательством.
- Я могу получить счет на полную стоимость этих товаров и услуг, или мне придется участвовать в оплате расходов на лечение вне сети плана в соответствии с моим планом медицинского страхования.
- Я получил (-а) письменное уведомление с _____ объяснением того, что мой медицинский специалист или медицинское учреждение не входит в сеть моего плана медицинского страхования, а также с предварительной сметой по оплате услуг и сведениями о том, сколько я буду должен (-а) заплатить, если я соглашусь на лечение у этого медицинского специалиста или в этом медицинском учреждении.
- Я получил (-а) уведомление либо на бумаге, либо в электронном виде — в соответствии с моим выбором.
- Я целиком и полностью понимаю, что некоторые или все выплачиваемые мной суммы могут не включаться в счет франшизы или лимита оплаты из собственных средств по моему плану медицинского страхования.
- Я могу расторгнуть это соглашение, уведомив об этом медицинского специалиста или медицинское учреждение в письменной форме до получения услуг.

ВАЖНО: Вы **не** обязаны подписывать эту форму. Но если Вы ее не подпишете, этот медицинский специалист или медицинское учреждение может не принять Вас на лечение. Вы можете выбрать прохождение лечения у медицинского специалиста или в медицинском учреждении, входящих в сеть Вашего плана медицинского страхования.

_____ или _____
Подпись пациента Подпись опекуна/уполномоченного представителя

_____ _____
Имя, фамилия пациента печатными буквами Имя, фамилия опекуна/уполномоченного представителя печатными буквами

_____ _____
Дата и время подписания Дата и время подписания

Сделайте фотографию и (или) сохраните копию этой формы.

В ней содержится важная информация о Ваших правах и мерах защиты.

