



Sürpriz Fatura Koruma Formu

Bu belgenin amacı, beklenmedik hastane faturalarına karşı sahip olduğunuz güvenceler konusunda sizi bilgilendirmektir. Ayrıca, bu formda sağlanan güvencelerden vazgeçip kapsam dışı bakım hizmeti için daha fazla ücret ödemek isteyip istemediğiniz de sorulmaktadır.

ÖNEMLİ: Bu formu imzalamak zorunda değilsiniz ve bakım alırken sağlık hizmeti sağlayıcısı seçme şansınız olmadıysa imzalamamalısınız. Sağlık planınız kapsamında bulunan bir sağlayıcıdan ya da tesisten bakım hizmeti almayı tercih edebilirsiniz; bunun maliyeti sizin için daha düşük olabilir.

Bu belge konusunda yardıma ihtiyaç duyarsanız, sağlayıcınızdan ya da hasta savunucusundan yardım isteyin. Bu formun fotoğrafını çekin ve/veya kopyasını kayıtlarınız için saklayın.

Bu bildiriimi, bu sağlayıcı ya da tesis sağlık planınız kapsamında bulunmadığı için alıyorsunuz. Bu, sağlayıcının ya da tesisin sağlık planınızla kapsam dahilinde bir sözleşmesi bulunmadığı anlamına gelir.

Bu sağlayıcıdan ya da tesisten bakım hizmeti almak size daha yüksek bir bedele mal olabilir.

Planınız aldığınız bakımı veya hizmeti kapsıyorsa, federal yasalar aşağıdaki durumlarda sizi daha yüksek faturalardan korur:

- Kapsam dışı sağlayıcılardan ve tesislerden acil bakım hizmeti alırsanız veya
- kapsam dışı sağlayıcı sizi kapsam dahilindeki hastanede ya da poliklinik cerrahi merkezinde bilginiz veya onayınız dışında tedavi ederse.

Bu güvencelerin sizin için geçerli olup olmadığını öğrenmek için yardıma ihtiyaç duyarsanız, sağlık hizmeti sağlayıcınızdan ya da hasta savunucusunuzdan yardım isteyin.

Bu formu imzalarsanız, aşağıdaki nedenlerden ötürü daha yüksek bir tutar ödemeniz gerekebilir:

- Yasalar kapsamındaki güvencelerinizden vazgeçmektesiniz.
- Kullanılan malzeme ve alınan hizmetler için faturalandırılan tüm bedelleri sizin ödemeniz gerekebilir.
- Sağlık planınız, yaptığınız ödemelerin herhangi bir miktarını muafiyet veya cepten çıkan bedel limiti için geçerli saymayabilir. Daha fazla bilgi için sağlık planınızla iletişime geçin.

Bakım alırken sağlayıcı seçme şansınız **olmadıysa** bu formu **imzalamamalısınız**. Örneğin, değiştirme fırsatı tanınmaksızın size bir doktor atandıysa.

Bu formu imzalamaya karar vermeden önce, kapsam içi bir sağlayıcı veya tesis bulmak için sağlık planınızla iletişime geçebilirsiniz. Böyle bir sağlayıcı ya da tesis yoksa, sağlık planınız bu sağlayıcıyla veya tesisle veya bir başkasıyla sözleşme yapabilir.

Bedel tahmini için bir sonraki sayfaya bakın.

Ödeyebileceğiniz tahmini tutar

Hasta adı: _____

Kapsam dışı sağlayıcı veya tesis adı: Memorial Sloan Kettering

Ödemenizin istenebileceği toplam bedel tahmini:

► **Ayrıntılı tahmini bedeli inceleyin.** Alacağınız her bir malzeme veya hizmetin bedel tahmini için 4. sayfaya bakın.

► **Sağlık planınızla iletişime geçin.** Planınız ödemenizin isteneceği tutara dair daha ayrıntılı bilgi sahibi olabilir. Planınız kapsamında neler bulunduğunu ve sağlayıcı seçeneklerinizi de sorabilirsiniz.

► **Bu bildirimde ve tahmini bedele yönelik sorularınız mı var ?** 646-227-3378 no'lu telefondan Hasta Faturalandırma Hizmetlerini arayın veya uluslararası hastalar 212-639-4900 no'lu telefondan Uluslararası Merkezle iletişime geçebilirsiniz.

Haklarınıza yönelik sorularınız mı var? New York Eyaleti yasaları kapsamındaki haklarınız konusunda bilgi almak için 1-800-342-3736 no'lu telefondan New York Eyaleti Finansal Hizmetler Bölümünü arayın. Federal yasalar kapsamındaki haklarınız konusunda bilgi almak için, 1-800-985-3059 no'lu telefondan CMS (Tıbbi Bakım Sigortası ve Sağlık Yardımı Hizmetleri Merkezi) ile iletişime geçin.

Ön izin veya diğer bakım yönetim kısıtlamaları

Aşağıdaki genel beyanı da dahil edin:

Acil bir durum haricinde, sağlık planınız belirli malzeme ve hizmetler için ön izin (ya da başka kısıtlamalar) gerektirebilir. Bu, bir malzeme veya hizmeti almadan önce sağlık planınızın bunları kapsama alacağına dair bir onay almanız gerekebileceği anlamına gelir. Ön izin gerekiyorsa, sağlık planınıza kapsam dahiline alınması için ne gibi bilgilerin gerektiğini sorun.]

[Katılımcı bir acil durum tesisi dahilinde katılımcı olmayan bir sağlayıcı tarafından sunulacak stabilizasyon sonrası hizmetler için bu bildirimde sağlanması durumunda, dili derhal aşağıya ekleyin ve bu bildirimde açıklanan malzeme ve hizmetleri sağlayabilecek tesisdeki tüm katılımcı sağlayıcıların bir listesini girin]

Seçeneklerinizi anlama

Bu bildirimde açıklanan malzeme ve hizmetleri sağlık planınız kapsamında yer alan bu sağlayıcılardan da alabilirsiniz:

Haklarınıza ve güvencelerinize yönelik ayrıntılı bilgiler

Federal yasalar kapsamındaki haklarınız konusunda daha fazla bilgi almak için www.cms.gov/nosurprises adresini ziyaret edin.

İşbu belgeyi imzalayarak, federal tüketici güvencelerimden vazgeçiyor ve kapsam dışı bakım için daha fazla ödeme yapmayı kabul ediyorum.

İşbu belgeyi imzalayarak, aşağıdaki kurumdan malzeme veya hizmet almayı kabul ettiğimi beyan ediyorum:

Memorial Sloan Kettering Kanser Merkezi

İşbu belgeyi imzalayarak, buna kendi özgür irademle karar verdiğimi ve hiçbir baskı ve zorlama altında olmadığını onaylıyorum. Ayrıca,

- Federal yasalar kapsamında sağlanan bazı tüketici faturalandırma güvencelerinden feragat ettiğimi,
- Bu malzeme ve hizmetler için tam ücretleri üstünden faturalandırılabilirim ya da sağlık planım kapsamında kapsam dışı bedel paylaşımı ile üzerime düşeni ödemek zorunda kalabileceğimi,
- Sağlayıcının ya da tesisimin _____ sağlık planım dahilinde olmadığını, bu sağlayıcı ya da tesis tarafından tedavi edilmeyi kabul edersem hizmetlerin tahmini bedelini ve cebimden çıkabilecek tutarı açıklayan yazılı bir bildirim aldığımı,
- Tercihime uygun olarak, bu bildirim yazılı kağıt ya da elektronik olarak teslim aldığımı,
- Ödeyebileceğim bedelin bir kısmının ya da tamamının sağlık planımın muafiyet ya da cepten çıkan bedel limiti dahilinde sayılmayabileceğini tamamen ve kesinlikle anladığımı,
- Hizmetleri almadan önce sağlayıcıyı ya da tesisi yazılı olarak bilgilendirerek bu anlaşmayı sonlandırabileceğimi anladığımı kabul ediyorum.

ÖNEMLİ: Bu formu imzalamak zorunda **değilsiniz**. Ancak bu formu imzalamadığınız takdirde, bu sağlayıcı ya da tesis sizi tedavi etmeyebilir. Sağlık planınız kapsamındaki bir sağlayıcıdan veya tesisten bakım hizmeti almayı tercih edebilirsiniz.

| | |
|------------------------|---|
| _____ | veya _____ |
| Hastanın imzası | Vasi/yetkili temsilcinin imzası |
| _____ | _____ |
| Hastanın adı ve soyadı | Vasinin/yetkili temsilcinin adı ve soyadı |
| _____ | _____ |
| İmza tarihi ve saati | İmza tarihi ve saati |

