



Modulo di protezione dalla fatturazione medica a sorpresa

Lo scopo di questo documento è di informarla sulle protezioni da fatture mediche inaspettate. In esso le si chiede inoltre se desidera rinunciare a tali protezioni e pagare di più per cure mediche fuori rete.

IMPORTANTE: firmare il presente modulo non è obbligatorio e non deve firmarlo se non ha potuto scegliere il fornitore di assistenza sanitaria quando ha ricevuto le cure. Può scegliere di ricevere cure da un fornitore o una struttura all'interno della rete del Suo piano sanitario, il che potrebbe costarle di meno.

Se desidera ricevere assistenza per compilare il documento, si rivolga al Suo fornitore o a un rappresentante dei pazienti. Scatti una foto e/o conservi una copia di questo modulo per il futuro.

Sta ricevendo questo avviso poiché questo fornitore o struttura non fa parte della rete del Suo piano sanitario. Questo significa che il fornitore o la struttura non hanno concluso un accordo con il Suo piano.

Ricevere cure da questo fornitore o struttura potrebbe costarle di più.

Se il Suo piano copre il bene o il servizio che sta ricevendo, la legge federale la protegge da fatture più elevate:

- Quando riceve cure di emergenza da fornitori e strutture fuori rete, o
- Quando un fornitore fuori rete la cura in un ospedale o centro chirurgico ambulatoriale all'interno della rete a Sua insaputa o senza il Suo consenso.

Si rivolga al Suo fornitore di assistenza sanitaria o rappresentante dei pazienti se ha bisogno di aiuto per sapere se tali protezioni si applicano al Suo caso.

Se firma questo modulo, potrebbe pagare di più, in quanto:

- Sta rinunciando alle Sue protezioni previste dalla legge.
- Potrebbe essere debitore dell'intero costo dei beni e servizi ricevuti.
- Il Suo piano sanitario potrebbe non conteggiare eventuali importi pagati rispetto alla franchigia e il limite delle spese di competenza personale. Si rivolga al Suo piano sanitario per avere maggiori informazioni.

Non deve firmare questo modulo se **non** ha potuto scegliere il fornitore quando ha ricevuto le cure. Ad esempio, se le è stato assegnato un medico senza possibilità di poter fare una modifica.

Prima di decidere se firmare questo modulo può rivolgersi al Suo piano sanitario per trovare un fornitore o una struttura all'interno della rete. Se non ve ne sono, il Suo piano sanitario potrebbe raggiungere un accordo con questo fornitore o struttura, o altri.

Consulti la prossima pagina per il Suo preventivo di spesa.

Preventivo di importo di spesa

Nome del paziente: _____

Nome del fornitore o della struttura fuori rete: Memorial Sloan Kettering

Preventivo di spesa totale di ciò che Le potrebbe venire richiesto di pagare:	
--	--

► **Riveda il Suo preventivo in dettaglio.** Consulti la Pagina 4 per un preventivo di spesa per ogni bene o servizio che riceverà.

► **Contatti il Suo piano sanitario.** Il Suo piano potrebbe avere più informazioni su quanto Le verrà richiesto di pagare. Inoltre può chiedere cosa viene coperto nel Suo piano e le Sue opzioni per quanto riguarda i fornitori.

► **Ha domande su questo avviso e preventivo ?** Chiami i Servizi di fatturazione per i pazienti al numero 646-227-3378; i pazienti internazionali possono rivolgersi al Centro internazionale al numero 212-639-4900.

Ha domande sui Suoi diritti? Contatti il Dipartimento dello Stato di New York per i servizi finanziari per avere maggiori informazioni sui Suoi diritti secondo la legge dello Stato di New York, al numero 1-800-342-3736. Contatti CMS al numero 1-800-985-3059 per avere informazioni sui Suoi diritti secondo la legge federale.

Autorizzazione preventiva o altri limiti di gestione delle cure

Includa la seguente dichiarazione generale:

Tranne che in caso di emergenza, il Suo piano sanitario potrebbe richiedere l'autorizzazione preventiva (o altri limiti) per determinati beni e servizi. Questo significa che potrebbe essere necessaria l'approvazione da parte del Suo piano per coprire un bene o servizio prima che Lei li riceva. Qualora sia necessaria l'autorizzazione preventiva, chiedi al Suo piano sanitario quali informazioni siano necessarie per ottenere la copertura.]

[Nel caso in cui questo avviso venga fornito per servizi di post-stabilizzazione da un fornitore non aderente all'interno di una struttura di emergenza aderente, includa il testo riportato di seguito e inserisca un elenco di fornitori aderenti alla struttura che siano in grado di fornire i beni o servizi descritti in questo avviso]

Comprendere le Sue alternative

Può anche ricevere i beni e i servizi descritti in questo avviso dai seguenti fornitori che si trovano all'interno della rete del Suo piano sanitario:

Maggiori informazioni sui Suoi diritti e protezioni

Visiti www.cms.gov/nosurprises per maggiori informazioni sui Suoi diritti secondo la legge federale.

Apponendo la mia firma, rinuncio alle mie protezioni federali per i consumatori e acconsento a pagare di più per le cure fuori rete.

Con la mia firma, dichiaro di acconsentire a ricevere i beni o servizi da:

- *Memorial Sloan Kettering Cancer Center*

Con la mia firma, dichiaro di acconsentire di mia spontanea volontà e che non sono sottoposto/a a coercizioni o pressioni. Comprendo inoltre che:

- Sto rinunciando ad alcune protezioni di fatturazione per i consumatori in base alla legge federale.
- Potrei ricevere una fattura per l'intero costo di questi beni e servizi, o potrei dover pagare per la ripartizione dei costi fuori rete sotto il mio piano sanitario.
- Ho ricevuto una comunicazione scritta _____ che spiega che il mio fornitore o struttura non sono inclusi nella rete del mio piano sanitario, il costo stimato per i servizi, e ciò di cui potrei essere debitore se acconsento a ricevere cure da tale fornitore o struttura.
- Ho ricevuto la comunicazione in versione cartacea o elettronicamente, in conformità alla mia selezione.
- Comprendo pienamente e completamente che alcuni o tutti gli importi da me pagati potrebbero non venire conteggiati rispetto alla franchigia del mio piano sanitario o il limite delle spese di competenza personale.
- Posso cessare questo accordo inviando comunicazione al fornitore o alla struttura per iscritto prima di ricevere i servizi.

IMPORTANTE: Non è obbligato a firmare questo modulo. Tuttavia, se non lo firma potrebbe non ricevere cure da questo fornitore o struttura. Può scegliere di ricevere cure da un fornitore o struttura presente nella rete del Suo piano sanitario.

Firma del paziente

o

Firma del Tutore/rappresentante autorizzato

Nome in stampatello del paziente

Nome in stampatello del tutore/rappresentante autorizzato

Data e ora della firma

Data e ora della firma

Scatti una foto e/o conservi una copia di questo modulo.

Contiene informazioni importanti sui Suoi diritti e le Sue protezioni.

