

نموذج الحماية من الفواتير المفاجئة

هذه الوثيقة مصممة خصيصاً لإحاطتك بسبل الحماية من الفواتير الطبية غير المتوقعة من ناحية، وتتيح لك، من ناحية أخرى، إمكانية اختيار التنازل عن سبل الحماية تلك ودفع المزيد من الأموال مقابل تلقي الرعاية خارج نطاق شبكة برنامج الرعاية الصحية الذي تشترك به.

ملاحظة مهمة: ليس لزاماً عليك التوقيع على هذا النموذج، ولا ينبغي لك ذلك إذا لم يُتَح لك اختيار مقدم الرعاية الصحية عند تلقي الرعاية. ويمكنك اختيار تلقي الرعاية من مرفق أو مقدم رعاية صحية تابع لشبكة برنامج رعايتك الصحية، الأمر الذي قد يقلل التكاليف التي تتكبدها.

إذا كنت تريد المساعدة بشأن هذه الوثيقة، فلا تتردد في طلب المساعدة من مقدم الرعاية الصحية أو أحد محامي المرضى. ويجب عليك أن تلتقط صورة من هذا النموذج و/أو الاحتفاظ بنسخة منه للرجوع إليها عند الضرورة.

هذا الإخطار يُقدم لك لأن مرفق أو مقدم الرعاية الصحية المعني لا يتبع شبكة برنامج رعايتك الصحية. وهذا يعني أن مرفق أو مقدم الرعاية الصحية ليس طرفاً في اتفاقية مع برنامجك.

قد يكبدك تلقي الرعاية الصحية من مرفق أو مقدم الرعاية الصحية هذا تكاليف أكثر.

إذا كان برنامجك يغطي العنصر أو الخدمة التي تتلقاها، فإن القانون الفيدرالي يحميك من الفواتير العالية في الحالتين التاليتين:

- عندما تتلقى رعاية طارئة من مرافق أو مقدمي رعاية صحية غير تابعين لشبكة برنامجك، أو
- عندما يعالجك أحد مقدمي الرعاية الصحية غير التابعين لشبكة برنامجك في مستشفى أو مركز إسعاف جراحي تابع لشبكة برنامجك من دون علمك أو موافقتك.

استعلم من مقدم الرعاية الصحية أو محامي المرضى المختص بخدمتك إذا كنت بحاجة إلى مساعدة لمعرفة ما إذا كانت سبل الحماية هذه تنطبق عليك.

في حال توقيعك على هذا النموذج، يمكن أن تتكبد نفقات زائدة للأسباب الآتية:

- تنازلك عن سبل حمايتك التي يكفلها القانون.
- قد تتكبد التكاليف كاملةً عن العناصر والخدمات المتلقاة.
- قد لا يحتسب برنامج رعايتك أيًا من المبالغ التي تدفعها ضمن حد نصيبك في الاشتراك التأميني والنفقات التي تتحملها خارج الغطاء التأميني. اتصل ببرنامج رعايتك الصحية لمزيد من المعلومات.

لا ينبغي التوقيع على هذا النموذج إذا كنت لم تُخَيَّر بشأن مقدمي الرعاية عند تلقي الرعاية. ومن أمثلة ذلك تكليف طبيب بمتابعة حالتك دون إتاحة فرصة تغييره.

قبل اتخاذ قرار التوقيع على هذا النموذج، يمكنك الاتصال ببرنامج رعايتك الصحية لإيجاد مرفق أو مقدم رعاية صحية تابع لشبكة برنامجك. فإن لم يوجد أي مرفق أو مقدم رعاية، فقد يعقد برنامج رعايتك اتفاقاً مع مرفق أو مقدم الرعاية الصحية هذا أو غيره.

انظر الصفحة التالية للاطلاع على التكلفة المقدرة.

المبلغ المقدّر الذي قد تدفعه

اسم المريض: _____

اسم مرفق أو مقدم (مقدمي) الرعاية الصحية غير التابع لشبكة برنامج الرعاية: Memorial Sloan Kettering

تقدير التكلفة الإجمالية التي قد تُطالب بدفعها:

- ◀ **راجع التقدير المالي التفصيلي.** انظر صفحة 4 للتكلفة التقديرية لكل عنصر أو خدمة ستلتفأها.
- ◀ **اتصل ببرنامج رعايتك الصحية.** قد تتوفر لدى برنامجك معلومات أوفى بشأن المبلغ الذي ستُطالب بدفعه. كما يمكنك الاستفسار عما يغطيه برنامجك وخيارات مقدمي الرعاية الصحية.
- ◀ **هل لديك أسئلة حول هذا الإخطار والتقدير المالي؟** اتصل بقسم خدمات فواتير المرضى على الرقم 646-227-3378، ويمكن للمرضى من خارج الولايات المتحدة الاتصال بمركز خدمات المرضى الأجانب على الرقم 212-639-4900.
- ◀ **هل تود الاستعلام عن حقوقك؟** اتصل بوزارة الخدمات المالية بولاية نيويورك للاستعلام عن حقوقك المكفولة بمقتضى قانون ولاية نيويورك على الرقم 1-800-342-3736 أو اتصل بمراكز الرعاية الصحية والخدمات الطبية على الرقم 1-800-985-3059 للاستعلام عن حقوقك المكفولة بمقتضى القانون الفيدرالي.

التفويض المسبق أو قيود إدارة الرعاية الصحية الأخرى

يُدرج البيان العام التالي:

فيما عدا حالات الطوارئ، قد يشترط برنامج رعايتك الصحية تفويضًا مسبقًا (أو قيودًا أخرى) للاستفادة من عناصر وخدمات معينة، وهذا يعني أنك قد تحتاج إلى موافقة برنامجك على تغطيته للعنصر أو الخدمة المعنية قبل تلقيها. ففي حال اشتراط التفويض المسبق، استعلم من برنامج رعايتك الصحية عن المعلومات اللازمة للاستفادة من التغطية التأمينية.

[في حال تقديم هذا الإخطار لتلقي الخدمات المقدمة بعد استقرار الحالة الصحية من مقدم رعاية صحية غير مشارك بداخل مرفق رعاية طارئة مشترك، تُدرج الإرشادات أسفله مباشرة، وقائمة بأي مقدمي رعاية صحية مشاركين موجودين في المرفق، وقادرين على تقديم العناصر أو الخدمات الموضحة في هذا الإخطار]

التعرف على الخيارات المتاحة

يمكنك كذلك تلقي العناصر أو الخدمات الموضحة في هذا الإخطار من مقدمي الرعاية الصحية التاليين التابعين لشبكة برنامج رعايتك الصحية:

مزيد من المعلومات حول حقوقك وسبل حمايتك

تفضل بزيارة www.cms.gov/nosurprises لمزيد من المعلومات عن حقوقك المكفولة بمقتضى القانون الفيدرالي.

بالتوقيع على هذا النموذج، أتنازل عن سبل حماية المستهلك التي يكفلها لي القانون الفيدرالي، وأوافق على دفع المزيد من الأموال مقابل الرعاية المقدمة خارج نطاق شبكة برنامج رعايتي الصحية.

يُعتبر توقيعني موافقةً صريحةً مني على تلقي العناصر أو الخدمات المقدمة من:

□ مركز *Memorial Sloan Kettering* للسرطان

يُعتبر توقيعني إقرارًا مني بالموافقة الصادرة بكامل إرادتي الحرة دون إجبار أو ضغط. كما أدرك ما يلي:

- أنني أتنازل عن بعض سبل حماية المستهلك المالية التي يكفلها القانون الفيدرالي.
- قد أتكبد النفقات الكاملة مقابل هذه العناصر والخدمات، أو يتعين عليّ دفع نسبة معينة من التكاليف المشتركة للرعاية خارج نطاق الشبكة وفقًا لشروط برنامج رعايتي الصحية.
- تسلمت إخطارًا خطيًا بتاريخ _____ يوضح أن مرفق أو مقدم الرعاية الصحية المضطلع بحالتي لا يتبع شبكة برنامج رعايتي الصحية، كما يوضح التكاليف المقدرة للخدمات وما قد أدفعه في حال موافقتي على العلاج لدى مرفق أو مقدم الرعاية الصحية هذا.
- تلقيت الإخطار بصورة ورقية أو إلكترونية وفقًا لاختياري.
- أنفهم تمامًا أن بعض النفقات التي أتكديها أو كلها يمكن ألا تُحتسب ضمن حد نصيبي في الاشتراك التأميني والنفقات التي أتحمّلها خارج الغطاء التأميني لبرنامج رعايتي الصحية.
- يمكنني إنهاء هذه الاتفاقية عن طريق إخطار مرفق أو مقدم الرعاية الصحية خطيًا قبل تلقي الخدمة.

ملاحظة مهمة: ليس لزامًا عليك التوقيع على هذا النموذج. لكن عدم توقيعك عليه يعني عدم إلزام مرفق أو مقدم الرعاية الصحية بتقديم العلاج لك. ويمكنك اختيار تلقي الرعاية لدى مرفق أو مقدم رعاية صحية آخر تابع لشبكة برنامج رعايتك الصحية.

توقيع المريض _____ أو _____
توقيع الوصي القانوني/الممثل المفوض

اسم المريض بخط واضح _____ اسم الوصي القانوني/الممثل المفوض بخط واضح

تاريخ ووقت التوقيع _____ تاريخ ووقت التوقيع

التقط صورة من هذا النموذج و/أو احتفظ بنسخة منه.

هذا النموذج يحتوي على معلومات مهمة تخص حقوقك وسبل الحماية المكفولة لك.

