



## Formulaire de protection contre la facturation surprise

L'objectif de ce document est de vous faire connaître vos protections contre les factures médicales inattendues. Il vous demande également si vous souhaitez renoncer à ces protections et payer davantage pour des soins hors réseau.

**IMPORTANT : Vous n'êtes pas tenu(e) de signer ce formulaire et vous ne devriez pas le signer si vous n'avez pas eu le choix du fournisseur de soins de santé lors des soins. Vous pouvez choisir de vous faire soigner par un prestataire ou dans un établissement faisant partie du réseau de votre régime de santé, ce qui peut vous coûter moins cher.**

**Si vous souhaitez obtenir de l'aide avec ce document, demandez à votre prestataire ou à un représentant des patients. Faites une photo et / ou gardez une photocopie de ce formulaire pour vos dossiers.**

Vous recevez cet avis car ce prestataire ou cet établissement ne fait pas partie du réseau de votre régime d'assurance maladie. Cela signifie que le prestataire ou l'établissement n'a pas d'accord avec votre régime.

**Recevoir des soins de la part de ce prestataire ou de cet établissement pourrait vous coûter plus cher.**

Si votre régime couvre l'article ou le service dont vous bénéficiez, la loi fédérale vous protège contre des factures plus élevées :

- Lorsque vous recevez des soins d'urgence de la part de prestataires et d'établissements non couverts par le réseau, ou
- Lorsqu'un prestataire en dehors du réseau vous soigne dans un hôpital ou un centre de chirurgie ambulatoire du réseau sans que vous le sachiez ou sans votre consentement.

Demandez à votre prestataire de soins ou au représentant des patients si vous avez besoin d'aide afin de savoir si ces protections s'appliquent à vous.

Si vous signez ce formulaire, vous pourriez payer davantage car :

- Vous renoncez à vos protections conformément à la loi.
- Vous pouvez être redevable de la totalité des coûts facturés pour les articles et services reçus.
- Il se peut que votre régime d'assurance maladie ne prenne pas en compte le montant (total ou en partie) que vous avez payé, dans le calcul de votre franchise et de votre limite de dépenses. Contactez votre régime de santé pour plus d'informations.

Vous ne devriez pas signer ce formulaire si vous n'avez **pas** eu le choix des prestataires lors des soins. Par exemple, si un médecin vous a été assigné sans possibilité de faire un changement.

Avant de décider de signer ou non ce formulaire, vous pouvez contacter votre régime d'assurance maladie pour trouver un prestataire ou un établissement couvert par le réseau. S'il n'y en a pas, votre régime d'assurance maladie pourrait conclure un accord avec ce prestataire

Consultez la page suivante pour votre devis hospitalier.

## Estimation de ce que vous pourriez payer

Nom du/de la patient·e \_\_\_\_\_

Nom du ou des prestataire(s) ou établissement(s) hors réseau : Memorial Sloan Kettering

<b>Estimation du coût total de ce que l'on peut vous demander de payer :</b>	
--	--

- ▶ **Examinez votre devis détaillé. Consultez la page 4 pour une estimation du coût de chaque article ou service que vous obtiendrez.**
- ▶ **Appelez votre régime d'assurance maladie. Votre régime peut avoir de meilleures informations au sujet du montant que l'on vous demandera de payer. Vous pouvez également vous renseigner sur ce qui est couvert par votre régime et sur vos options en matière de prestataire.**
- ▶ **Avez-vous des questions concernant cet avis et ce devis ?** Appelez les services de facturation aux patientx au 646-227-3378 ou les patients internationaux peuvent contacter l'International Center au 212-639-4900.

**Des questions concernant vos droits ?** Contactez le NYS Department of Financial Services (Département des services financiers de l'État de New York) pour obtenir des informations relatives à vos droits en vertu de la loi de l'État de New York, au 1-800-342-3736. Contactez CMS au 1-800-985-3059 pour obtenir des informations sur vos droits en vertu de la loi fédérale.

### **Autorisation préalable ou autres limitations de la gestion des soins**

*Veillez inclure la déclaration générale suivante :*

Sauf en cas d'urgence, votre régime de santé peut exiger une autorisation préalable (ou d'autres limitations) pour certains articles et services. Cela signifie que vous pouvez avoir besoin de l'approbation de votre régime pour la prise en charge d'un article ou d'un service avant d'en bénéficier. Si une autorisation préalable est requise, demandez à votre régime de santé quelles sont les informations nécessaires afin d'obtenir une prise en charge par l'assurance.]

*[Dans le cas où cet avis est fourni pour des services de post-stabilisation par un prestataire non participant au sein d'une structure d'urgence participante, veuillez inclure le texte ci-dessous et inscrire une liste de tous les prestataires participants de la structure qui sont en mesure de fournir les articles ou services décrits dans cet avis.]*

### **Comprendre vos options**

Vous pouvez également obtenir les articles ou les services décrits dans cet avis auprès des prestataires faisant partie du réseau de votre régime de santé :

### **Plus d'informations sur vos droits et protections**

Visitez [www.cms.gov/nosurprises](http://www.cms.gov/nosurprises) pour plus d'informations sur vos droits en vertu de la loi fédérale.

## En signant, je renonce à mes protections fédérales en tant que consommateur·trice et j'accepte de payer plus cher pour les soins hors réseau.

Par ma signature, j'accepte d'obtenir les articles ou les services de la part de :

- *Memorial Sloan Kettering Cancer Center (Centre de cancérologie Memorial Sloan Kettering)*

Par ma signature, je reconnais donner mon consentement de mon plein gré et ne pas être contraint·e ou forcé·e. Je comprends aussi que :

- Je renonce à certaines protections de facturation aux consommateurs en vertu de la loi fédérale.
- Il se peut que je reçoive une facture pour le montant total de ces articles et services, ou que je doive payer une participation aux coûts hors réseau dans le cadre de mon régime d'assurance maladie.
- J'ai reçu une notification écrite le \_\_\_\_\_ expliquant que mon prestataire ou mon établissement ne fait pas partie du réseau de mon régime de santé, le coût estimé des services et ce que je pourrais devoir, si j'accepte d'être traité par ce prestataire ou cet établissement.
- J'ai reçu l'avis soit sur papier, soit par voie électronique, conformément à mon choix.
- Je comprends pleinement et entièrement que certains ou tous les montants que je paie pourraient ne pas être pris en compte dans la franchise ou la limite des dépenses de mon régime d'assurance-maladie.
- Je peux mettre fin à cet accord en le notifiant par écrit au prestataire ou à l'établissement avant de bénéficier des services.

**IMPORTANT : Vous n'êtes pas obligé·e de signer ce formulaire. Cependant, si vous ne signez pas, ce prestataire ou cet établissement peut ne pas vous soigner. Vous pouvez choisir de recevoir des soins auprès d'un prestataire ou d'un établissement du réseau de votre régime d'assurance maladie.**

\_\_\_\_\_  
Signature du/de la patient·e

ou

\_\_\_\_\_  
Signature du/de la Tuteur·trice/Représentant·e autorisé·e

\_\_\_\_\_  
Nom du/de la patient·e en majuscules

\_\_\_\_\_  
Nom du/de la Tuteur·trice / Représentant·e autorisé·e en majuscules

\_\_\_\_\_  
Date et heure de la signature

\_\_\_\_\_  
Date et heure de la signature

**Faites une photo et/ou gardez une copie de ce formulaire.**

**Il contient des informations importantes relatives à vos droits et protections.**



