



意外账单保护表格

本文件旨在让您了解关于意外医疗账单保护方面的信息。它还询问您是否愿意放弃这些保护，并为网络外的医疗保健服务支付更高费用。

重要提示：如果您在就医时并未选择医疗保健服务提供者，则您无需且不应签署本表格。您可以选择从您的医保计划网络中的服务提供者或机构处获取医疗保健服务，这样花费可能会更低。

如果您需要就本文件获取帮助，请咨询您的医疗保健服务提供者或患者权益维护专员。请为本表格拍照，并/或保存一份本表格副本，以供备案。

您收到本通知是因为该医疗保健服务提供者或机构不在您的医保计划网络内。这意味着，该服务提供者或机构与您的医保计划没有签署协议。

从该服务提供者或机构处获取医疗保健服务可能会让您花费更多。

如果您的医保计划包含您所获得的项目或服务，则在下列情况下联邦法律保护您免于支付更高金额账单：

- 您从网络外的服务提供者和机构处获取急救医疗服务；或者
- 网络外服务提供者在网络内医院或门诊手术中心为您进行治疗，且您不知情或未经您同意。

如果您需要帮助以了解这些保护是否适用于您，请咨询您的医疗保健服务提供者或患者权益维护专员。

如果您签署本表格，则您可能需要支付更高费用，因为：

- 您将放弃依法享有的保护。
- 您可能需要支付所获取项目和服务的全额费用。
- 您的医保计划可能不会将您支付的任何金额计入您的自付额或最高自付限额。请联系您的医保计划，获取更多相关信息。

如果您在就医时**并未**选择医疗保健服务提供者，您则**不应**签署本表格。例如，为您分派了一位医生且没有机会更换医生。

在决定是否签署本表格之前，您可以联系您的医保计划，以查找网络内的服务提供者或机构。如果没有网络内的服务提供者或机构，您的医保计划可能会与该服务提供者或机构或者其他服务提供者或机构达成协议。

关于您的费用估价，请参阅下一页内容。

您可能需要支付的费用估价

患者姓名: _____

网络外服务提供者或机构名称: Memorial Sloan Kettering

您可能需要支付的总费用估价:	
----------------	--

- ▶ **查看您的详细估价。** 有关您将获取的各个项目或服务的估价, 请参阅第 4 页。
- ▶ **致电您的医保计划。** 您的医保计划可能提供有关您所需支付费用方面的更准确信息。此外, 您还可以询问您医保计划的承保范围以及服务提供者选择。
- ▶ **是否有关于本通知和估价方面的问题?** 请致电 646-227-3378 联系患者账单服务部, 国际患者可致电 212-639-4900 联系国际中心。
- ▶ **是否有关于您所享有权利方面的问题?** 请致电 1-800-342-3736 联系纽约州财务服务部, 了解您依据纽约州法律所享有权利的相关信息。请致电 1-800-985-3059 联系 CMS, 了解您依据联邦法律所享有权利的相关信息。

事先授权或其他医疗保健管理限制

包括以下一般性陈述:

[除紧急情况外, 您的医保计划对某些项目和服务可能需要事先授权(或其他限制)。这意味着, 在您获取这些项目或服务前, 您可能需要您的医保计划事先批准承保这些项目或服务。如果需要事先授权, 请咨询您的医保计划, 了解需要哪些信息才能获得承保。]

[如果是针对非合约服务提供者在合约急诊机构中提供稳定后服务而发出此通知, 则请纳入下方所述内容, 并且输入机构中能够提供此通知中所述项目或服务的所有合约服务提供者的名单]

了解您的选项

您也可以从您的医保计划网络中的以下服务提供者处获取此通知中所述项目或服务:

关于您所享有权利和保护的更多信息

请访问 www.cms.gov/nosurprises, 了解您依据联邦法律所享有权利的更多信息。

一经签署即表明，我放弃所享有的联邦消费者保护，并同意为网络外医疗保健服务支付更高费用。

通过我的签名，我表示同意从以下医疗保健服务提供者或机构处获取项目或服务：

Memorial Sloan Kettering 癌症中心

通过我的签名，我确认我自愿同意，且没有受到胁迫或压力。而且我也明白：

- 我将放弃联邦法律规定的一些消费者账单保护。
- 我可能会收到这些项目和服务的全额账单，或者必须根据我的医保计划支付网络外分摊费用。
- 我于_____收到了一份书面通知，通知中说明了我的服务提供者或机构不在我的医保计划网络中、服务的估价，以及如果我同意接受该服务提供者或机构的治疗，我可能需要支付的费用。
- 我收到了根据我的选择所提供的纸质或电子版通知。
- 我完全理解我所支付的部分或全部金额可能不计入我的医保计划的自付额或最高自付限额。
- 我可以在获取服务之前通过以书面形式通知服务提供者或机构的方式来终止本协议。

重要提示：您**并非**必须签署本表格。但是如果您不签署本表格，该服务提供者或机构可能不会对您进行治疗。您可以选择从您的医保计划网络中的服务提供者或机构处获取医疗保健服务。

_____ 或者 _____	_____
患者签名	监护人/授权代表签名
_____	_____
患者打印姓名	监护人/授权代表打印姓名
_____	_____
签名日期和时间	签名日期和时间

为本表格拍照，并/或保存一份本表格副本。
它包含有关您所享有权利和保护方面的重要信息。

关于您的估价的更多详细信息

患者姓名: _____

网络外服务提供者或机构名称: _____

下方金额仅为估计值；它不是服务报价或合同。此估价单给出了所列项目或服务的充分估价。它不包括有关您的医保计划可能承保范围的任何信息。也就是说，**最终的服务费用可能与此估价单有所差异。**

请联系您的医保计划，了解您的医保计划将支付多少金额（如果支付的话），以及您可能必须支付多少金额。

服务日期	服务代码	说明	估计的收费金额

患者账单服务部电话 (646) 227-3378。

国际中心患者可致电国际中心患者财务服务部电话 (212) 639-4900。

服务日期	服务代码	说明	估计的收费金额
您可能需要支付的总估价金额：			

患者账单服务部电话 (646) 227-3378。

国际中心患者可致电国际中心患者财务服务部电话 (212) 639-4900。