# Váratlan költségek elleni védelem űrlap

## Ez a dokumentum ismerteti a váratlan orvosi számlákkal szembeni védelmét. Arra is rákérdez, hogy szeretne-e lemondani ezen védelemről, és magasabb összeget fizetni hálózaton kívüli ellátásért.

FONTOS: Ezt a nyilatkozatot nem kötelező aláírnia, továbbá ne írja alá, ha az ellátás beütemezése előtt még nem választott egészségügyi szolgáltatót. Dönthet úgy, hogy az Ön által igénybe vett egészségbiztosítási hálózatban működő szolgáltatótól vagy létesítménytől igényel ellátást, ami alacsonyabb költséggel járhat.

Ha segítségre van szüksége a dokumentumhoz, forduljon szolgáltatójához vagy egy betegjogi képviselőhöz. Készítsen fotót a jelen nyomtatványról és/vagy őrizzen meg egy példányt.

Azért küldtük Önnek ezt az értesítést, mert ez a szolgáltató vagy létesítmény nem tartozik bele egészségbiztosítási csomagjának hálózatába, és hálózaton kívülinek minősül. Ez azt jelenti, hogy a szolgáltatónak vagy létesítménynek nincs megállapodása az Ön szolgáltatási partnerével. **A szolgáltatótól vagy létesítménytől kapott ellátás valószínűleg többe fog kerülni.**

Ha a csomagja fedezi az Ön által kapott terméket vagy szolgáltatást, akkor a szövetségi jogszabályok védelmet nyújtanak Önnek a magasabb összegű számlák ellen, amennyiben:

* Ön a hálózatba tartozó szolgáltatótól vagy létesítménytől vesz igénybe sürgősségi ellátást, vagy
* Egy nem a hálózatba tartozó szolgáltató a hálózatba tartozó kórházban vagy ambuláns sebészeti ellátóhelyen kezeli Önt anélkül, hogy beleegyezését kérné magasabb összegű számla kiállításához.

Ha nem biztos abban, hogy ezen védelmi lehetőségek vonatkoznak-e Önre, forduljon egészségügyi szolgáltatójához vagy egy betegjogi képviselőhöz. Felhívjuk szíves figyelmét, hogy amennyiben aláírja ezt a nyilatkozatot lehet, hogy többet kell fizetnie, mivel:

* Ön lemond a magasabb összegű számlák ellen biztosított védelemről.
* A kapott termékekért és szolgáltatásokért kiszámlázott teljes költség Önt terheli.
* Előfordulhat, hogy az egészségbiztosítási csomagja nem veszi figyelembe a levonható és önköltség összeghatárig befizetett összegeket. További információkért forduljon egészségbiztosítási partneréhez.

Mielőtt eldöntené, hogy aláírja-e ezt a nyomtatványt, felveheti a kapcsolatot egészségbiztosítási partnerével, és érdeklődhet a hálózatba tartozó szolgáltatókról vagy létesítményekről. Ha nem rendelkezik ilyennel, érdeklődjön egészségbiztosítási partnerétől, hogy meg tudnak-e állapodni

ezzel a szolgáltatóval vagy létesítménnyel (vagy egy másikkal) a költségek csökkentése érdekében. A költségbecslés a következő oldalon található.

## Becsült összeg arra vonatkozóan, hogy mekkora költséggel járhat, ha lemond a védelemről

**Beteg neve: Hálózaton kívüli szolgáltató(k) vagy létesítmény neve:**

**Becsült összköltség a fizetendő tételekre vonatkozóan:**

* **Tekintse át a részletes becslést.** A kapott termékek vagy szolgáltatások költségbecslése a 4. oldalon található.
* **Lépjen kapcsolatba egészségbiztosítási partnerével**. Egészségbiztosítási csomagja részletesebb tájékoztatást tartalmazhat arról, hogy mennyit kell majd fizetnie. Azt is megkérdezheti, hogy mire terjed ki a csomag, és hogy milyen szolgáltatói lehetőségek állnak rendelkezésre.
* **Kérdése van ezzel az értesítéssel és becsléssel kapcsolatban?** Elérhetőség: [Adja meg a szolgáltató vagy a létesítmény képviselőjének elérhetőségét, aki elmagyarázza a dokumentumokat és a becsléseket az egyénnek, és szükség esetén válaszol a kérdésekre.]
* Kérdése van az Önt megillető jogokkal kapcsolatban? Elérhetőség: [Illessze be a megfelelő szövetségi vagy állami hivatal elérhetőségi adatait. Szövetségi telefonszám tájékoztatás kéréséhez és panasztételhez: 1-800-985-3059]

**Előzetes jóváhagyás vagy egyéb ellátási korlátozások**

*[Adja meg (1) a korábbi jóváhagyásra vagy az egyén egészségbiztosítási csomagja vagy biztosítása által előírt vagy esetlegesen előírt, egyéb ellátási korlátozásokra vonatkozó konkrét információkat, valamint az egyénre vonatkozó ezen korlátozások következményeit az említett termékekre vagy szolgáltatásokra vonatkozó biztosítás kapcsán, vagy (2) foglalja bele a következő általános nyilatkozatot:*

A vészhelyzetek kivételével előfordulhat, hogy az Ön egészségbiztosítási csomagja bizonyos termékekhez és szolgáltatásokhoz előzetes jóváhagyást (vagy egyéb korlátozásokat) igényel. Ez azt jelenti, hogy szükség lehet a biztosítási csomagban felhasználható termékek vagy szolgáltatások jóváhagyására, mielőtt igénybe veheti azokat. Ha a csomaghoz előzetes jóváhagyás szükséges, kérdezze meg, hogy milyen információkra van szükség a biztosítási fedezethez.]

*[Abban az esetben, ha ezen nyilatkozat egy részt vevő sürgősségi létesítményben működő, nem részt vevő szolgáltató által nyújtott stabilizálás utáni szolgáltatásokra vonatkozóan kerül átadásra, a szöveget közvetlenül alább kell megadni, továbbá meg kell adni a létesítményben részt vevő azon szolgáltatók listáját, akik biztosítani tudják a jelen nyilatkozatban leírt termékeket vagy szolgáltatásokat]*

**Legyen tisztában lehetőségeivel**

A jelen nyilatkozatban ismertetett termékeket vagy szolgáltatásokat az Ön egészségbiztosítási csomagjával kapcsolatban álló hálózat következő szolgáltatóitól veheti igénybe:

**További információk az Önt megillető jogokról és védelemről**

Látogasson el a következő weboldalra: [Illessze be a szövetségi védelmet leíró weboldalt, például: [www.cms.gov/nosurprises/consumers](http://www.cms.gov/nosurprises/consumers)], ha szeretne többet tudni a szövetségi törvények által biztosított jogairól.

## Aláírásommal tudomásul veszem, hogy lemondok a szövetségi törvények által számomra biztosított fogyasztóvédelemről, és előfordulhat, hogy magasabb összeget kell fizetnem a hálózaton kívüli ellátásért.

Aláírásommal beleegyezem, hogy a termékeket vagy szolgáltatásokat az alábbi szolgáltató biztosítja: (jelölje meg az összes vonatkozót):

* + *[orvos vagy szolgáltató neve] [Ha a beleegyezés több orvosra vagy szolgáltatóra vonatkozik, akkor minden orvost vagy szolgáltatót jelöljön be]*
	+ *[létesítmény neve]*

Aláírásommal kijelentem, hogy szabad akaratomból, nem pedig külső kényszer hatására adok beleegyezést. Kijelentem továbbá, hogy:

* Lemondok a szövetségi törvények által számomra biztosított bizonyos fogyasztói védelmi lehetőségekről.
* Előfordulhat, hogy az ilyen termékekért és szolgáltatásokért teljes díjat kell fizetnem, vagy egészségbiztosítási csomagom alapján további, hálózaton kívüli költségek fognak terhelni.
* Írásos értesítést kaptam (dátum: *[írja be az értesítés dátumát],* amely ismertette, hogy a szolgáltatóm vagy a létesítmény nem tartozik az egészségbiztosítási csomagomhoz tartozó hálózathoz, ismertette az egyes szolgáltatások becsült költségét, valamint hogy milyen költségekkel járhat számomra, ha beleegyezem, hogy ez a szolgáltató vagy létesítmény kezeljen.
* Az értesítést papíralapon vagy elektronikusan kaptam meg, döntésemnek megfelelően.
* Teljes mértékben és maradéktalanul megértettem, hogy előfordulhat, hogy az általam fizetett összegek egy része vagy egésze nem kerül beszámításra az egészségbiztosítási csomagom alapján levonható vagy önköltségek összegébe.
* A jelen megállapodás felmondásához írásban kell értesítenem a szolgáltatót vagy létesítményt a szolgáltatás igénybe vétele előtt.

**FONTOS: Ön nem köteles aláírni ezt a nyomtatványt. Ha nem írja alá, előfordulhat, hogy ez a szolgáltató vagy létesítmény nem nyújt kezelést Önnek, de dönthet úgy, hogy az egészségbiztosítási csomagjának hálózatában működő szolgáltatótól vagy létesítménytől vesz igénybe ellátást.**

 vagy Beteg aláírása Gondviselő/meghatalmazott képviselő aláírása

Beteg neve nyomtatott betűkkel A gondviselő/meghatalmazott képviselő neve nyomtatott betűkkel

Az aláírás dátuma és időpontja Az aláírás dátuma és időpontja

**Készítsen fotót a jelen nyomtatványról és/vagy őrizze meg egy példányát.**

**Fontos információkat tartalmaz az Önt megillető jogokról és védelemről.**

## További részletek a becsült összköltségről

**Beteg neve:**

**Hálózaton kívüli szolgáltató(k) vagy létesítmény neve:**

Az alábbi összeg csak becsült összeg; nem minősül ajánlatnak vagy szolgáltatási megállapodásnak. Ez a becslés a felsorolt termékek vagy szolgáltatások becsült összköltségeit mutatja be. Nem tartalmaz információt arról, hogy az Ön egészségbiztosítási csomagja mire terjedhet ki. Ez azt jelenti, hogy **a szolgáltatások végső költsége eltérhet ettől a becsült összegtől.**

**Lépjen kapcsolatba egészségbiztosítási partnerével, és érdeklődjön, hogy csomagja fedezi-e ezen költségek bármely részét, és mennyit kell fizetnie önköltségként.**

*[Adja meg a felsorolt szolgáltató vagy létesítmény által nyújtott termékek és szolgáltatások jóhiszeműen számított, becsült költségét, valamint az ilyen termékekkel vagy szolgáltatásokkal kapcsolatban észszerűen várható termékek vagy szolgáltatások költségét. Feltételezve, hogy a termékeket és szolgáltatásokat nem fedezi biztosítás.]*

*A nyilatkozatban szereplő minden szolgáltató vagy létesítmény esetében töltse ki az alábbi táblázatot a szolgáltató vagy létesítmény által nyújtandó minden egyes termék és szolgáltatás oszlopának kitöltésével. Szükség esetén adjon hozzá további sorokat. Ha a nyilatkozat egynél több létesítményre vagy szolgáltatóra vonatkozik, sorolja fel az ugyanazon létesítmény vagy szolgáltató által biztosítandó termékeket és szolgáltatásokat a szomszédos sorokban, és adjon meg részösszeg becslést minden egyes létesítményre és szolgáltató(k)ra. Ha a nyilatkozat egyetlen létesítményre vagy szolgáltatóra vonatkozik, a részösszeg becslés kihagyható. A 2. oldalon szereplő teljes összegnek meg kell egyeznie a táblázatban szereplő becsült összköltség összegével.]*

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **A szolgáltatás dátuma** | **A szolgáltató vagy létesítmény neve** | **A szolgáltatás kódja** | **Megnevezés** | **Becsült** **számlázandó összeg** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| **Részösszeg a(z) [illessze be a szolgáltató vagy létesítmény nevét] számára:** |  |
| **A fizetendő összeg becsült összköltsége:** |  |