# Biểu mẫu bảo vệ trước hóa đơn bất ngờ

## Văn bản này mô tả các biện pháp bảo vệ bạn trước các hóa đơn y tế bất ngờ. Văn bản này cũng hỏi xem bạn có muốn từ bỏ các biện pháp bảo vệ đó và trả nhiều tiền hơn cho dịch vụ chăm sóc ngoài mạng lưới không.

QUAN TRỌNG: Bạn không bắt buộc phải ký vào biểu mẫu này và không nên ký nếu bạn không có lựa chọn nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe trước khi lên lịch nhận dịch vụ chăm sóc. Bạn có thể chọn nhận dịch vụ chăm sóc từ nhà cung cấp hoặc cơ sở trong mạng lưới chương trình bảo hiểm sức khỏe của mình, điều này có thể giúp bạn tốn ít chi phí hơn.

Nếu bạn muốn được hỗ trợ về văn bản này, hãy hỏi nhà cung cấp dịch vụ của bạn hoặc người bảo vệ quyền lợi của bệnh nhân. Chụp ảnh và/hoặc giữ một bản sao của biểu mẫu này để lưu vào hồ sơ của bạn.

Bạn nhận được thông báo này vì nhà cung cấp hoặc cơ sở này không nằm trong mạng lưới của chương trình bảo hiểm sức khỏe của bạn và được coi là nằm ngoài mạng lưới. Điều này có nghĩa là nhà cung cấp hoặc cơ sở không có thỏa thuận với chương trình bảo hiểm để cung cấp dịch vụ cho bạn. **Nhận dịch vụ chăm sóc từ nhà cung cấp hoặc cơ sở này có thể sẽ khiến bạn tốn nhiều chi phí hơn.**

Nếu chương trình bảo hiểm của bạn chi trả cho mặt hàng hoặc dịch vụ mà bạn đang nhận, luật liên bang sẽ bảo vệ bạn khỏi các hóa đơn cao hơn khi:

* Bạn đang được chăm sóc cấp cứu từ một nhà cung cấp hoặc cơ sở ngoài mạng lưới, hoặc
* Một nhà cung cấp ngoài mạng lưới đang điều trị cho bạn tại một bệnh viện hoặc trung tâm phẫu thuật cấp cứu trong mạng lưới mà không nhận được sự chấp thuận của bạn về việc nhận hóa đơn cao hơn.

Hãy hỏi nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe của bạn hoặc người bảo vệ quyền lợi của bệnh nhân nếu bạn không chắc những biện pháp bảo vệ này có áp dụng cho mình hay không. Nếu bạn ký vào biểu mẫu này, hãy lưu ý rằng bạn có thể phải trả nhiều tiền hơn vì:

* Bạn đang từ bỏ các biện pháp bảo vệ theo pháp luật trước các hóa đơn cao hơn.
* Bạn có thể phải tự trả toàn bộ chi phí được lập hóa đơn cho các mặt hàng và dịch vụ mà bạn nhận được.
* Chương trình bảo hiểm sức khỏe của bạn có thể không tính bất kỳ số tiền nào mà bạn thanh toán vào hạn mức miễn thường và tự trả của bạn. Liên hệ với chương trình bảo hiểm sức khỏe của bạn để biết thêm thông tin.

Trước khi quyết định có ký vào biểu mẫu này hay không, bạn có thể liên hệ với chương trình bảo hiểm sức khỏe của mình để tìm một nhà cung cấp hoặc cơ sở trong mạng lưới. Nếu không có, bạn cũng có thể hỏi chương trình bảo hiểm sức khỏe của mình xem họ có thể đưa ra thỏa thuận với nhà cung cấp hoặc cơ sở này (hoặc một cơ sở khác) để giảm chi phí của bạn không.

Xem trang tiếp theo để biết ước tính chi phí của bạn.

## Ước tính những gì bạn có thể trả nếu bạn từ bỏ các biện pháp bảo vệ của mình

**Tên của bệnh nhân: Tên của (các) nhà cung cấp hoặc cơ sở ngoài mạng lưới:**

**Tổng chi phí ước tính cho những gì bạn có thể được yêu cầu thanh toán:**

* **Xem lại ước tính chi phí chi tiết của bạn**. Xem Trang 4 để biết ước tính chi phí cho từng mặt hàng hoặc dịch vụ mà bạn sẽ nhận được.
* **Gọi cho chương trình bảo hiểm sức khỏe của bạn**. Chương trình bảo hiểm của bạn có thể có thông tin tốt hơn về số tiền mà bạn sẽ được yêu cầu thanh toán. Bạn cũng có thể hỏi về phạm vi được bảo hiểm theo chương trình bảo hiểm và các lựa chọn về nhà cung cấp của bạn.
* **Các câu hỏi về thông báo và ước tính chi phí này?** Liên hệ [Nhập thông tin liên hệ cho đại diện của nhà cung cấp hoặc cơ sở để giải thích về các văn bản và ước tính chi phí cho cá nhân và trả lời bất kỳ câu hỏi nào nếu cần.]
* Bạn có các câu hỏi về quyền của mình? Liên hệ [Điền thông tin liên hệ cho cơ quan liên bang hoặc tiểu bang thích hợp. Số điện thoại liên bang để biết thông tin và khiếu nại là: 1-800-985-3059]

**Sự cho phép trước hoặc các giới hạn quản lý chăm sóc khác**

*[Nhập (1) thông tin cụ thể về sự cho phép trước hoặc các giới hạn quản lý chăm sóc khác đang hoặc có thể được yêu cầu bởi chương trình bảo hiểm sức khỏe hoặc gói bảo hiểm của cá nhân đó, và ý nghĩa của những giới hạn đó đối với khả năng nhận bảo hiểm của cá nhân đối với các mặt hàng hoặc dịch vụ đó, hoặc (2) bao gồm tuyên bố chung sau đây:*

Ngoại trừ trường hợp khẩn cấp, chương trình bảo hiểm sức khỏe của bạn có thể yêu cầu sự cho phép trước (hoặc các giới hạn khác) đối với một số mặt hàng và dịch vụ. Điều này có nghĩa là bạn có thể cần sự chấp thuận của chương trình về việc chi trả cho các mặt hàng hoặc dịch vụ trước khi bạn có thể nhận được các mặt hàng hoặc dịch vụ đó. Nếu chương trình của bạn yêu cầu sự cho phép trước, hãy hỏi họ những thông tin mà họ cần để bạn nhận được bảo hiểm.]

*[Trong trường hợp thông báo này được cung cấp cho các dịch vụ sau ổn định bởi một nhà cung cấp không tham gia chương trình trong một cơ sở cấp cứu có tham gia chương trình, hãy bao gồm nội dung ngay dưới đây và nhập danh sách bất kỳ nhà cung cấp tham gia chương trình nào tại cơ sở có thể cung cấp các mặt hàng hoặc dịch vụ được mô tả trong thông báo này]*

**Hiểu về các lựa chọn của bạn**

Bạn có thể nhận các mặt hàng hoặc dịch vụ được mô tả trong thông báo này từ các nhà cung cấp sau đây có liên kết với chương trình bảo hiểm sức khỏe của bạn:

**Thông tin thêm về các quyền và các biện pháp bảo vệ của bạn**

Truy cập [Điền trang web mô tả các biện pháp bảo vệ của liên bang, chẳng hạn như [www.cms.gov/nosurprises/consumers](http://www.cms.gov/nosurprises/consumers)] để biết thêm thông tin về các quyền của bạn theo luật liên bang.

## Bằng việc ký tên, tôi hiểu rằng tôi đang từ bỏ các biện pháp bảo vệ người tiêu dùng của liên bang và có thể phải trả nhiều tiền hơn cho dịch vụ chăm sóc ngoài mạng lưới.

Bằng việc ký tên, tôi đồng ý nhận các mặt hàng hoặc dịch vụ từ (chọn tất cả các lựa chọn phù hợp):

* + *[tên của bác sĩ hoặc nhà cung cấp dịch vụ] [Nếu sự chấp thuận dành cho nhiều bác sĩ hoặc nhà cung cấp dịch vụ, hãy đánh dấu vào ô riêng cho từng bác sĩ hoặc nhà cung cấp dịch vụ]*
	+ *[tên của cơ sở]*

Bằng việc ký tên, tôi thừa nhận rằng tôi tự nguyện chấp thuận và không bị ép buộc hoặc bị gây áp lực. Tôi cũng thừa nhận rằng:

* Tôi đang từ bỏ một số biện pháp bảo vệ người tiêu dùng trước việc lập hóa đơn theo luật liên bang.
* Tôi có thể phải thanh toán toàn bộ chi phí cho các mặt hàng và dịch vụ này hoặc phải trả thêm khoản chia sẻ chi phí ngoài mạng lưới theo chương trình bảo hiểm sức khỏe của tôi.
* Tôi đã nhận được một thông báo bằng văn bản vào *[nhập ngày thông báo]* giải thích rằng nhà cung cấp dịch vụ hoặc cơ sở không nằm trong mạng lưới chương trình bảo hiểm sức khỏe của tôi, mô tả chi phí ước tính của từng dịch vụ và cho biết số tiền mà tôi có thể phải trả nếu tôi đồng ý để nhà cung cấp hoặc cơ sở này điều trị.
* Tôi nhận được thông báo bằng văn bản hoặc bằng điện tử, phù hợp với lựa chọn của tôi.
* Tôi hoàn toàn hiểu rằng một số hoặc tất cả số tiền mà tôi trả có thể không được tính vào hạn mức miễn thường hoặc tự trả của chương trình bảo hiểm sức khỏe của tôi.
* Tôi có thể chấm dứt thỏa thuận này bằng cách gửi thông báo bằng văn bản cho nhà cung cấp hoặc cơ sở trước khi nhận dịch vụ.

**QUAN TRỌNG: Bạn không bắt buộc phải ký vào biểu mẫu này. Nếu bạn không ký, nhà cung cấp hoặc cơ sở này có thể không điều trị cho bạn, nhưng bạn có thể chọn nhận dịch vụ chăm sóc từ nhà cung cấp hoặc cơ sở trong mạng lưới chương trình bảo hiểm sức khỏe của bạn.**

 hoặc

|  |  |
| --- | --- |
| Chữ ký của bệnh nhân | Chữ ký của người giám hộ/người đại diện được ủy quyền |

|  |  |
| --- | --- |
| Tên viết in hoa của bệnh nhân | Tên viết in hoa của người giám hộ/người đại diện được ủy quyền |

Ngày và giờ ký Ngày và giờ ký

**Chụp ảnh và/hoặc giữ một bản sao của biểu mẫu này.**

**Biểu mẫu này chứa thông tin quan trọng về các quyền và các biện pháp bảo vệ của bạn.**

## Thêm chi tiết về tổng chi phí ước tính của bạn

**Tên của bệnh nhân:**

**Tên của (các) nhà cung cấp hoặc cơ sở ngoài mạng lưới:**

Số tiền dưới đây chỉ là ước tính; không phải là một đề nghị hoặc hợp đồng cho các dịch vụ. Số tiền ước tính này là toàn bộ chi phí ước tính của các mặt hàng hoặc dịch vụ được liệt kê. Ước tính này không bao gồm bất kỳ thông tin nào về những mục mà chương trình bảo hiểm sức khỏe của bạn có thể bao trả. Điều này có nghĩa là **chi phí dịch vụ cuối cùng có thể khác với ước tính này.**

**Hãy liên hệ với chương trình bảo hiểm sức khỏe của bạn để tìm hiểu xem chương trình bảo hiểm có thanh toán bất kỳ phần nào trong các chi phí này không và bạn có thể phải tự trả bao nhiêu.**

*[Nhập chi phí ước tính thiện chí cho các mặt hàng và dịch vụ sẽ được cung cấp bởi nhà cung cấp hoặc cơ sở được liệt kê cộng với chi phí của bất kỳ mặt hàng hoặc dịch vụ nào được dự kiến hợp lý sẽ được cung cấp cùng với các mặt hàng hoặc dịch vụ đó. Giả sử sẽ không có khoản bảo hiểm nào được cung cấp cho bất kỳ mặt hàng và dịch vụ nào.]*

*Đối với mỗi nhà cung cấp hoặc cơ sở được mô tả trong thông báo, hãy điền vào bảng bên dưới bằng cách hoàn thành từng cột cho mỗi mặt hàng và dịch vụ được nhà cung cấp dịch vụ hoặc cơ sở cung cấp. Thêm các hàng nếu cần thiết. Nếu thông báo dành cho nhiều cơ sở hoặc nhà cung cấp dịch vụ, hãy liệt kê các mặt hàng và dịch vụ sẽ được cung cấp bởi cùng một cơ sở hoặc nhà cung cấp dịch vụ ở các hàng liền kề và cung cấp tổng phụ ước tính cho từng cơ sở và (các) nhà cung cấp. Nếu thông báo dành cho một cơ sở hoặc một nhà cung cấp, có thể bỏ qua tổng phụ ước tính. Tổng số tiền ở trang 2 phải bằng tổng của từng chi phí ước tính có trong bảng.]*

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Ngày nhận dịch vụ** | **Tên của Nhà cung cấp hoặc Cơ sở** | **Mã dịch vụ** | **Mô tả** | **Số tiền****ước tính phải thanh toán** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| **Tổng phụ cho [điền tên của nhà cung cấp hoặc cơ sở]:** |  |
| **Tổng số tiền ước tính mà bạn có thể phải trả:** |  |