

## Obrazac za zaštitu od iznenadne naplate

Svrha ovog dokumenta je da se upoznate sa mogućnostima zaštite od neočekivanih računa za zdravstvenu negu. On sadrži i mogućnost da se odreknete ovakve zaštite i platite dodatni iznos za negu van mreže ustanova zdravstvene zaštite.

**VAŽNO:** Od vas se ne traži da potpišete ovaj obrazac i ne bi trebalo da ga potpisujete ako niste imali izbor pružaoca usluga zdravstvene zaštite dok ste koristili zdravstvenu negu. Možete se opredeliti za zdravstvenu negu kod pružaoca usluga ili u objektu koji pripadaju mreži vašeg plana zdravstvene zaštite, što omogućava nižu cenu.

Ako želite pomoć u vezi sa ovim dokumentom, obratite se svom pružaocu usluga ili pravnom zastupniku pacijenata. Fotografirajte ovaj obrazac i/ili sačuvajte njegovu kopiju za svoju evidenciju.

---

Ovo obaveštenje ste dobili zato što ovaj pružalac usluga ili objekat zdravstvene zaštite ne pripadaju mreži vašeg plana zdravstvene zaštite. To znači da pružalac usluga ili objekat zdravstvene zaštite nemaju ugovor sa vašim planom.

**Korišćenje zdravstvene nege kod ovog pružaoca usluga ili u ovom objektu može imati višu cenu.**

Ako vaš plan obuhvata stavku ili uslugu koju koristite, federalnim zakonom ste zaštićeni od uvećanih računa u sledećim slučajevima:

- ako koristite hitnu negu kod pružaoca usluga i u objektima van mreže zdravstvene zaštite, ili
- ako vam pružalac usluga van mreže omogući lečenje u bolnici ili ambulantnom hirurškom centru u mreži bez vašeg znanja ili pristanka.

Obratite se svom pružaocu usluga zdravstvene zaštite ili pravnom zastupniku pacijenata ako niste sigurni da li ove mogućnosti zaštite od iznenadne naplate važe za vas.

Ako potpišete ovaj obrazac, možete platiti dodatni iznos iz sledećih razloga:

- Odričete se svojih mogućnosti zaštite od iznenadne naplate u skladu sa zakonom.
- Biće vam naplaćen pun iznos troškova obračunatih za korišćene stavke i usluge.
- Vaš plan zdravstvene zaštite ne obuhvata iznose koje plaćate kao odbitne iznose i ograničene iznose participacije. Više informacija potražite u svom planu zdravstvene zaštite.

**Ne bi trebalo da potpisujete ovaj obrazac ako niste imali izbor pružaoca usluga dok ste koristili zdravstvenu negu.** Na primer, ako vam je dodeljen lekar bez mogućnosti da ga zamenite drugim lekarom.

Pre nego što odlučite da potpišete ovaj obrazac, možete se obratiti predstavnicima svog plana zdravstvene zaštite da biste pronašli pružaoca usluga ili objekat u mreži ustanova zdravstvene zaštite. Ako takav pružalac usluga ili objekat ne postoje, za vaš plan zdravstvene zaštite može se sačiniti ugovor sa tim pružaocem usluga ili objektom, odnosno sa nekim drugim.

Na sledećoj stranici potražite procenu troškova.

## Procena vaših mogućih troškova

Ime pacijenta: \_\_\_\_\_

Naziv pružaoca usluga ili objekta van mreže: \_\_\_\_\_

<b>Procena ukupnih troškova koji bi vam se mogli naplatiti:</b>	
---	--

- ▶ **Pogledajte detaljnu procenu.** Na stranici 4 potražite procenu troškova za svaku stavku ili uslugu koju ćete koristiti.
- ▶ **Pozovite predstavnike svog plana zdravstvene zaštite.** Vaš plan možda sadrži preciznije informacije o tome koliki bi vam se iznos mogao naplatiti. Možete da postavite i pitanje o tome šta je obuhvaćeno vašim planom, kao i o opcijama vašeg pružaoca usluga.
- ▶ **Imate pitanja o ovom obaveštenju i proceni?** Pozovite finansijsko savetovanje na 800-423-0523 i pritisnite 4 za procene.
- ▶ **Imate pitanja o svojim pravima?** Pozovite agenciju „Centers for Medicare & Medicaid Services (CMS)“ na broj 1-800-985-3059.

### Prethodno odobrenje ili druga ograničenja upravljanja zdravstvenom negom

Osim u hitnim slučajevima, za vaš plan zdravstvene zaštite može biti potrebno prethodno odobrenje (ili mogu da postoje druga ograničenja) za određene stavke i usluge. To znači da vam može biti potrebno odobrenje plana koji će obuhvatiti neku stavku ili uslugu pre nego što počnete da ih koristite. Ako je potrebno prethodno odobrenje, od predstavnika plana zdravstvene zaštite zatražite informacije koje su potrebne da biste dobili pokriće.

### Informacije o dostupnim opcijama

Stavke ili usluge opisane u ovom obaveštenju možete koristiti i kod sledećih pružaoca usluga koji pripadaju mreži vašeg plana zdravstvene zaštite:

### Više informacija o vašim pravima i mogućnostima zaštite

Više informacija o svojim pravima prema federalnom zakonu potražite na veb sajtu [*website*].

## Svojim potpisom se odričem mogućnosti zaštite potrošača prema federalnom zakonu i pristajem na plaćanje dodatnog iznosa za negu van mreže ustanova zdravstvene zaštite.

Svojim potpisom izjavljujem da pristajem na korišćenje stavki ili usluga sledećih pružaoca usluga ili objekata (izaberite sve što je primenljivo):

[ime lekara ili naziv pružaoca usluga] [Ako se saglasnost daje za više lekara ili pružaoca usluga, unesite posebno polje za potvrdu za svakog od njih]

[naziv objekta]

Svojim potpisom potvrđujem da saglasnost dajem slobodnom voljom, bez prinude i pritiska. Pored toga, razumem sledeće:

- Odričem se određenih mogućnosti zaštite potrošača od naplate prema federalnom zakonu.
- Za ove stavke i usluge može mi biti naplaćen pun iznos, odnosno, može mi biti naplaćena participacija za negu van mreže prema mom planu zdravstvene zaštite.
- Dana [enter date of notice] poslato mi je pisano obaveštenje o tome da moj pružalac usluga ili objekat ne pripadaju mreži mog plana zdravstvene zaštite, kao i o tome koliki su procenjeni troškovi usluga i koliki mi iznos može biti naplaćen ako pristanem na lečenje kod ovog pružaoca usluga ili u ovom objektu.
- Obaveštenje mi je poslato u štampanom ili elektronskom obliku, po mom izboru.
- U potpunosti razumem da se određeni ili svi iznosi koje plaćam možda neće uzimati u obzir kao odbitni iznosi ili ograničeni iznosi participacije mog plana zdravstvene zaštite.
- Ovaj ugovor mogu okončati dostavljanjem pisanog obaveštenja pružaocu usluga ili objektu pre korišćenja usluga.

**VAŽNO: Ne morate** da potpišete ovaj obrazac. Međutim, ako ga ne potpišete, možda vam neće biti omogućeno lečenje kod ovog pružaoca usluga ili u ovom objektu. Možete se opredeliti za zdravstvenu negu kod pružaoca usluga ili u objektu koji pripadaju mreži vašeg plana zdravstvene zaštite.

\_\_\_\_\_  
Potpis pacijenta

ili

\_\_\_\_\_  
Potpis staratelja/ovlašćenog zastupnika

\_\_\_\_\_  
Štampano ime pacijenta

\_\_\_\_\_  
Štampano ime staratelja/ovlašćenog zastupnika

\_\_\_\_\_  
Datum i vreme potpisivanja

\_\_\_\_\_  
Datum i vreme potpisivanja

**Fotografišite ovaj obrazac i/ili sačuvajte njegovu kopiju.**

**On sadrži važne informacije o vašim pravima i mogućnostima zaštite.**

## Više detalja o vašoj proceni

Ime pacijenta:

---

Naziv pružaoca usluga ili objekta van mreže:

---

Iznos ispod je samo procena; to nije ponuda ili ugovor za usluge. Ova procena prikazuje pune procenjene troškove navedenih artikala ili usluga. Ne uključuje nikakve informacije o tome šta vaš zdravstveni plan može pokriti. To znači da **konačna cena usluga može biti drugačija od ove procene.**

**Obratite se predstavniku svog zdravstvenog plana da biste saznali koliko će, ako će, platiti vaš plan i koliko ćete možda vi morati da platite.**

Datum usluge	Šifra usluge	Opis	Procenjeni iznos za naplatu
Ukupna procena onoga što možda dugujete:			