# सर्प्राइस बिलिंग सुरक्षा प्रपत्र

## यह दस्तावेज़ अनपेक्षित चिकित्सा बिलों के खिलाफ आपकी सुरक्षा का वर्णन करता है। यह इस बारे में भी पूछता है कि क्या आप इस सुरक्षा को छोड़ना चाहते हैं और नेटवर्क-के-बाहर देखभाल के लिए अधिक भुगतान करना चाहते हैं।

महत्त्वपूर्ण: आपको इस प्रपत्र पर हस्ताक्षर करने की आवश्यकता नहीं है और आपको इस पर हस्ताक्षर नहीं करना चाहिए, यदि आपके पास देखभाल निर्धारित करने से पहले स्वास्थ्य देखभाल प्रदाता का विकल्प नहीं था। आप अपनी स्वास्थ्य योजना के नेटवर्क में किसी प्रदाता या सुविधा से देखभाल प्राप्त करना चुन सकते हैं, जिसकी लागत आपके लिए कम हो सकती है।

यदि आप इस दस्तावेज़ के साथ मदद चाहते हैं, तो अपने प्रदाता या रोगी वकील से पूछें। एक तस्वीर लें और/या इस प्रपत्र की एक प्रति अपने रिकॉर्ड के लिए रखें।

आप यह नोटिस प्राप्त कर रहे हैं क्योंकि यह प्रदाता या सुविधा आपकी स्वास्थ्य योजना के नेटवर्क में नहीं है और इसे नेटवर्क-के-बाहर माना जाता है। इसका अर्थ है कि प्रदाता या सुविधा ने सेवाएं प्रदान करने के लिए आपकी योजना के साथ कोई समझौता नहीं किया है। **इस प्रदाता या सुविधा से देखभाल प्राप्त करके आपकी लागत संभावित रूप से बढ़ जाएगी।**

यदि आपकी योजना आपके द्वारा प्राप्त की जा रही वस्तु या सेवा का कवर करती है, तो संघीय कानून आपको अधिक बिल से बचाता है जब:

* आप नेटवर्क-से-बाहर किसी प्रदाता या सुविधा से आपातकालीन देखभाल ले रहे हैं, या
* एक नेटवर्क-से-बाहर प्रदाता उच्च बिल प्राप्त करने के लिए आपकी सहमति प्राप्त किए बिना नेटवर्क-के-भीतर किसी अस्पताल या एंबुलेटरी सर्जिकल सेंटर में आपका इलाज कर रहा है।

यदि आप सुनिश्चित नहीं हैं कि क्या यह सुरक्षा आप पर लागू होती है, तो अपने स्वास्थ्य देखभाल प्रदाता या रोगी वकील से पूछें। यदि आप इस प्रपत्र पर हस्ताक्षर करते हैं, तो सचेत रहें कि आप अधिक भुगतान कर सकते हैं क्योंकि:

* आप उच्च बिलों से अपनी कानूनी सुरक्षा को छोड़ रहे हैं।
* हो सकता है कि आपको अपनी प्राप्त वस्तुओं और सेवाओं के लिए बिल की गई पूरी लागतों का भुगतान करना पड़े।
* हो सकता है कि आपकी स्वास्थ्य योजना ऐसी किसी भी राशि को न गिने जिसका भुगतान आप अपनी कटौती योग्य और स्वयं भुगतान की गई सीमा से करते हैं। अधिक जानकारी के लिए अपनी स्वास्थ्य योजना से संपर्क करें।

यह निर्णय लेने से पहले कि क्या इस प्रपत्र पर हस्ताक्षर करना है, आप नेटवर्क-के-भीतर प्रदाता या सुविधा का पता लगाने के लिए अपनी स्वास्थ्य योजना से संपर्क कर सकते हैं। यदि इनमें से कोई नहीं है, तो आप अपनी स्वास्थ्य योजना से भी पूछ सकते हैं कि क्या वे

आपकी लागतों को कम करने के लिए इस प्रदाता या सुविधा (या किसी अन्य) के साथ एक समझौते का बंदोबस्त कर सकते हैं। अपनी लागत के अनुमान के लिए अगला पृष्ठ देखें।

## यदि आप अपनी सुरक्षा को छोड़ते हैं तो उस राशि का अनुमान जिसका आप भुगतान कर सकते हैं

**रोगी का नाम: नेटवर्क-के-बाहर प्रदाता(ओं) या सुविधा का नाम:**

**आपको क्या भुगतान करने के लिए कहा जा सकता है, उसका कुल लागत अनुमान:**

* **अपने विस्तृत अनुमान की समीक्षा करें**। प्रत्येक वस्तु या सेवा जो आप प्राप्त करेंगे, उसकी लागत के अनुमान हेतु पृष्ठ 4 देखें।
* **अपनी स्वास्थ्य योजना को कॉल करें**। आपकी योजना के पास इस बारे में बेहतर जानकारी हो सकती है कि आपको कितना भुगतान करने के लिए कहा जाएगा। आप इस बारे में कि आपकी योजना के तहत क्या कवर किया जाता है और अपने प्रदाता विकल्पों के बारे में भी पूछ सकते हैं।
* **इस नोटिस और अनुमान के बारे में प्रश्न हैं?** [व्यक्ति को दस्तावेज़ों और अनुमानों का वर्णन करने, और आवश्यक होने पर किन्हीं प्रश्नों का उत्तर देने के लिए किसी प्रदाता या सुविधा के प्रतिनिधि की संपर्क जानकारी दर्ज करें] से संपर्क करें।
* अपने अधिकारों के बारे में प्रश्न हैं? [उपयुक्त संघीय या राज्य एजेंसी के लिए संपर्क जानकारी दर्ज करें सूचना और शिकायतों के लिए संघीय फ़ोन नंबर: 1-800-985-3059 है] पर संपर्क करें।

**पूर्व प्राधिकरण या अन्य देखभाल प्रबंधन सीमाएं**

*[या तो (1) पूर्व प्राधिकरण या अन्य देखभाल प्रबंधन सीमाओं के बारे में विशिष्ट जानकारी जो व्यक्ति की स्वास्थ्य योजना या कवरेज द्वारा आवश्यक हैं या हो सकती हैं, और उन वस्तुओं या सेवाओं के लिए कवरेज प्राप्त करने की व्यक्ति द्वारा योग्यता के लिए उन सीमाओं के निहितार्थ, या (2) निम्नलिखित सामान्य कथन शामिल करें:*

आपातकालीन स्थिति को छोड़कर, आपकी स्वास्थ्य योजना को कुछ खास वस्तुओं और सेवाओं के लिए पूर्व प्राधिकरण (या अन्य सीमाओं) की आवश्यकता हो सकती है। इसका अर्थ है कि आपको अपनी योजना की मंज़ूरी की आवश्यकता हो सकती है कि आपके द्वारा इन वस्तुओं या सेवाओं को प्राप्त कर सकने से पहले योजना इन्हें कवर करेगी। यदि आपकी योजना के लिए पूर्व प्राधिकरण की आवश्यकता है तो उनसे पूछें कि आपको कवरेज प्राप्त करने के लिए किस जानकारी की आवश्यकता है, दर्ज करें।]

*[उस मामले में जब यह नोटिस भागीदारी करने वाली आपातकालीन सुविधा के भीतर किसी गैर-भागीदार प्रदाता के द्वारा स्थिरीकरण के बाद की सेवाओं के लिए प्रदान किया जा रहा है, तो तुरंत नीचे भाषा शामिल करें और सुविधा पर भागीदारी करने वाले किन्हीं प्रदाताओं की एक सूची दर्ज करें जो इस सूचना में वर्णित वस्तुएं या सेवाएं प्रदान करने में सक्षम हैं]*

**अपने विकल्पों को समझना**

आप निम्नलिखित प्रदाताओं से जो आपकी स्वास्थ्य योजना में नेटवर्क-के-भीतर हैं, इस सूचना में वर्णित वस्तुएं या सेवाएं प्राप्त कर सकते हैं:

**आपके अधिकारों और सुरक्षा के बारे में अधिक जानकारी**

संघीय कानून के तहत अपने अधिकारों के बारे में अधिक जानकारी के लिए [संघीय सुरक्षा का वर्णन करने वाली वेबसाइट सम्मिलित करें, जैसे कि [www.cms.gov/nosurprises/consumers](http://www.cms.gov/nosurprises/consumers)] पर जाएँ।

## हस्ताक्षर करके, मैं समझता/समझती हूँ कि मैं अपनी संघीय उपभोक्ता सुरक्षा छोड़ रहा/रही हूँ और मुझे नेटवर्क-के-बाहर देखभाल के लिए अधिक भुगतान करना पड़ सकता है।

मेरे हस्ताक्षर के साथ, मैं इनसे (लागू होने वाले सभी चुनें) वस्तुएं या सेवाएं प्राप्त करने के लिए सहमत हो रहा/रही हूँ:

* + *[डॉक्टर या डॉक्टर का नाम] [यदि एक से अधिक डॉक्टर या डॉक्टरों से सहमति ली जाती है, तो प्रत्येक डॉक्टर या प्रदाता के लिए एक अलग चेक बॉक्स प्रदान करें]*
	+ *[सुविधा का नाम]*

अपने हस्ताक्षर के साथ, मैं स्वीकार करता/करती हूँ कि मैं स्वेच्छा से सहमति दे रहा/रही हूँ और मेरे साथ कोई ज़ोर-जबरदस्ती नहीं की जा रही है या दबाव नहीं डाला जा रहा है। मैं यह भी स्वीकार करता/करती हूँ कि:

* मैं संघीय कानून के तहत कुछ उपभोक्ता बिलिंग सुरक्षा को छोड़ रहा/रही हूँ।
* मुझे इन वस्तुओं और सेवाओं के लिए पूरे शुल्क का भुगतान करना पड़ सकता है, या मेरी स्वास्थ्य योजना के तहत अतिरिक्त नेटवर्क-के-बाहर लागत-साझाकरण का भुगतान करना पड़ सकता है।
* मुझे *[नोटिस की तिथि डालें]* को एक लिखित नोटिस दिया गया था जिसमें समझाया गया कि मेरा प्रदाता या सुविधा मेरी स्वास्थ्य योजना के नेटवर्क में नहीं है, जिसमें प्रत्येक सेवा की अनुमानिक लागत का वर्णन किया गया, और प्रकट किया गया कि यदि मैं इस प्रदाता या सुविधा द्वारा उपचार कराने के लिए सहमत हूँ तो मुझे क्या देना है।
* मैंने अपनी पसंद के अनुरूप, कागज़ पर या इलेक्ट्रॉनिक रूप से नोटिस प्राप्त किया।
* मैं पूरी तरह से और पूर्णतः समझता/समझती हूँ कि मेरे द्वारा भुगतान की जाने वाली कुछ या सभी राशियां मेरी स्वास्थ्य योजना की कटौती योग्य या स्वयं भुगतान की गई सीमा में नहीं गिनी जाएंगी।
* मैं सेवाएं प्राप्त करने से पहले प्रदाता या सुविधा को लिखित में सूचित करके इस समझौते का अंत कर सकता/सकती हूँ।

**महत्त्वपूर्ण: आपके लिए इस प्रपत्र पर हस्ताक्षर करना ज़रूरी नहीं है। यदि आप हस्ताक्षर नहीं करते हैं, तो यह प्रदाता या सुविधा शायद आपका उपचार न करे, लेकिन आप अपनी स्वास्थ्य योजना के नेटवर्क के भीतर किसी प्रदाता या सुविधा से देखभाल प्राप्त करना चुन सकते हैं।**

 या

रोगी के हस्ताक्षर अभिभावक/अधिकृत प्रतिनिधि के हस्ताक्षर

रोगी का मुद्रित नाम अभिभावक/अधिकृत प्रतिनिधि का मुद्रित नाम

हस्ताक्षर की तिथि और समय हस्ताक्षर की तिथि और समय

**एक तस्वीर लें और/या इस प्रपत्र की एक प्रति रखें।**

**इसमें आपके अधिकारों और सुरक्षा के बारे में महत्त्वपूर्ण जानकारी शामिल है।**

## आपकी कुल लागत अनुमान के बारे में अधिक विवरण

**रोगी का नाम:**

**नेटवर्क-के-बाहर प्रदाता(ओं) या सुविधा का नाम:**

नीचे दी गई राशि केवल एक अनुमान है; यह सेवाओं के लिए कोई प्रस्तुति या अनुबंध नहीं है। यह अनुमान सूचीबद्ध वस्तुओं या सेवाओं की संपूर्ण अनुमानित लागतों को दिखाता है। यह इस बारे में कोई जानकारी शामिल नहीं करता है कि आपकी स्वास्थ्य योजना क्या कवर करती है। इसका अर्थ है कि **सेवाओं की अंतिम लागत इस अनुमान से अलग हो सकती है।**

**यह पता लगाने के लिए अपनी स्वास्थ्य योजना से संपर्क करें कि क्या आपकी योजना इन लागतों के किसी भाग का भुगतान करेगी, और आपको अपनी जेब से कितना भुगतान करना पड़ सकता है।**

*[सूचीबद्ध प्रदाता या सुविधा द्वारा प्रदान की जाने वाली वस्तुओं और सेवाओं के लिए सद्भावना अनुमानित लागत के साथ ही ऐसी वस्तुओं या सेवाओं की लागत दर्ज करें जिन्हें ऐसी वस्तुओं या सेवाओं के संयोजन में प्रदान करने की उचित अपेक्षा की जाती है। यह कल्पना करें कि किसी भी वस्तु और सेवा के लिए कोई कवरेज प्रदान नहीं किया जाएगा।]*

*नोटिस में वर्णन किए गए प्रत्येक प्रदाता या सुविधा के लिए, प्रदाता या सुविधा द्वारा प्रदान की जाने वाली प्रत्येक वस्तु और सेवा के लिए प्रत्येक कॉलम को पूरा करके नीचे दी गई तालिका भरें। यदि आवश्यक हो तो अतिरिक्त पंक्तियां जोड़ें। यदि नोटिस एक से अधिक सुविधा या प्रदाता के लिए है, तो समान सुविधा या प्रदाता द्वारा प्रदान की जाने वाली वस्तुओं और सेवाओं को बदल की पंक्तियों में सूचीबद्ध करें, और प्रत्येक सुविधा और प्रदाता(ओं) के लिए एक उप-योगिक अनुमान प्रदान करें। यदि नोटिस एक सुविधा या एक प्रदाता के लिए है, तो उप-योगिक अनुमान को छोड़ा जा सकता है। पृष्ठ 2 की राशि का जोड़ तालिका में शामिल किए गए प्रत्येक लागत अनुमान के जोड़ के बराबर होना आवश्यक है।]*

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **सेवा की तिथि** | **प्रदाता या सुविधा का नाम** | **सेवा कोड** | **वर्णन** | **अनुमानित****बिल की जाने वाली राशि** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| **[प्रदाता या सुविधा का नाम सम्मिलित करें] के लिए उपयोग:** |  |
| **आपको जो देना पड़ सकता है, उसका कुल अनुमान:** |  |