



サプライズ請求保護用紙

本文書の目的は、予期せぬ医療費請求からの保護についてお知らせすることです。また、これら保護を放棄し、ネットワーク外の治療を受けるため、より高い金額を支払う意志があるかどうかもお尋ねします。

重要:この用紙に署名する義務はありません。治療を受けた時に医療提供者を選択できなかった場合は署名しないで下さい。あなたの医療保険ネットワークに加入している医療提供者または施設から治療を受けることを選択すれば、費用を抑える可能性があります。

本文書に関する支援が必要な場合は、医療提供者または患者支援団体にお問い合わせ下さい。控えとして、この用紙の写真および／あるいはコピーを保管して下さい。

あなたがこの通知を受け取る理由は、この医療提供者または施設が、あなたの医療保険ネットワークに加入していないからです。つまり、その医療提供者または施設があなたの医療保険と契約を結んでいないことを意味します。

この医療提供者または施設から治療を受けると、より多くの費用がかかる可能性があります。

受ける医療項目またはサービスが、あなたの医療保険の補償対象であるなら、以下の場合に連邦法はより高い請求額からあなたを保護します:

- ネットワーク外の医療提供者ならびに施設から緊急治療を受ける場合、または
- ネットワーク外の医療提供者が、あなたの認識または同意なしに、ネットワーク内の病院あるいは外来外科センターで治療を行う場合。

これら保護が適用されるかどうか理解することが必要な場合は、医療提供者または患者支援団体にお尋ね下さい。

この用紙に署名すると、以下の理由でより高い費用を支払う可能性があります:

- あなたは法律の下で保護を放棄しています。
- 受けた医療項目とサービスに対して請求される全費用が、自己負担になる可能性があります。
- あなたの医療保険はいかなる支払額も、免責額と自己負担限度額に計上しないかもしれません。詳細については、医療保険にお問い合わせ下さい。

治療を受ける際に医療提供者を選択できなかった場合は、この用紙に署名しないで下さい。例えば、変更する機会もなく医師が割り当てられた場合、署名すべきではありません。

この用紙に署名するかどうか決める前に、医療保険に連絡してネットワーク内の医療提供者または施設を確認することができます。ネットワーク内にはない場合は、あなたの医療保険がこの医療提供者もしくは施設、または別の医療提供者や施設との契約を検討するかもしれません。

費用見積額については、次のページをご覧ください。

支払う可能性のある見積額

患者名: _____

ネットワーク外の医療提供者または施設名: Memorial Sloan Kettering

支払う可能性のある見積費用総額:	
------------------	--

- ▶ **見積額の詳細を確認する。** 提供される各医療項目またはサービスの費用見積額については4ページをご覧ください。
- ▶ **医療保険に電話する。** あなたの医療保険は、支払い請求額についてより詳しい情報を提供できる可能性があります。医療保険で何が補償の対象になるか、そして医療提供者の選択肢についても質問することができます。
- ▶ **本通知と見積額についてご質問がありますか。** 患者請求業務部 (電話番号: 646-227-3378) または海外からの患者の方は国際センター (電話番号: 212-639-4900) までお問い合わせ下さい。
- ▶ **あなたの権利についてご質問がありますか。** ニューヨーク州法の下でのあなたの権利に関する情報については、ニューヨーク州金融サービス省 (電話番号: 1-800-342-3736) にご連絡下さい。連邦法の下でのあなたの権利に関する情報については、CMS (電話番号: 1-800-985-3059) にご連絡下さい。

事前承認またはその他ケアマネジメント制限

次の一般的な記述を入れる:

[緊急時を除き、あなたの医療保険では、特定の医療項目とサービスに対して事前承認(またはその他制限)が必要になる場合があります。つまり、医療項目またはサービスを受ける前に、それらが補償の対象であるという医療保険の承認が必要な場合があります。事前承認が必要な場合は、補償を得るために必要な情報について医療保険にお問い合わせ下さい。]

[ネットワークに加入している緊急施設内の非加入医療提供者が、安定化後のサービスのためにこの通知を提供している場合は、すぐ下の言葉を含め、この通知に記載されている医療項目またはサービスを提供できる、施設内の加入済み医療提供者のリストを入力する]

選択肢を理解する

この通知に記載されている医療項目またはサービスは、あなたの医療保険のネットワーク内にいる医療提供者からも受けることができます:

あなたの権利と保護に関する詳細情報

連邦法の下でのあなたの権利に関する詳細情報については、www.cms.gov/nosurprisesをご覧ください。

署名することで、私は連邦消費者保護を放棄し、ネットワーク外の治療を受けるため、より高い費用を支払うことに同意します。

署名により、私は医療項目サービスを受けることに同意します(該当するものを全て選択して下さい):

Memorial Sloan Kettering Cancer Center

署名により、私は自由意志で同意しており、強制または圧力を受けていないことを認めます。私はまた、以下を理解しています:

- 私は連邦法の下で消費者請求保護を放棄することになります。
- これら医療項目とサービスの全額料金の請求書を受け取るか、医療保険の下でネットワーク外の費用分担額を支払わなければならない可能性があります。
- 私は_____に書面による通知を受け取り、この医療提供者または施設が私の医療保険のネットワークに加入していないこと、サービスの見積費用、およびこの医療提供者または施設による治療に同意した場合の自己負担の可能性について説明を受けました。
- 私は希望通り、紙面または電子文書の通知を受け取りました。
- 私が支払う金額の一部または全てが、私の医療保険の免責額または自己負担限度額に計上されない可能性があることを、十分かつ完全に理解しています。
- サービスを受ける前に医療提供者または施設に書面で通知することにより、この同意を解除できます。

重要:この用紙に署名する必要は**ありません**。しかし署名しない場合、この医療提供者または施設は治療を行わないかもしれません。医療保険のネットワーク内の医療提供者または施設から治療を受けることを選択できます。

患者の署名

または _____
後見人／法的代理人の署名

活字体による患者名

後見人／法的代理人の活字体による氏名

署名の日付と時間

署名の日付と時間

控えとして、この用紙の写真および／あるいはコピーを保管して下さい。

あなたの権利と保護について重要な情報が含まれています。

