



차액 청구(Surprise Billing) 보호 양식

이 문서에서는 예상치 못한 의료비로부터 귀하를 보호하는 방법에 대해 알려드리고자 합니다. 또한 이러한 보호를 포기하고 네트워크 외부 진료에 더 많은 비용을 지불하실 것인지 묻습니다.

중요: 이 양식에 서명하실 필요는 없으며 치료를 받을 때 의료 제공자를 선택할 수 없다면 이 양식에 서명하지 마세요. 가입하신 건강 플랜 네트워크에 속한 의료 제공자 또는 시설에서 치료를 받도록 선택하실 수 있으며, 이런 경우, 비용은 더 적게 들 수 있습니다.

이 문서에 관한 도움이 필요하시면 담당 의료 제공자나 환자 대변인에게 문의하세요. 기록을 위해 이 양식을 사진으로 찍어두거나 사본을 보관하세요.

이 의료 제공자 또는 시설이 귀하의 건강 플랜 네트워크에 속하지 않기 때문에 귀하에게 이 통지가 제공됩니다. 이는 의료 제공자 또는 시설이 귀하의 플랜과 계약을 맺지 않았다는 의미입니다.

이 의료 제공자 또는 시설에서 치료를 받으실 경우 비용이 더 많이 들 수 있습니다.

가입하신 플랜에서 귀하가 받고 있는 품목 또는 서비스를 보장하는 경우, 연방법은 더 높은 청구로부터 귀하를 보호합니다.

- 네트워크 외부 의료 제공자 및 시설에서 응급 치료를 받은 경우 또는
- 네트워크 외부 의료 제공자가 귀하에게 알리지 않고 또는 귀하의 동의 없이 네트워크 내 병원 또는 외래 수술 센터에서 귀하를 치료하는 경우.

이러한 보호가 귀하에게 적용되는지 알아보시려면 의료 제공자 또는 환자 대변인에게 문의하세요.

이 양식에 서명하실 경우, 다음과 같은 이유로 더 많은 비용을 지불하셔야 할 수 있습니다.

- 귀하는 법에 따른 보호를 포기하게 됩니다.
- 귀하는 제공받은 품목 및 서비스에 대해 청구된 비용 전액을 지불하셔야 할 수 있습니다.
- 귀하의 건강 플랜은 귀하의 공제 한도액 및 본인 부담 한도액(Deductible 및 out-of-pocket limit)을 계산하지 않을 수도 있습니다. 자세한 내용은 가입하신 건강 플랜에 문의하세요.

귀하가 치료를 받을 때 의료 제공자를 선택할 수 **없다면** 이 양식에 서명하지 **마세요**. 예를 들면, 배정된 의사를 다른 의사로 바꿀 수 없는 경우입니다.

이 양식에 서명할지 여부를 결정하기 전에, 가입하신 건강 플랜에 연락하여 네트워크 소속 의료 제공자 또는 시설을 찾아보실 수 있습니다. 없는 경우, 귀하의 건강 플랜에서 이 의료 제공자 또는 시설, 아니면 다른 의료 제공자와 계약을 맺을 수도 있습니다.

예상 비용에 대해서는 다음 페이지를 참조하세요.

귀하의 지불 예상 비용

환자 이름: _____

네트워크 외부 제공자 또는 시설명: Memorial Sloan Kettering _____

귀하가 부담해야 할 총 예상 비용:	
---------------------	--

- ▶ **예상 비용의 상세 내역을 검토하세요.** 제공 받을 품목 또는 서비스에 대한 각각의 예상 비용은 4페이지를 참조하세요.
- ▶ **귀하가 가입하신 건강 플랜에 연락하세요.** 귀하의 건강 플랜은 지불해야 할 비용에 대해 더 나은 정보를 갖고 있을 수 있습니다. 또한 가입하신 플랜 및 제공자 옵션으로 보장되는 품목에 대해 문의하실 수 있습니다.
- ▶ **이 통지 및 예상 비용에 대한 질문이 있으세요?** 646-227-3378번으로 환자 요금 청구 서비스부(Patient Billing Services)에 전화하거나, 국제 환자의 경우 212-639-4900번으로 국제 센터에 연락하실 수 있습니다.
- ▶ **귀하의 권리에 관한 질문이 있으세요?** NYS 법에 따른 귀하의 권리에 관한 정보를 알아보시려면 1-800-342-3736번으로 NYS 금융 서비스부(NYS Department of Financial Services)에 문의하세요. 연방법에 따른 귀하의 권리에 관한 정보를 알아보시려면 1-800-985-3059번으로 CMS에 문의하세요.

사전 승인 또는 기타 치료 관리 제한

다음과 같은 일반적인 내용을 포함하세요.

[응급 상황을 제외하고, 귀하의 건강 플랜은 특정 품목 및 서비스에 대해 사전 승인(또는 기타 제한)을 요구할 수 있습니다. 즉, 귀하의 플랜이 귀하에게 상품이나 서비스를 제공하기 전에 사전 승인을 받도록 요구할 수 있습니다. 사전 승인이 필요한 경우, 보장을 받기 위해 어떤 정보가 필요한지 가입하신 건강 플랜에 문의하세요.]

[참여 응급 시설 내 비참여 제공자가 사후 안정화 서비스에 대해 이러한 통지를 할 경우, 바로 아래에 언어를 포함하고, 해당 시설에서 이 통지에 명시된 품목 또는 서비스를 제공할 수 있는 참여 제공자의 목록을 기재하세요]

환자의 옵션 이해하기

귀하는 또한 가입하신 건강 플랜의 네트워크에 속한 제공자들로부터 이 통지에 명시된 품목 또는 서비스를 받으실 수 있습니다.

귀하의 권리 및 보호에 관한 자세한 정보

www.cms.gov/nosurprises를 방문하여 연방법에 따른 귀하의 권리에 대해 자세히 알아보세요.

본인은 여기에 서명함으로써 연방 소비자 보호를 포기하고 네트워크 외부 치료에 대해 더 많은 비용을 지불하기로 동의합니다.

서명함으로써, 본인은 다음 제공자 또는 시설로부터 품목 또는 서비스를 받는 데 동의합니다.

Memorial Sloan Kettering Cancer Center

서명함으로써, 본인은 본인의 자유 의지에 따라 동의하며 강요나 압박을 받지 않았음을 인정합니다. 또한 다음 사항을 이해합니다.

- 본인은 연방법에 따른 일부 소비자 청구 보호를 포기합니다.
- 본인은 이러한 품목과 서비스에 대한 전체 비용 청구서를 받거나, 본인의 건강 플랜에 따라 네트워크 외부 비용 분담금을 지불해야 할 수도 있습니다.
- 본인은 본인의 의료 제공자 또는 시설이 본인의 건강 플랜 네트워크에 속하지 않으며, 이에 따른 예상 서비스 비용 및 본인이 이 의료 제공자 또는 시설에서 치료 받기로 동의할 경우 본인이 지불해야 할 금액이 설명된 서면 통지서를 _____에 받았습니다.
- 본인은 선택한 사항과 일치하는 통지서를 종이 또는 전자 우편으로 받았습니다.
- 본인은 지불하는 금액의 일부 또는 전부가 본인의 건강 플랜의 공제액 또는 본인 부담 한도액에 포함되지 않을 수 있다는 점을 전적으로 완전히 이해합니다.
- 본인은 서비스를 받기 전에 의료 제공자 또는 시설에 서면으로 통지함으로써 이 계약을 종료할 수 있습니다.

중요: 귀하가 이 양식에 서명하지 않으셔도 됩니다. 하지만 귀하가 서명하지 않으실 경우, 이 의료 제공자 또는 시설은 귀하를 치료하지 않을 수도 있습니다. 가입하신 건강 플랜 네트워크에 속한 의료 제공자 또는 시설에서 치료를 받도록 선택하실 수 있습니다.

_____	또는	_____
환자 서명		보호자/권한 대리인 서명
_____		_____
환자 이름(정자체로 기재)		보호자/권한 대리인 이름(정자체로 기재)
_____		_____
서명 날짜 및 시간		서명 날짜 및 시간

이 양식을 사진으로 찍어두거나 사본을 보관하세요.

여기에는 귀하의 권리와 보호에 관한 중요한 정보가 포함되어 있습니다.

