

Modulo di segnalazione fattura a saldo/inattesa

Cheyenne Eye Clinic & Surgery Center

1300 E 20th St Cheyenne WY 82001 (307)-635-2020

I Suoi diritti e le tutele da fatture mediche a saldo

Se riceve un trattamento di emergenza o un trattamento erogato da un fornitore non convenzionato presso una clinica o un centro medico ambulatoriale convenzionati, Lei è tutelato/a dalle fatture mediche a saldo.

Che cosa sono le “fatture a saldo” (ovvero fatture inattese)?

Quando riceve una visita da un medico o altro operatore sanitario, potrebbe dover versare un importo di Sua tasca a titolo di quota a Suo carico, coassicurazione e/o franchigia. Potrebbe dover sostenere altri costi oppure coprire l'intero importo qualora si rivolga a un fornitore oppure una struttura sanitaria non convenzionati con il Suo piano sanitario.

L'espressione “non convenzionato” fa riferimento a fornitori e strutture che non hanno sottoscritto alcun accordo nell'ambito del Suo piano sanitario. I fornitori non convenzionati potrebbero fatturarLe la differenza tra l'importo previsto dal Suo piano e l'importo totale dovuto per il servizio. Questa compensazione è nota come “**fatturazione a saldo**”. È probabile che tale importo sia superiore ai costi del medesimo servizio erogato da un ente convenzionato e potrebbe non concorrere al limite annuo delle spese a Suo carico.

Per “fatture inattese” s'intende una fattura a saldo imprevista. Può ricevere una fattura di questo tipo se non è in grado di controllare le persone che si occupano del Suo trattamento, ad es. in caso di emergenza oppure se organizza una visita presso una struttura convenzionata ma, a Sua insaputa, il fornitore che eroga il servizio non è convenzionato.

Lei è tutelato/a da queste fatture inattese nei casi indicati di seguito.

Servizi di emergenza

Se resta vittima di un'emergenza medica e riceve dei servizi d'urgenza erogati da una struttura o un fornitore non convenzionati, l'importo massimo che Le può essere addebitato dalla struttura o dal fornitore è l'importo in condivisione dei costi previsto dal Suo piano (ad esempio aliquota percentuale e coassicurazione). Per i servizi di emergenza **non è prevista** alcuna fatturazione a saldo Sono inclusi i servizi che potrà ricevere dopo che le Sue condizioni si sono ristabilite, a meno che non firmi un consenso scritto in cui rinuncia al Suo diritto di tutela dalle fatturazioni a saldo per i servizi post-stabilizzazione.

Specifici servizi erogati presso un ambulatorio chirurgico oppure una clinica convenzionati

Se riceve un trattamento presso un ambulatorio chirurgico o una clinica convenzionati, è possibile che alcuni fornitori che vi operano non siano convenzionati. In questi casi, l'importo massimo che può esserLe addebitato da tali fornitori corrisponde all'importo in cost-sharing previsto dal Suo piano. Quanto precede vale per medicina di urgenza, anestesie, patologie, radiologie, laboratori e assistenza chirurgica. Tali fornitori **non possono** emetterLe fatture e **non** possono chiederLe di rinunciare alle Sue tutele in merito alla fatturazione a saldo.

Se Le vengono somministrati dei servizi presso strutture convenzionate di questo tipo, i fornitori non convenzionati **non possono** emettere fatture a saldo a Suo nome a meno che Lei non abbia firmato per iscritto che rinuncia alle Sue tutele in tal senso.

Nessuno potrà mai chiederLe di rinunciare alle Sue tutele rispetto alla fatturazione a saldo. Non è, inoltre, tenuto/a a ricevere cure non convenzionate. Può scegliere un fornitore o una struttura coperti dal Suo piano.

Modulo di segnalazione fattura a saldo/inattesa

Cheyenne Eye Clinic & Surgery Center

1300 E 20th St Cheyenne WY 82001 (307)-635-2020

Servizi non di emergenza presso una struttura non convenzionata oppure convenzionata

Il personale della struttura o dell'agenzia deve dirLe che si trova in un centro non convenzionato o, se noto, che il Suo trattamento è affidato a fornitori non convenzionati. Il personale deve informarLa anche in merito ai tipi di servizi che utilizzerà e che potrebbero essere erogati da un fornitore non convenzionato.

Ha il diritto di richiedere che tutti i servizi medici coperti Le siano erogati da fornitori convenzionati. Tuttavia, qualora un fornitore convenzionato non sia disponibile, potrebbe dover accettare i servizi sanitari prestati da un fornitore non convenzionato. Se la Sua assicurazione copre il servizio, potrà esserLe addebitato esclusivamente l'importo dell'aliquota prevista dal Suo piano, ovvero copagamenti, franchigie e/o coassicurazione.

Ulteriori tutele

- La Sua assicurazione pagherà direttamente le strutture e i fornitori non convenzionati.
- La struttura, il fornitore o l'agenzia devono rimborsare ogni eventuale importo eccedente entro 60 giorni dalla relativa notifica.

Nei casi in cui la fatturazione a saldo non è consentita, Lei gode anche delle Seguenti tutele:

- La Sua unica responsabilità riguarda il pagamento della Sua quota di costo (ad es. copagamenti, coassicurazione e franchigie che pagherebbe se il fornitore o la struttura non fossero convenzionati). Il Suo piano sanitario coprirà direttamente gli importi dovuti alle strutture e ai fornitori non convenzionati.
- In generale, il Suo piano sanitario deve:
 - Coprire i servizi di emergenza senza richiederLe la previa autorizzazione per tali servizi.
 - Coprire i servizi di emergenza erogati da fornitori non convenzionati.
 - Calcolare l'importo da Lei dovuto al fornitore o alla struttura (cost-sharing) in base all'importo che avrebbe pagato a un fornitore o una struttura convenzionati e riportare tale cifra nel giustificativo dei Suoi benefit.
 - Calcolare ogni importo da Lei versato per i servizi di emergenza o i servizi non convenzionati rispetto alla Sua soglia di spese vive e deducibili.

Se ritiene di aver ricevuto una fattura per errore, La invitiamo a contattare il recapito 800-985-3059 per questioni federali oppure l'ufficio contabile della struttura presso 307-773-7150.

Per maggiori informazioni sui diritti di cui gode secondo la legge federale, visiti la pagina cms.gov/nosurprises/consumers.

La mia firma qui in calce vale quale presa visione della presente notifica e non comporta da parte mia alcuna rinuncia alle tutele di legge.

Nome paziente (stampatello)

Relazione con il/la paziente

Firma paziente o del legale rappresentante

Data

Ora

Interpretariato: servizio di interpretariato svolto per il/la paziente e/o il suo rappresentante da (nome o numero) se applicabile _____