



Formular zum Schutz vor unerwarteten Rechnungen

Mit diesem Dokument möchten wir Sie darüber informieren, welchen Schutz Sie bei unerwarteten Rechnungen für medizinische Leistungen genießen. Außerdem können Sie in diesem Formular angeben, ob Sie auf diesen Schutz verzichten möchten und bereit sind, mehr für eine Versorgung außerhalb des Netzwerks zu bezahlen.

WICHTIG: Sie sind nicht verpflichtet, dieses Formular zu unterschreiben bzw. Sie sollten es nicht unterschreiben, wenn Sie vor der medizinischen Versorgung keine Möglichkeit hatten, den Anbieter medizinischer Leistungen auszuwählen. Sie haben die Möglichkeit, für Ihre medizinische Versorgung einen Anbieter oder eine Einrichtung auszuwählen, der bzw. die Teil des Netzwerks ist, das von Ihrem Krankenversicherungsvertrag abgedeckt ist. In diesem Fall sind die Kosten möglicherweise geringer.

Wenn Sie Unterstützung hinsichtlich dieses Dokuments benötigen, wenden Sie sich bitte an Ihren Anbieter oder eine/n Patientenanwalt bzw. -anwältin. Fotografieren oder kopieren Sie dieses Formular und legen Sie es zu Ihren Akten.

Sie erhalten diese Mitteilung, da dieser Anbieter oder diese Einrichtung nicht Teil des von Ihrem Krankenversicherungsvertrag abgedeckten Netzwerks ist. Dies bedeutet, dass der Anbieter oder die Einrichtung keine Übereinkunft mit Ihrem Krankenversicherungsanbieter getroffen hat.

Wenn Sie von diesem Anbieter oder dieser Einrichtung medizinisch versorgt werden möchten, werden Ihnen möglicherweise höhere Kosten in Rechnung gestellt.

Wenn die Ihnen bereitgestellten Artikel und/oder Leistungen von Ihrem Krankenversicherungsvertrag abgedeckt werden, sind Sie in den folgenden Fällen durch das Bundesgesetz vor höheren Rechnungen geschützt:

- bei einer medizinischen Notfallversorgung durch Anbieter oder Einrichtungen, die nicht Teil des Netzwerks sind, oder
- wenn Sie von einem Anbieter außerhalb des Netzwerks ohne Ihr Wissen oder ohne Ihre Zustimmung in einem/einer dem Netzwerk angehörenden Krankenhaus oder Notfallambulanz behandelt werden.

Wenden Sie sich an Ihren Krankenversicherungsanbieter oder an eine/n Patientenanwalt bzw. -anwältin, wenn Sie wissen möchten, ob diese Schutzmaßnahmen für Sie gelten.

Wenn Sie dieses Formular unterzeichnen, bezahlen Sie möglicherweise mehr, denn:

- Sie verzichten auf Ihren gesetzlichen Schutz.
- Sie müssen möglicherweise sämtliche Kosten bezahlen, die Ihnen für in Anspruch genommene Artikel und/oder Leistungen in Rechnung gestellt werden.
- Ihr Krankenversicherungsvertrag bietet möglicherweise keine Anrechnungsmöglichkeit der Beträge auf Ihre Selbstbeteiligungs- bzw. Selbstbehaltgrenze. Wenden Sie sich für weitere Informationen an Ihren Krankenversicherungsanbieter.

Sie sollten dieses Formular **nicht** unterschreiben, wenn Sie vor der medizinischen Versorgung **keine Möglichkeit hatten**, den Anbieter medizinischer Leistungen auszuwählen. Beispiel: Ihnen wurde ein Arzt bzw. eine Ärztin zugewiesen, ohne Ihnen Alternativen anzubieten.

Bevor Sie sich dazu entschließen, dieses Formular zu unterzeichnen, sollten Sie Rücksprache mit Ihrem Krankenversicherungsanbieter halten, um einen Anbieter oder eine Einrichtung zu finden, der/die Teil des Netzwerks ist. Ist diese Suche erfolglos, kann Ihr Krankenversicherungsanbieter ggf. eine Vereinbarung mit diesem Anbieter oder dieser Einrichtung oder einem anderen Anbieter oder einer anderen Einrichtung abschließen.

Auf der nächsten Seite erhalten Sie Informationen zu Ihrer Kostenschätzung.

Schätzung der Kosten, die Sie möglicherweise tragen müssen

Patientenname: _____

Name des/der Anbieter(s) bzw. der Einrichtung außerhalb des Netzwerks: Memorial Sloan Kettering

Schätzung der Gesamtkosten, die Sie möglicherweise tragen müssen:	
--	--

- ▶ **Überprüfen Sie die detaillierte Schätzung.** Auf Seite 4 finden Sie eine Kostenschätzung für die Ihnen bereitgestellten Artikel und/oder Leistungen.
- ▶ **Wenden Sie sich telefonisch an Ihren Krankenversicherungsanbieter.** Ihr Krankenversicherungsanbieter kann Ihnen möglicherweise konkretere Informationen dazu geben, was Sie zu zahlen verpflichtet sind. Außerdem können Sie Ihren Krankenversicherungsanbieter fragen, welche Artikel und/oder Leistungen von Ihrem Vertrag abgedeckt sind und welche Anbieter Sie wählen können.
- ▶ **Haben Sie Fragen zu dieser Mitteilung oder zu dieser Schätzung?** Die Patientenrechnungsabteilung erreichen Sie unter: (646) 227-3378. Patientinnen und Patienten des Internationalen Zentrums können sich telefonisch an die Finanzabteilung des Internationalen Zentrums wenden: (212) 639-4900.
- ▶ **Sie haben Fragen zu Ihren Rechten?** Wenden Sie sich für Informationen zu Ihren Rechten unter der Rufnummer +1 800-342-3736 an das Ministerium für Finanzdienstleistungen des US-Bundesstaats New York (NYS Department of Financial Services). Wenden Sie sich für Informationen zu Ihren Rechten im Rahmen des US-Bundesgesetzes unter der Rufnummer +1 800-985-3059 an CMS.

Vorabgenehmigung oder andere Beschränkungen beim Versorgungsmanagement

Nehmen Sie die folgende allgemeine Erklärung auf:

Mit Ausnahme von Notfällen belegt Ihr Krankenversicherungsanbieter bestimmte Artikel und/oder Leistungen möglicherweise mit einer Vorabgenehmigungspflicht (oder mit anderen Beschränkungen). Dies bedeutet, dass Sie eine Genehmigung durch Ihren Krankenversicherungsanbieter benötigen, bevor Ihnen ein Artikel und/oder eine Leistung bereitgestellt werden kann. Wenn eine Vorabgenehmigung erforderlich ist, wenden Sie sich an Ihren Krankenversicherungsanbieter, um zu erfahren, welche Informationen für diese Deckung benötigt werden.]

[Falls diese Mitteilung durch einen Anbieter innerhalb der teilnehmenden Notfall- oder Ambulanzeinrichtung für der Stabilisierung nachgelagerte Leistungen bereitgestellt wird, fügen Sie die Sprache unten sowie ein Liste aller teilnehmenden Anbieter in der Einrichtung ein, die in der Lage sind, die in dieser Mitteilung genannten Artikel und/oder Leistungen bereitzustellen.]

Ihre Optionen verstehen

Alternativ können Sie die in dieser Mitteilung dargestellten Artikel und/oder Leistungen auch Anbietern erhalten, die Teil des in Ihrem Krankenversicherungsvertrag genannten Netzwerks sind:

Weitere Information zu Ihren Rechten und zu Ihrem Schutz

Rufen Sie die Website www.cms.gov/nosurprises auf, um weitere Informationen zu Ihren Rechten im Rahmen des US-Bundesgesetzes zu erhalten.

Durch die Unterschrift verzichte ich auf den bundesgesetzlichen Verbraucherschutz und erkläre meine Bereitschaft, für Behandlungen außerhalb des Netzwerks zusätzliche Kosten zu tragen.

Mit meiner Unterschrift erkläre ich mein Einverständnis zur Bereitstellung von Artikeln und/oder Leistungen durch:
 Memorial Sloan Kettering Cancer Center

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass ich die Zustimmung freien Willens erkläre und dazu weder genötigt noch gezwungen wurde. Mir ist außerdem bewusst, dass:

- ich auf einen gewissen, bundesgesetzlichen Schutz vor unerwarteten Verbraucherrechnungen verzichte.
- mir möglicherweise die vollständigen Kosten für diese Artikel und/oder Leistungen in Rechnung gestellt werden, oder dass ich mich gemäß meines Krankenversicherungsvertrags an den Kosten für außerhalb des Netzwerks erbrachte Leistungen beteiligen muss.
- Ich habe am _____ eine schriftliche Mitteilung erhalten, aus der hervorgeht, dass mein Anbieter oder die Einrichtung nicht Teil des von meinem Krankenversicherungsvertrags abgedeckten Netzwerks ist, in der die Kosten für die Leistungserbringung aufgeführt sind, und aus der hervorgeht, welche Kosten ich zu tragen haben, wenn ich mein Einverständnis erkläre, von diesem Anbieter oder in dieser Einrichtung behandelt zu werden.
- Ich wurde darüber gemäß meiner Auswahl entweder schriftlich oder elektronisch informiert.
- Ich verstehe voll und ganz, dass ein Teil oder der gesamte Betrag möglicherweise nicht auf die/den in meinem Krankenversicherungsvertrag festgelegte/n Selbstbeteiligung oder Selbstbehalt angerechnet werden kann.
- Ich kann diese Vereinbarung kündigen, wenn ich den Anbieter oder die Einrichtung vor der Bereitstellung der Leistungen schriftlich darüber informiere.

WICHTIG: Sie sind **nicht** verpflichtet, dieses Formular zu unterschreiben. Wenn Sie es nicht unterschreiben, kann sich dieser Anbieter bzw. diese Einrichtung jedoch weigern, Sie zu behandeln. Sie haben die Wahl, einen Anbieter oder eine Einrichtung zu wählen, der/die Teil des von Ihrem Krankenversicherungsvertrag abgedeckten Netzwerks ist.

Unterschrift der Patientin/des Patienten
der/des berechtigten Vertreterin/Vertreters

oder

Unterschrift der bzw. des Erziehungsberechtigten bzw.

Name der Patientin/des Patienten in Druckbuchstaben

Name der bzw. des Erziehungsberechtigten bzw. der/des
berechtigten Vertreterin/Vertreters in Druckbuchstaben

Datum und Uhrzeit der Unterschrift

Datum und Uhrzeit der Unterschrift

Fotografieren oder kopieren Sie dieses Formular und legen Sie es zu Ihren Akten.

Es enthält wichtige Informationen zu Ihren Rechten und zu Ihrem Schutz.

