

Вы имеете право на получение добросовестной оценки расходов, содержащей информацию о стоимости Вашего медицинского обслуживания.

По закону поставщики медицинских услуг обязаны предоставлять пациентам, не пользующимся определенными видами медицинского страхования, смету расходов по счетам за пользование медицинскими товарами и услугами до того, как эти товары и услуги будут им предоставлены.

- Вы имеете право получить добросовестную оценку общих расходов, связанных с медицинскими товарами или услугами, по запросу или во время планирования медицинского обслуживания. Речь идет, в том числе, о сопутствующих расходах, например связанных со сдачей анализов, получением лекарств по рецепту, использованием оборудования и оплатой больничных сборов.
- Если Вы записались на получение медицинских товаров или услуг не менее чем за 3 рабочих дня, поставщик услуг или учреждение обязаны предоставить Вам добросовестную оценку соответствующих расходов в письменном виде в течение 1 рабочего дня после записи. Если Вы записались на получение медицинских товаров или услуг не менее чем за 10 рабочих дней, поставщик услуг или учреждение обязаны предоставить Вам добросовестную оценку соответствующих расходов в письменном виде в течение 3 рабочих дней после записи. Вы также можете обратиться к поставщику услуг или в учреждение с просьбой предоставить Вам добросовестную оценку расходов до записи на получение медицинских товаров или услуг. В этом случае поставщик услуг или учреждение обязаны предоставить Вам добросовестную оценку соответствующих расходов в письменном виде в течение 3 рабочих дней после получения Вашего запроса.
- Вы вправе оспорить счет, полученный от поставщика или учреждения, если он как минимум на 400 \$ превышает сумму, указанную в предоставленной им добросовестной оценке.
- Обязательно сделайте ксерокопию или фотографию добросовестной оценки расходов и счета.

Если Вы хотите задать вопросы или узнать больше о праве на добросовестную оценку расходов, посетите сайт <http://www.cms.gov/nosurprises/consumers>, отправьте сообщение на адрес электронной почты FederalPPDRQuestions@cms.hhs.gov или позвоните по номеру 1-800-985-3059.

ЗАЯВЛЕНИЕ, ОСНОВАННОЕ НА ЗАКОНЕ О НЕПРИКОСНОВЕННОСТИ ЧАСТНОЙ ЖИЗНИ. Центр CMS уполномочен собирать информацию, указанную в данной форме, и подтверждающую документацию в соответствии с разделом 2799B-7 Закона о службе общественного здравоохранения, дополненного разделом 112 Закона о защите от непредвиденных счетов, и разделом I Части BB Закона о общих ассигнованиях 2021 года (Pub. L. 116-260). Информация, указанная в форме, нужна нам для обработки Вашего запроса на оспаривание оплаты, проверки соответствия спора условиям процедуры PPDR (процедура урегулирования споров между пациентом и поставщиком услуг) и принятия решения по поводу наличия конфликта интересов с независимой организацией, которая была назначена для урегулирования инициированного Вами спора. Эта информация также может быть использована для: (1) обоснования решения по инициированному Вами спору; (2) обеспечения реализации программы PPDR и надзора за ее исполнением; (3) оценки соблюдения организацией, назначенной для урегулирования спора, правил программы. Запрашиваемая информация предоставляется на добровольной основе. Однако отказ от ее предоставления может привести к задержке или невозможности рассмотрения спора, либо привести к тому, что решение по спору будет вынесено в пользу поставщика услуг или учреждения.

Electronic file name: *Good faith estimate No surprises Act*

Russian translation: 11/2024