

纽约州针对急诊服务和意外账单的独立争议解决 (IDR) 患者申请表

如果您没有保险，或者您通过雇主和雇主自保获得健康保险，您可对以下事项提出异议：（1）急诊服务账单，包括急诊室就诊后的住院服务；或（2）如果您的提供商没有向您提供有关您护理的所有必需信息，则医院或流动手术中心医生服务的意外账单。请填写本表并发送给纽约州金融服务部，收件人：消费者协助小队 /IDR处理，One Commerce Plaza, Albany, NY 12257。致电(800) 342-3736或发送电子邮件至IDRquestions@dfs.ny.gov以寻求帮助或进行问询。

如果您通过受纽约法律约束的HMO或保险公司承保（您的健康保险身份卡上写着"完全投保"），或者为在2022年1月1日及之后续保的自我保险，则无需填写此表格。如果您收到急诊服务账单或意外账单，请联系您的健康计划或您的雇主以获得自我保险。您只需支付网络内的费用分摊。

如果您从您的提供商处收到关于您治疗费用的诚信估计，而您的提供商向您收取的金额比诚信估计多至少400美元，则您无需填写本表。根据《联邦无意外法》提起患者-提供商争议。您须支付不超过\$25的费用。如需更多信息，请访问[CMS.gov/nosurprises](https://www.cms.gov/nosurprises)。

请填写以下各项			
1. 患者信息			
姓名:			
地址:			
健康计划编号:		电话:	
电子邮件地址:			
2. 健康计划信息 (如适用)			
姓名:			
地址:			
电话:		传真:	
3. 提供商信息			
姓名:			
地址:			
电话:		传真:	
4. 您提起异议的账单类型是什么 (勾选一项):	<input type="checkbox"/> 急诊服务 (包括急诊室就诊后的住院服务) <input type="checkbox"/> 意外账单 (非急诊服务)		
5. 服务日期:		服务地点:	
6. 提供商收取的费用: (附上账单副本)			\$
7. 您的健康计划支付的金额 (如有): 附上通知或拒绝的副本 (如适用)。			\$
8. IDR 费用 (勾选一项):	<input type="checkbox"/> 如果 IDR 认定我的提供商的费用是合理的，我同意支付最高达 495 美元的费用。如果我和提供商之间达成和解，我同意支付 IDR 费用的一半。(如果 IDR 认定您提供商的费用不合理，您的提供商将支付 IDR 费用。)		
	<input type="checkbox"/> 支付 IDR 费用对我来说在经济上有困难。我的家庭收入为\$_____，且我的家庭人数为: _____ (附上您家庭最近的工资单副本)。		

9. 仅就意外账单进行填写

如果您在医院或流动手术中心收到非急诊医生服务的意外账单，请填写此部分。（勾选任何您未收到的信息）

我证明没有收到我在下方勾选的信息：

我的医生没有告诉我：

- 健康计划网络。**我的医生在网络中的健康计划。
- 医院关联关系。**我的医生有关联的医院。
- 可用服务的费用。**如果我询问，可以获取我的医生将向我收取的金额。
- 医院服务。**我的医生安排了另一位医生在医院治疗我，但没有告诉我另一位医生的姓名、专业、地址、电话号码，以及如何确定另一位医生是否在我的健康计划网络中。

我的医院在其网站上没有公布：

- 收费。**其收费清单或如何获取该清单。
- 健康计划网络。**医院在其网络中的健康计划。
- 医院内的医生服务。**医院内医生提供的服务不计入医院收费；医生可能与医院在同一健康计划网络中，也可能不在同一健康计划网络中；并且我应当询问安排我医院服务的医生是否在我健康计划的网络中。
- 可以提供服务的医生。**与医院签订合同以提供麻醉科、病理科或放射科等服务的医生团体的名称、地址和电话号码，以及如何联系这些团体以确定他们是否在我健康计划的网络中。
- 医院雇用的医生。**医院雇用的治疗患者的医生的姓名、地址和电话号码，以及他们在网络中的医疗保健计划。

在非急诊医院服务的注册或入院材料中，我的医院没有：

- 告诉我联系我的医生。**告诉我要与安排我的医院服务的医生核实，以确定：（1）我的医生将要求对我进行治疗的任何其他医生的姓名、专业名称、地址和电话号码；（2）医院雇用或签约的医生是否将为我进行治疗。
- 网络内医生。**告诉我如何确定作为医院雇员的医生（如麻醉科、病理科和放射科）是否在我的健康计划网络中。

10. 患者同意就独立的争议解决公开医疗记录

通过签署本申请表，我授权我的健康计划和提供商向 IDR 实体公开与 IDR 相关的所有相关医疗或治疗记录，包括任何与 HIV 相关的信息、心理健康治疗信息或药物使用障碍治疗信息。我了解 IDR 实体将仅使用此信息对争议做出决定，并且该信息将被保密，不会向任何其他人士公开。该公开的有效期为一年。我可通过书面形式联系纽约州金融服务部，随时撤销我的同意，除非已依据其采取行动。我确认 IDR 的决定具有约束力。

患者签字（或可以同意公开患者医疗记录的患者代表。如果父母为未成年子女签字，请注明子女的年龄。如果监护人或遗嘱执行人签字，请附上委托证明。）：

签字：

姓名：

日期：