

## APPLICATION DU PATIENT DE L'ETAT DE NEW YORK POUR LA RESOLUTION INDEPENDANTE DES CONFLITS (IDR) POUR LES SERVICES D'URGENCE ET LES FACTURES SURPRISES

Si vous n'êtes pas assuré ou si vous bénéficiez d'une couverture d'assurance maladie par le biais de votre employeur et que celui-ci se charge lui-même de l'assurance, vous pouvez contester : (1) une facture pour des services d'urgence, y compris des services d'hospitalisation après une visite aux urgences ; ou (2) une facture surprise pour des services médicaux dans un hôpital ou un centre chirurgical ambulatoire si votre prestataire ne vous a pas donné toutes les informations requises sur vos soins. Remplissez ce formulaire et envoyez-le au Département des services financiers de l'État de New York, à l'attention de l'Unité d'assistance aux consommateurs/processus IDR : Unité d'assistance aux consommateurs/processus IDR, One Commerce Plaza, Albany, NY 12257. Appelez le (800) 342-3736 ou envoyez un e-mail à [IDRquestions@dfs.ny.gov](mailto:IDRquestions@dfs.ny.gov) pour obtenir de l'aide ou poser des questions.

Vous n'avez pas besoin de remplir ce formulaire si vous bénéficiez d'une couverture par le biais d'un HMO ou d'un assureur soumis à la loi de New York (votre carte d'identité d'assurance maladie portera la mention "entièrement assuré") ou pour une couverture auto-assurée qui sera renouvelée à partir du 1er janvier 2022. Si vous recevez une facture pour des services d'urgence ou une facture surprise, contactez votre régime d'assurance maladie, ou votre employeur pour une couverture auto-assurée. Vous n'aurez à payer que la participation aux coûts du réseau.

Vous n'avez pas besoin de remplir ce formulaire si vous avez reçu de votre prestataire une estimation de bonne foi du coût de votre traitement et que celui-ci vous facture un montant supérieur d'au moins 400 \$ à cette estimation de bonne foi. Déposez un différend patient-fournisseur en vertu de la loi fédérale "Sans surprise". Vous devrez payer des frais ne dépassant pas 25 \$. Pour plus d'informations, consultez le site [CMS.gov/nosurprises](http://CMS.gov/nosurprises).

| <b>COMPLÉTER LES ÉLÉMENTS SUIVANTS</b>   |   |                          |  |
|--|---|--------------------------|--|
| <b>1. Information pour les patients</b>  |   |                          |  |
| Nom:   |   |                          |  |
| Adresse:   |   |                          |  |
| Numéro d'identification du plan de santé :   |   | Téléphone :              |  |
| Adresse e-mail :   |   |                          |  |
| <b>2. Informations sur le plan de santé ( si applicable)</b>   |   |                          |  |
| Nom:   |   |                          |  |
| Adresse:   |   |                          |  |
| Téléphone:   |   | Télécopie                |  |
| <b>3. Informations sur le prestataire</b>  |   |                          |  |
| Nom:   |   |                          |  |
| Adresse:   |   |                          |  |
| Téléphone:   |   | Télécopie                |  |
| <b>4. Quel type de facture contestez-vous (cochez une case) :</b>  | <input type="checkbox"/> <b>Services d'urgence</b> , y compris les services aux patients hospitalisés après une visite aux urgences<br><input type="checkbox"/> <b>Facture surprise</b> pour des services non urgents |                          |  |
| <b>5. Date(s) de service :</b>   |   | <b>Lieu de service :</b> |  |
| <b>6. Frais facturés par le prestataire :</b> (attachez une copie de la facture)   | \$  |                          |  |
| <b>7. Montant payé par votre plan de santé ( si seulement) :</b> attachez une copie de l'avis ou du refus ( si applicable ). | \$  |                          |  |

|   |  |
|---|--|
| <b>8. Frais d'IDR (cocher une case) :</b> | <input type="checkbox"/> J'accepte de payer les frais d'IDR jusqu'à 495 \$ si l'IDR détermine que les frais de mon prestataire sont raisonnables. En cas de règlement entre moi et le prestataire, j'accepte de payer la moitié des frais de l'IDR. (Si l'IDR détermine que les honoraires de votre prestataire ne sont pas raisonnables, votre prestataire paiera les honoraires de l'IDR). |
|   | <input type="checkbox"/> Le paiement des frais de l'IDR représente une difficulté financière pour moi. Le revenu de mon foyer est de \$ _____ et le nombre de personnes dans mon foyer est: _____ (Attachez des copies des fiches de paie les plus récentes de votre ménage).  |

### 9. A REMPLIR UNIQUEMENT POUR LES FACTURES SURPRISE

Remplissez cette section si vous avez reçu une facture surprise pour des services médicaux non urgents dans un hôpital ou un centre de chirurgie ambulatoire. (Cochez toute information que vous n'avez pas reçue)

J'atteste que je n'ai pas reçu les informations que j'ai cochées ci-dessous :

**Mon médecin ne m'a rien dit :**

- Réseaux de plans de santé.** Les plans de santé dans lesquels mon médecin est en réseau.
- Affiliations hospitalières.** Les hôpitaux avec lesquels mon médecin est lié.
- Coût des services disponibles.** Le montant que mon médecin me facturera est disponible si je le demande.
- Services hospitaliers.** Mon médecin a programmé un autre médecin pour me traiter à l'hôpital et ne m'a pas indiqué le nom, le cabinet, l'adresse et le numéro de téléphone de l'autre médecin, ni comment déterminer si l'autre médecin fait partie du réseau de mon plan de santé.

**Mon hôpital n'a pas affiché sur son site Internet :**

- Frais.** Une liste de ses frais ou comment obtenir cette liste.
- Réseaux de plans de santé.** Les plans de santé dont l'hôpital fait partie du réseau.
- Services des médecins à l'hôpital.** Que les services fournis par les médecins à l'hôpital ne sont pas inclus dans les frais d'hospitalisation, que les médecins peuvent ou non faire partie du même réseau de plans de santé que l'hôpital et que je dois demander au médecin qui organise mes services hospitaliers s'il fait partie du réseau de mon plan de santé.
- Médecins qui pourraient fournir des services.** Le nom, l'adresse et le numéro de téléphone des groupes de médecins avec lesquels l'hôpital a passé un contrat pour fournir des services tels que l'anesthésiologie, la pathologie ou la radiologie, et la façon de contacter ces groupes pour déterminer s'ils font partie du réseau de mon plan de santé.
- Médecins employés par l'hôpital.** Le nom, l'adresse et le numéro de téléphone des médecins employés par l'hôpital pour traiter les patients et les régimes de soins de santé dans lesquels ils sont intégrés.

**Dans les documents d'inscription ou d'admission pour les services hospitaliers non urgents, mon Hôpital n'a pas :**

- Dites-moi de contacter mon médecin.** Dites-moi de vérifier auprès du médecin qui organise mes services hospitaliers pour déterminer : (1) le nom, le nom du cabinet, l'adresse et le numéro de téléphone de tout autre médecin à qui mon médecin demandera de me traiter ; et (2) si des médecins employés ou sous contrat par l'hôpital sont censés me traiter.
- Médecins du réseau.** Dites-moi comment savoir si les médecins qui sont employés par l'hôpital (comme les anesthésistes, les pathologistes et les radiologues) font partie du réseau de mon plan de santé.

### 10. CONSENTEMENT DU PATIENT à la divulgation des dossiers médicaux pour un règlement indépendant des différends

En signant cette demande, j'autorise mon plan de santé et mes prestataires à communiquer à l'entité IDR tous les dossiers médicaux ou de traitement pertinents liés à l'IDR, y compris toute information relative au VIH, au traitement de la santé mentale ou au traitement des troubles liés à l'utilisation de substances. Je comprends que l'entité IDR utilisera ces informations uniquement pour prendre une décision sur le litige et que ces informations resteront confidentielles et ne seront pas divulguées à d'autres personnes. Cette autorisation est valable pendant un an. Je peux révoquer mon consentement à tout moment, sauf dans la mesure où une action a été entreprise sur la base de celui-

ci, en contactant par écrit le Département des services financiers de l'État de New York. Je reconnais que la décision de l'IDR est contraignante.

**Signature du patient** (ou du représentant du patient qui peut consentir à la communication des dossiers médicaux du patient. Si un parent signe pour un enfant mineur, indiquez l'âge de l'enfant. Si un tuteur ou un exécuteur testamentaire signe, inclure la preuve de sa nomination) :

**Signature:**

**Nom en caractères d'imprimerie :**

Date: