

SOLICITUD PARA PACIENTES DE RESOLUCIÓN INDEPENDIENTE DE DISPUTAS (IDR) PARA SERVICIOS DE EMERGENCIA Y FACTURAS SORPRESA DEL ESTADO DE NUEVA YORK

Si no está seguro, o tiene cobertura del seguro médico a través de su empleador y autoseguros de su empleador, usted puede disputar: (1) una factura por servicios de emergencia, incluyendo los servicios hospitalarios después de acudir a una sala de emergencia o (2) una factura sorpresa por servicios médicos prestados en un hospital o centro de cirugía ambulatorio, si su proveedor no le dio toda la información requerida sobre su atención. Complete este formulario y envíelo al Departamento de Servicios Financieros del estado de Nueva York, atención: Consumer Assistance Unit/IDR Process, One Commerce Plaza, Albany, NY 12257. Llame al (800) 342-3736 o envíe un email a IDRquestions@dfs.ny.gov para recibir ayuda o con sus preguntas.

Usted no necesita completar este formulario si tiene cobertura a través de la HMO o una aseguradora sujeta a la ley de Nueva York (su tarjeta de identificación del seguro médico dirá “fully insured” [Seguro completo]) o para la cobertura del autoseguro que se renueva a partir del 1 de enero de 2022. Si recibe una factura por servicios de emergencia o una factura sorpresa, póngase en contacto con su plan médico o con su empleador para la cobertura de autoseguro. Usted solamente deberá pagar su costo compartido de la red.

Usted no necesita completar este formulario si recibió un presupuesto de buena fe de su proveedor sobre el costo de su tratamiento y su proveedor le factura una cantidad que es al menos \$400 más que el presupuesto de buena fe. Presente una disputa paciente-proveedor conforme a la Ley Federal Sin Sorpresas. Usted deberá pagar una tarifa de no más de \$25. Para obtener más información, visite [CMS.gov/nosurprises](https://www.cms.gov/nosurprises).

COMPLETAR LO SIGUIENTE

1. Información del paciente

Nombre:			
Dirección:			
Número de ID del plan de salud:		Teléfono:	
Dirección de email :			

2. Información del plan de salud (si corresponde)

Nombre:			
Dirección:			
Teléfono:		Fax:	

3. Información del proveedor

Nombre:			
Dirección:			
Teléfono:		Fax:	

4. Qué tipo de factura está disputando (marque una):

- ☐ **Servicios de emergencia** incluyendo los servicios hospitalarios después de acudir a una sala de emergencias
- ☐ **Factura sorpresa** para servicios que no son de emergencia

5. Fecha(s) de servicio:

Lugar de servicio:

--	--	--	--

6. Tarifa que cobró el proveedor: (adjunte una copia de la factura)

\$

7. Cantidad que pagó su plan de salud (si lo hubiera): adjunte una copia de la notificación o denegación (si corresponde).

\$

8. Tarifa de la IDR (marque una):	☐ Acepto pagar la tarifa de la IDR de hasta \$495 si la IDR determina que la tarifa de mi proveedor es razonable. Si el proveedor y yo llegamos a un acuerdo, acepto pagar la mitad de la tarifa de la IDR. (Si la IDR determina que la tarifa de su proveedor no es razonable, su proveedor pagará la tarifa de la IDR).
	☐ El pago de la tarifa de la IDR presenta una dificultad económica para mí. Mis ingresos familiares son de \$_____ y el número de personas de mi familia es: _____ (Adjunte copias de los últimos comprobantes de pago de su familia)-
9. COMPLETAR SOLO PARA FACTURAS SORPRESA	
Complete esta sección si recibió una factura sorpresa por servicios médicos que no son de emergencia en un hospital o centro de cirugía ambulatorio. (Verifique cualquier información que no haya recibido).	
Declaro que no he recibido la información que marqué debajo:	
Mi médico no me dijo: ☐ Redes del plan de salud. Los planes de salud en los cuales mi médico está en red. ☐ Afiliaciones a hospitales. Hospitales con los cuales está conectado mi médico. ☐ Costo de servicios disponibles. Que el monto que mi médico me facturará está disponible si pregunto. ☐ Servicios de hospital. Mi médico programó una cita para que me atendiera otro médico en el hospital y no me dijo el nombre, especialidad, dirección, número de teléfono del otro médico ni cómo determinar si el otro médico está en la red de mi plan de salud.	
Mi hospital no publicó en el sitio web: ☐ Costes. Una lista de los costes o cómo obtener la lista. ☐ Redes del plan de salud. Los planes de salud en los cuales el hospital está en red. ☐ Servicios de médicos en el hospital. Que los servicios prestados por médicos en el hospital no están incluidos en los costes del hospital; que los médicos pueden o no estar en las mismas redes de planes de salud que el hospital; y que yo debería preguntar al médico que organiza mis servicios hospitalarios si el médico está en la red de mi plan de salud. ☐ Médicos que pueden prestar atención. El nombre, dirección y número de teléfono de los grupos de médicos que tienen contrato con el hospital para prestar servicios como anestesiología, patología o radiología y cómo contactar a estos grupos para determinar si están en la red de mi plan de salud. ☐ Médicos empleados por el hospital. El nombre, dirección y número de teléfono de los médicos empleados por el hospital para tratar pacientes y los planes de atención sanitaria en los cuales están en red.	
En cuanto a los materiales de registro o admisión para los servicios hospitalarios que no son de emergencia, mi Hospital: ☐ no me dijo que contactara a mi médico. No me dijo que consulte con el médico que organizaba mis servicios hospitalarios para determinar: (1) el nombre, nombre de especialidad, domicilio y número de teléfono de cualquier otro médico que se le pidiera que sea mi médico tratante; (2) si se prevé que me traten los médicos empleados o contratados por el hospital. ☐ médicos en red. No me dijo cómo averiguar si los médicos que son empleados del hospital (como anestesiología, patología y radiología) están en la red de mi plan de salud.	
10. CONSENTIMIENTO DEL PACIENTE para divulgar los registros médicos para la resolución independiente de disputas.	
Al firmar esta solicitud, autorizo a mi plan de salud y proveedores a divulgar todos los registros relevantes médicos o de tratamientos relacionados a la IDR, incluyendo cualquier información relacionada al VIH, información sobre	

tratamientos de salud mental, información sobre tratamientos por trastorno de abuso de sustancias, a la entidad de la IDR. Entiendo que la entidad de IDR usará esta información únicamente para tomar una decisión sobre la disputa y que la información será confidencial y no se divulgará a nadie más. Este permiso de divulgación es válido por un año. Puedo revocar mi consentimiento en cualquier momento, salvo si se han tomado medidas al respecto, contactando al Departamento de Servicios de Financieros del estado de Nueva York por escrito. Reconozco que la decisión de la IDR es vinculante.

Firma del paciente (o del representante del paciente que puede prestar consentimiento para la divulgación de los registros médicos del paciente. Si un padre firma en nombre de un menor, indique la edad del niño. Si firma un tutor o albacea, incluya una prueba de su nombramiento).

Firma:		
Nombre en letra de imprenta:		Fecha: