নিউ ইয়র্ক স্টেটের নেটওয়ার্ক বহির্ভূত আকস্মিক চিকিৎসার বিল বরাদ্দ করার সুবিধার ফর্ম

আপনি অকস্মাৎ স্বাস্থ্য পরিচর্যা পরিষেবার কোনও বিল পেলে এবং পরিষেবাগুলি নেটওয়ার্কের অন্তর্ভুক্ত বলে বিবেচনা করা হোক চাইলে এই ফর্মটি ব্যবহার করুন। এই ফর্মটি ব্যবহার করতে আপনার যা যা করা আবশ্যক: (1) সেটি পূরণ ও স্বাক্ষর করা; (2) আপনার স্বাস্থ্য পরিচর্যা প্রদানকারীর কাছে একটি প্রতিলিপি পাঠানো (বিলটির বা বিলগুলির একটি প্রতিলিপি অন্তর্ভুক্ত করা); এবং (3) বিমাকারীর কাছে একটি প্রতিলিপি পাঠানো (বিলটির বা বিলগুলির একটি প্রতিলিপি অন্তর্ভুক্ত করা)। আপনি এতি একটি আকস্মিক বিল কিনা না জানলে আর্থিক পরিষেবা বিভাগের সঙ্গে 1-800-342-3736 নম্বরে যোগাযোগ করুন।

আকস্মিক বিল তখনই হবে যখন:

1. আপনি এমন কোনও অংশগ্রহণকারী নন এমন চিকিৎসকের কাছে এমন কোনও অংশগ্রহণকারী হাসপাতাল বা ভ্রাম্যমাণ শল্যচিকিৎসা কেন্দ্রে পরিষেবা নেবেন যেখানে কোনও অংশগ্রহণকারী চিকিৎসককে পাওয়া যায়নি; অথবা অংশগ্রহণকারী নন এমন চিকিৎসকের যে ব্যবস্থা করা হয়েছিল তা আপনার জানা ছিল না; অথবা পরিষেবা প্রদানের সময় পূর্বাভাস পাওয়া যায়নি এমন পরিস্থিতির উদ্ভব হয়েছিল। আপনি কোনও অংশগ্রহণকারী চিকিৎসকের বদলে কোনও অংশগ্রহণকারী নন এমন চিকিৎসকের কাছে চিকিৎসা প্রাপ্ত করা বেছে নেননি; অথবা

2. আপনাকে একজন অংশগ্রহণকারী চিকিৎসকের দ্বারা কোনও অংশগ্রহণকারী নন এমন প্রদানকারীর কাছে প্রেরণ করা হয়েছিল, কিন্তু আপনি এমন কোনও লিখিত সম্মতিতে স্বাক্ষর করেননি যে আপনি জানতেন যে পরিষেবাটি নেটওয়ার্ক বহির্ভূত এবং তার ফলে আপনার বিমাকারীর দ্বারা আওতাভুক্ত নয় এমন খরচ উপস্থিত হবে। কোনও রেফারেল করা হয় যখন: (1) আপনার অংশগ্রহণকারী চিকিৎসকের সঙ্গে সাক্ষাতের সময় একজন অংশগ্রহণকারী নন এমন প্রদানকারী আপনার চিকিৎসা করেন; অথবা (2) আপনার অংশগ্রহণকারী চিকিৎসক দপ্তরে আপনার থেকে একটি নমুনা নিলেন এবং সেটিকে কোনও আপনার অংশগ্রহণকারী নন এমন পরীক্ষাগার বা রোগনির্ণয়কারীর কাছে পাঠালেন; অথবা (3) অন্য কোনও স্বাস্থ্য পরিচর্যা পরিশেবার জন্য যেখানে আপনার প্ল্যানের অধীনে রেফারেলের প্রয়োজন রয়েছে।

আমি আমার প্রদানকারীর উপর আমার অর্থপ্রদানের অধিকার বরাদ্দ করছি এবং আমার সেরা জ্ঞান অনুসারে শংসিত করছি যে:

আমি (বা আমার উপর নির্ভরশীল কেউ) কোনও স্বাস্থ্য পরিচর্যা প্রদানকারীর কাছ থেকে একটি আকস্মিক বিল পেয়েছি/পেয়েছেন। আমি চাই যে আমার প্রদানকারী এই বিলের অর্থ আমার বিমা কোম্পানির থেকে চেয়ে নিন (এতি একটি "বরাদ্দকরণ")। আমি চাই যে আমার বিমাকারী আমি বা আমার উপর নির্ভরশীল কেউ আমার স্বাস্থ্যবিমার অধীনে আওতাভুক্ত যে স্বাস্থ্য পরিচর্যা পরিষেবা পেয়েছি/পেয়েছেন তার অর্থ যেন প্রদানকারীকে প্রদান করেন। আমি বা আমার উপর নির্ভরশীল কেউ কোনও অংশগ্রহণকারী প্রদানকারী ব্যবহার করে থাকলে আমার বরাদ্দকরণের সঙ্গে, প্রদানকারী আমার থেকে প্রদেয় হওয়া কোনও সহ-অর্থপ্রদান, সহ-বিমা বা বিয়োগ ছাড়া অর্থ চাইতে পারেন না। আমার বিমাকারী পরিষেবার জন্য আমাকে অর্থপ্রদান করে থাকলে আমি সেই প্রদত্ত অর্থ প্রদানকারীর কাছে পাঠাতে সম্মত।

রোগীর নাম: _____

রোগীর ঠিকানা: _____

বিমাকারীর নাম:

_____

রোগীর বিমা আইডি নং: _____

প্রদানকারীর নাম: _____ **প্রদানকারীর টেলিফোন নম্বর:** _____

প্রদানকারীর ঠিকানা:

_____

পরিষেবার তারিখ:

_____

এমন কোনো ব্যক্তি যিনি জ্ঞাতসারে ও উদ্দেশ্যপ্রণোদিতভাবে কোনো বিমা কোম্পানির সঙ্গে প্রতারণা করেন অথবা অন্য কোনো ব্যক্তি বস্তুগতভাবে কোনো মিথ্যা তথ্যপূর্ণ অথবা বিভ্রান্তির উদ্দেশ্য নিয়ে তৎপ্রতি কোনো প্রকৃত উপাদান সংক্রান্ত তথ্য গোপন করে বিমার আবেদন বা দাবিপত্র দায়ের করেন, তিনি একটি বিমা জালিয়াতির কাজ করবেন, যা একটি অপরাধ, এবং যা অনধিক পাঁচ হাজার ডলার ও এরকম প্রতিটি লঙ্ঘনের জন্য দাবির ঘোষিত মূল্য-পরিমাণ দেওয়ানি জরিমানা সাপেক্ষ হবে।

_____ _____

(রোগীর স্বাক্ষর) (স্বাক্ষর করার তারিখ)