

## 紐約州網絡外巨額醫療賬單福利委托表

如果您收到醫療保健服務的巨額賬單，並希望此服務按網路內服務執行，請使用此表格。要使用此表格，您必須：（1）填寫並簽署；（2）將副本發送至您的醫療保健供應商（包括帳單副本）；（3）將副本發送至您的保險公司（包括帳單副本）。如果您不確定這是否為巨額帳單，請撥打 1-800-342-3736 聯絡財政服務部 (Department of Financial Services)。

### 以下情況會產生巨額賬單：

1. 您在參與您保險的醫院或門診手術中心接受了由非參與您保險的醫師為您提供的服務，因為當時參與您保險的醫師無法為您服務；或非參與您保險的醫師在您不知曉的情況下提供了服務；或在提供服務時有無法預知的醫療情況發生。您並未選擇拒絕可以為您服務的參與您保險的醫師而接受非參與您保險的醫師提供服務；或
2. 參與您保險的醫師將您轉介至一個非參與您保險的供應商，但是您沒有簽署書面同意，表示您知曉這些服務將列為網路外並且產生保險公司支付範圍之外的費用。轉介發生於：（1）在參與您保險的醫師服務期間，非參與您保險的供應商接待您；或（2）參與您保險的醫師在辦公室採集了您的樣本並送至非參與您保險的實驗室或病理學家處；或（3）作為任何其他醫療保健服務，根據您的計畫要求轉介時。

---

### 我將我的權利委托給我的供應商，我保證知曉以下資訊：

我（或我的受贍養者）收到一份來自醫療保健供應商的巨額帳單。我希望供應商向保險公司要求支付此帳單（這是一種「委托」）。我希望我的醫療保險公司為我或受贍養者接受的，所有我保險計畫承保的醫療保健服務向供應商支付費用。有此委托之後，供應商不得要求我支付任何費用，除非是如果我或者受贍養人使用了參與保險的供應商產生的任何共付額、共保額或自付額。如果我的保險公司將服務費用支付給我，我同意將其轉付給供應商。

患者姓名: \_\_\_\_\_

患者住址: \_\_\_\_\_

保險公司名稱: \_\_\_\_\_

患者保險 ID 號碼: \_\_\_\_\_

供應商名稱: \_\_\_\_\_ 供應商聯繫方式: \_\_\_\_\_

供應商地址: \_\_\_\_\_

服務日期: \_\_\_\_\_

任何人在知曉情況下仍故意向保險公司或他人書面申請保險或者含有重大虛假資訊索賠聲明，或者以誤導為目的，隱瞞任何事實材料中的資訊，將構成保險詐騙的犯罪行為，並對於每次此類違規追究不超過五千萬美元的民事罰款和索賠金額。

\_\_\_\_\_  
(患者簽名)

\_\_\_\_\_  
(簽署日期)