

뉴욕 주 네트워크 외부에서 발생한 예상치 못한 의료비 청구에 대한 혜택 양도서

의료 서비스에 대한 예상치 못한 청구서를 받았으며, 이 청구서가 네트워크 내에서 처리되기를 원하는 경우 이 양식을 사용하십시오. 이 양식을 사용하기 위해, 귀하는 (1) 양식을 작성하고 서명하십시오. (2) 양식 사본의 귀하의 의료 서비스 제공자에게 발송하십시오(청구서 사본 포함). (3) 보험 회사에 양식 사본을 보내십시오(청구서 사본 포함). 예상치 못한 청구서인지 여부를 모르는 경우 재무과 1-800-342-3736번으로 문의하십시오.

예상치 못한 청구서에 해당하는 경우:

1. 네트워크 참여 병원이나 외래 수술 센터에 참여 의사가 없는 상태에서 비 참여 의사의 서비스를 받았거나, 비 참여 의사가 귀하에게 통지하지 않고 서비스를 제공한 경우, 또는 서비스 제공 시점에 예기치 못한 의료 상황이 발생한 경우. 사용 가능한 참여 의사가 아닌 비 참여 의사로부터 서비스를 받을 것을 선택하지 않은 경우.

2. 참여 의사로부터 비 참여 의사를 소개받았지만, 서비스가 네트워크 외부에 있으며, 비용이 보험으로 처리되지 않는다는 점을 알고 서면 동의서에 서명하지 않은 경우. 의뢰 행위가 발생하는 경우: (1) 귀하가 진료를 위해 참여 의사를 방문하는 동안 비 참여 의료 제공자가 귀하를 치료한 경우, (2) 참여 의사가 진료실에서 귀하로부터 표본을 채취하여 비 참여 실험실이나 병리학자에게 보낸 경우, (3) 귀하의 플랜에 따라 의뢰가 필요한 다른 의료 서비스를 받은 경우.

본인은 본인의 지불 권리를 본인의 서비스 제공자에게 양도하며 본인은 다음 사항을 확인합니다.

본인 (또는 본인의 부양 가족)은 의료 서비스 제공자로부터 예상치 못한 청구서를 받았습니다. 본인은 서비스 제공자가 본인의 보험 회사에 이 청구서의 지불을 요청하기를 원합니다(이 과정이 "양도 과정"입니다). 본인인 본인의 건강 보험 회사가 본인의 건강 보험에 따라 보장되는 본인 또는 본인의 부양 가족이 받은 의료 서비스에 대해 그 제공자에게 비용을 지불하기를 바랍니다. 본인의 양도를 통해 의료 서비스 제공자는 본인 또는 본인의 부양 가족이 참여 제공자를 사용한 경우, 지불해야 하는 공동 부담금, 공동 보험금 또는 공제 금액을 제외하고는 본인에게 비용을 청구할 수 없습니다. 보험 회사가 서비스 비용을 본인에게 지불하면 서비스 제공자에게 지불액을 송금할 것에 동의합니다.

환자 이름: _____

환자 주소: _____

보험회사 이름: _____

환자 보험 ID 번호: _____

서비스 제공자 이름: _____ 제공자 전화번호: _____

의료 서비스 제공자 주소: _____

의료 서비스 제공 날짜: _____

고의로 보험 회사 또는 다른 사람으로부터 사취하기 위해 거짓 정보를 담고 있는 보험 신청서 또는 청구서를 제출하거나, 사실 관련 자료의 정보를 오도하기 위해 숨기거나, 보험 사기 행위를 실행하는 사람은 범죄 행위로 처벌을 받으며, 5천 달러 이하의 벌금과 해당 위반 행위로 청구된 금액에 대한 부과 대상이 됩니다.

(환자 서명)

(서명 날짜)