Formularz przeniesienia świadczeń z tytułu niespodziewanego rachunku za opiekę medyczną wykonaną poza siecią w stanie Nowy Jork

Skorzystaj z tego formularza, jeśli otrzymasz niespodziewany rachunek za opiekę zdrowotną i chcesz, aby usługa ta była traktowana jako usługa świadczona w ramach sieci. Aby skorzystać z formularza należy: (1) wypełnić go i podpisać; (2) wysłać kopię do swojego zakładu opieki zdrowotnej (załączyć kopię rachunku lub rachunków); i (3) wysłać kopię do swojego ubezpieczyciela (dołączyć kopię rachunku lub rachunków). Jeśli nie wiesz, czy jest to rachunek niespodziewany, skontaktuj się z Działem Usług Finansowych pod numerem 1-800-342-3736.

Niespodziewany rachunek wystawiany jest w przypadku, gdy:
1. Otrzymałeś/aś usługi od nieuczestniczącego w sieci lekarza w uczestniczącym w sieci szpitalu lub ambulatoryjnym ośrodku zabiegowym, w którym lekarz uczestniczący w sieci nie był dostępny; lub bez Twojej wiedzy usługi świadczył nieuczestniczący w sieci lekarz; lub w momencie świadczenia usług powstały nieprzewidziane okoliczności medyczne. Nie wybrałeś/aś skorzystania z usług nieuczestniczącego w sieci lekarza zamiast usług dostępnego lekarza uczestniczącego w sieci; LUB

2. Otrzymałeś/aś skierowanie od lekarza uczestniczącego w sieci do nieuczestniczącego w sieci zakładu opieki zdrowotnej, ale nie podpisałeś/aś pisemnej zgody potwierdzającej, że wiesz o tym, że usługi będą świadczone poza siecią i że w związku z tym koszty nie zostaną pokryte przez ubezpieczyciela. Skierowanie występuje, gdy: (1) podczas wizyty u uczestniczącego w sieci lekarza bada cię lekarz nieuczestniczący w sieci, lub (2) Twój lekarz uczestniczący w sieci pobiera materiał do badania i przesyła go do badania do nieuczestniczącego w sieci laboratorium lub specjalisty w zakresie diagnostyki laboratoryjnej, lub (3) wymagane jest świadczenie innych usług opieki zdrowotnej zgodnie z Twoim planem leczenia.

Przenoszę moje prawa do płatności na mój zakład opieki zdrowotnej i zaświadczam zgodnie z moją najlepszą wiedzą, że: Otrzymałem/am (lub osoba ode mnie zależna otrzymała) niespodziewany rachunek od zakładu opieki zdrowotnej. Chcę, aby zakład opieki zdrowotnej wystąpił o płatność za ten rachunek do mojej firmy ubezpieczeniowej (jest to „przeniesienie"). Chcę, aby mój ubezpieczyciel zapłacił zakładowi opieki zdrowotnej za wszelkie usługi opieki zdrowotnej objęte moim ubezpieczeniem zdrowotnym, które otrzymałem/am lub które otrzymała zależna ode mnie osoba. Wraz z tym przeniesieniem zakład opieki zdrowotnej nie może ubiegać się o płatność ode mnie, z wyjątkiem wszelkich kosztów współfinansowania, współubezpieczenia lub odliczenia, które byłyby należne, jeśli ja lub osoba ode mnie zależna skorzystalibyśmy z usług zakładu opieki zdrowotnej uczestniczącego w sieci. Jeśli mój ubezpieczyciel zapłacił mi za usługi, zgadzam się przesłać płatność do zakładu opieki zdrowotnej.

Imię i nazwisko pacjenta: _____

Adres pacjenta: _____

Nazwa ubezpieczyciela: _____

Ubezpieczeniowy numer identyfikacyjny pacjenta: _____

Nazwa zakładu opieki zdrowotnej: _____ **Numer telefonu usługodawcy:** _____

Adres zakładu opieki zdrowotnej: _____

Data świadczenia usługi: _____

Każda osoba, która świadomie i z zamiarem oszukania firmy ubezpieczeniowej lub innej osoby składa zgłoszenie do ubezpieczenia lub pozew zawierający jakiekolwiek zasadniczo fałszywe informacje lub ukrywa informacje dotyczące jakichkolwiek istotnych faktów w celu wprowadzenia w błąd, dopuszcza się oszustwa ubezpieczeniowego , które jest przestępstwem, a także podlega karze cywilnej w wysokości nieprzekraczającej pięciu tysięcy dolarów i określonej wartości roszczenia za każde takie naruszenie.

_____ _____

(Podpis pacjenta) (Data podpisu)