

Форма уступки требования оплаты по неожиданному счету за внесетевые медицинские услуги в штате Нью-Йорк

Используйте данную форму, если вы получили неожиданный счет за медицинские услуги и желаете, чтобы данные услуги рассматривались в качестве сетевых. Чтобы воспользоваться данной формой, необходимо: (1) заполнить и подписать ее; (2) отправить один экземпляр вашему поставщику медицинских услуг (приложив копию счета или счетов); (3) отправить второй экземпляр в вашу страховую компанию (приложив копию счета или счетов). Если вы не уверены, является ли данный счет неожиданным, обратитесь в Управление финансовых услуг по номеру 1-800-342-3736.

Счет может считаться неожиданным в таких случаях:

1. Если вы обслуживались у не принимающего участие в программе страхования врача в лечебном учреждении или амбулаторном хирургическом центре, принимающем участие в программе страхования, когда принимающий участие врач был недоступен; если не принимающий участие в программе страхования врач предоставил вам услуги без вашего ведома; в случае возникновения непредвиденных медицинских обстоятельств в момент предоставления услуг. Вы не выбирали услуги не принимающего участие в программе врача вместо того, чтобы обслуживаться у принимающего участие врача; или
2. Если к не принимающему участие в программе врачу вас направил принимающий участие врач, но при этом вы не подписывали документ, подтверждающий ваше согласие на то, чтобы вам предоставлялись внесетевые услуги, затраты на которые не покрываются вашей страховой компанией. Факт направления имеет место: (1) если во время посещения вашего принимающего участие в программе врача вас обслуживает не принимающий участие в программе поставщик услуг; или (2) если принимающий участие в программе врач берет у вас анализы в своем кабинете и направляет их на исследование в лабораторию или патоморфологу, не принимающим участие в программе; или (3) при получении любых других медицинских услуг, если при этом согласно условиям вашего плана страхования необходима выдача направления.

Уступаю право оплаты своему поставщику медицинских услуг и подтверждаю, что на основании известной мне информации:

Я (или находящееся у меня на иждивении лицо) получил(а) неожиданный счет от поставщика медицинских услуг. Я поручаю поставщику услуг обратиться в мою страховую компанию с требованием оплаты данного счета (это является «уступкой»). Я желаю, чтобы моя медицинская страховая компания оплатила поставщику стоимость всех медицинских услуг, предоставленных мне или лицу, находящемуся у меня на иждивении, которые покрываются моим страховым планом. В результате совершения мною данной уступки поставщик не может обращаться ко мне с требованием оплаты кроме случаев оплаты сумм в рамках сострахования, совместных платежей или франшиз, возникших в результате использования мною или лицом, находящимся у меня на иждивении, услуг поставщика, являющегося участником программы. Если моя страховая компания оплатит мне стоимость услуг, я обязуюсь выплатить данную сумму поставщику.

Ф. И. О. пациента: _____

Адрес пациента: _____

Название страховой компании: _____

Идентификационный страховой номер пациента: _____

Название поставщика услуг: _____ Номер телефона поставщика услуг: _____

Адрес поставщика: _____

Дата предоставления услуг: _____

Если лицо подает заявление о предоставлении страхового покрытия или исковое заявление, содержащее в значительной степени ложную информацию, осознанно и с намерением обмануть страховую компанию или другое лицо, или умалчивает любую информацию, касающуюся важных фактов, с целью введения в заблуждение, такие действия считаются страховым мошенничеством и носят преступный характер, по отношению к которым применяется гражданско-правовая санкция в сумме, не превышающей пять тысяч долларов и заявленной суммы иска по каждому такому факту нарушения.

(Подпись пациента)

(Дата подписания)