

طلب مريض ولاية نيويورك لتسوية المنازعات المستقلة (آني دي آر)

لخدمات الطوارئ والفواتير المفاجئة

إذا كنت غير مؤمن عليه ، أو لديك تغطية تأمين صحي من خلال صاحب العمل والتأمين الذاتي لصاحب العمل ، يمكنك الاعتراض على: (1) فاتورة لخدمات الطوارئ ، بما في ذلك خدمات المرضى الداخليين بعد زيارة غرفة الطوارئ ؛ أو (2) فاتورة مفاجئة لخدمات الطبيب في مستشفى أو مركز جراحي متنقل إذا لم يقدم لك مزودك جميع المعلومات المطلوبة حول رعايتك الصحية. أكمل هذا النموذج وأرسله إلى دائرة الخدمات المالية في ولاية نيويورك، لعناية/ وحدة مساعدة المستهلك / إجراءات تسوية المنازعات المستقلة (آني دي آر)، ون كوميرس بلازا ، ألباني ، نيويورك 12257. اتصل بالرقم (800) 3736-342 أو أرسل بريدًا إلكترونيًا إلى JDRquestions@dfs.ny.gov للحصول على المساعدة أو للإستفسار.

لا تحتاج إلى إكمال هذا النموذج إذا كان لديك تغطية من خلال صندوق المرضى (اتش.أم.أو) أو شركة تأمين تخضع لقانون نيويورك (سيظهر من بطاقة هوية التأمين الصحي الخاصة بك كلمة "مؤمن بالكامل") أو للتغطية ذاتية التأمين التي يتم تجديدها في وبعد 1 من شهر (يناير) عام 2022م. إذا تلقيت فاتورة لخدمات الطوارئ أو فاتورة مفاجئة ، فاتصل بخطة الرعاية الصحية أو صاحب العمل للحصول على تغطية التأمين الذاتي. سيتعين عليك فقط دفع تقاسم التكلفة داخل الشبكة.

لا تحتاج إلى إكمال هذا النموذج إذا تلقيت التقدير حسن النية من مزود الخدمة الخاص بك حول تكاليف علاجك ، ويقوم مقدم الخدمة الخاص بك بفواتير لك بما لا يقل عن 400 دولار أكثر من تقدير حسن النية. يمكنك رفع نزاع بين المريض والمزود بموجب قانون عدم المفاجآت الفيدرالي. سيتعين عليك دفع رسوم لا تزيد عن 25 دولارًا. ويرجى زيارة الموقع CMS.gov/nosurprises لمزيد من المعلومات.

أكمل ما يلي:			
1. معلومات المريض			
			الإسم:
			العنوان:
		رقم معرف الخطة الصحية:	الهاتف:
			البريد الإلكتروني:
2. معلومات خطة الرعاية الصحية (إن وجدت)			
			الإسم:
			العنوان:
		الهاتف:	الفاكس:
3. معلومات المزود			
			الإسم:
			العنوان:
		الهاتف:	الفاكس:
		<input type="checkbox"/> خدمات الطوارئ بما في ذلك خدمات المرضى الداخليين بعد زيارة غرفة الطوارئ <input type="checkbox"/> فاتورة مفاجئة للخدمات غير الطارئة	
		4. ما نوع الفاتورة التي تعترض عليها (حدد واحدة):	
		5. تاريخ (تواريخ) الخدمة:	
		6. الرسوم التي يتقاضاها المزود: (أرفق نسخة من الفاتورة)	
		7. المبلغ المدفوع من خطتك الصحية (إن وجد): أرفق نسخة من الإشعار أو الرفض (إن وجد).	
		8. رسوم آني دي آر (حدد واحدا):	
		<input type="checkbox"/> أوافق على دفع رسوم آني دي آر التي تصل إلى 495 دولارًا أمريكيًا إذا قرر آني دي آر أن رسوم مزود الخدمة الخاصة بي معقولة. إذا كانت هناك تسوية بيني وبين المزود ، فأنا أوافق على دفع نصف رسوم آني دي آر. (إذا قرر آني دي آر أن رسوم مزود الخدمة الخاص بك غير معقولة ، فسوف يدفع مزود الخدمة الخاص بك رسوم آني دي آر.)	
		<input type="checkbox"/> دفع رسوم آني دي آر يمثل ضائقة مالية بالنسبة لي. يبلغ دخل أسري _____ دولارًا أمريكيًا وعدد أفراد الأسرة هو: _____ (أرفق نسخًا من إيصال الدفع الأخيرة لأسرتك.)	

9. أكمل لفواتير المفاجأة فقط

أكمل هذا القسم إذا تلقيت فاتورة مفاجئة لخدمات الطبيب غير الطارئة في مستشفى أو مركز جراحي متنقل. (حدد أي معلومات لم تتلقاها)

أقر بأنني لم أتلق المعلومات التي راجعتها أدناه:

لم يخبرني طبيبي:

- شبكات الخطط الصحية. الخطط الصحية التي يعمل فيها طبيبي داخل الشبكة.
- انتماءات المستشفى. المستشفيات التي يرتبط بها طبيبي.
- تكلفة الخدمات المتاحة. أن المبلغ الذي سيفوتره طبيبي متاح لي إذا طلبت منه ذلك.
- خدمات المستشفيات. حدد طبيبي موعداً لطبيب آخر ليعالجني في المستشفى ولم يخبرني باسم الطبيب الآخر وممارسته وعنوانه ورقم هاتفه وكيفية تحديد ما إذا كان الطبيب الآخر في شبكة خطتي الصحية.

لم ينشر مستشفى على موقعه الإلكتروني:

- الرسوم. قائمة رسومها أو كيفية الحصول على القائمة.
- شبكات خطة الصحة. الخطط الصحية التي يوجد بها المستشفى داخل الشبكة
- خدمات الأطباء في المستشفى. أن الخدمات التي يقدمها الأطباء في المستشفى ليست مشمولة في رسوم المستشفى ؛ أن الأطباء قد يكونون أو لا يكونون في نفس شبكات الخطة الصحية مثل المستشفى ؛ وأن أسأل الطبيب الذي يرتب خدمات المستشفى إذا كان الطبيب في شبكة خطتي الصحية.
- الأطباء الذين يمكنهم تقديم الخدمات. الاسم والعنوان ورقم الهاتف لمجموعات الأطباء التي تعاقدت معها المستشفى لتقديم خدمات مثل التخدير أو الباثولوجي أو الأشعة وكيفية الاتصال بهذه المجموعات لتحديد ما إذا كانت في شبكة خطتي الصحية.
- الأطباء المعينين بالمستشفى. اسم وعنوان ورقم هاتف الأطباء المعينين في المستشفى لعلاج المرضى وخطط الرعاية الصحية التي يكونون فيها داخل الشبكة.

في مواد التسجيل أو القبول لخدمات المستشفى غير الطارئة ، لم يقم مستشفى بما يلي:

- لم يخبرني بالاتصال بطبيبي. لم يخبرني أن أتحدث مع الطبيب الذي يرتب خدمات المستشفى الخاصة بي لتحديد: (1) اسم واسم العيادة والعنوان ورقم الهاتف لأي طبيب آخر سيطلب منه طبيبي علاجي ؛ و (2) ما إذا كان من المتوقع أن يعالجني الأطباء الذين يعملون أو يتعاقد معهم المستشفى.
- أطباء داخل الشبكة. لم يخبرني كيف أعرف ما إذا كان الأطباء العاملون بالمستشفى (مثل التخدير و الباثولوجي والأشعة) في شبكة خطتي الصحية.

10. موافقة المريض على إصدار السجلات الطبية لتسوية المنازعات المستقلة

من خلال التوقيع على هذا الطلب ، أفوض خطتي الصحية ومقدمي الخدمات لإصدار جميع السجلات الطبية أو العلاجية المتعلقة بـ أي دي آر ، بما في ذلك أي معلومات متعلقة بفيروس نقص المناعة البشرية أو معلومات علاج الصحة العقلية أو معلومات علاج اضطراب تعاطي المخدرات ، إلى كيان أي دي آر. أفهم أن كيان أي دي آر سيستخدم هذه المعلومات فقط لاتخاذ قرار بشأن النزاع وسيتم الحفاظ على سرية المعلومات ولن يتم إصدارها لأي شخص آخر. هذا الإصدار صالح لمدة عام واحد. يجوز لي إلغاء موافقتي في أي وقت ما ، باستثناء الحد الذي تم فيه اتخاذ إجراء اعتماداً عليها ، من خلال الاتصال بدائرة الخدمات المالية في ولاية نيويورك كتابياً. أقر بأن قرار أي دي آر ملزم.

توقيع المريض (أو توقيع ممثل المريض الذي يمكنه الموافقة على إصدار السجلات الطبية للمريض. إذا قام أحد الوالدين بالتوقيع نيابة عن طفل قاصر ، فأشر إلى عمر الطفل. وإذا وقع الوصي أو المنفذ ، فأرفق طيه ما يثبت الموعد.):

التوقيع:

إطبع الاسم:

التاريخ: