

জরুরি পরিষেবা এবং সারপ্রাইজ বিলগুলির জন্য স্বাধীন বিরোধ নিষ্পত্তির (IDR) জন্য নিউইয়র্ক স্টেট রোগীর আবেদন।

আপনি যদি বীমাকৃত না হন, অথবা আপনার নিয়োগকর্তা এবং আপনার নিয়োগকর্তার স্ব-বীমার মাধ্যমে আপনার স্বাস্থ্য বীমা কভারেজ থাকে, তাহলে আপনি বিরোধ করতে পারেন: (1)এমারজেন্সি রুম পরিদর্শনের পরে ইনপেশেন্ট পরিষেবা সহ জরুরি পরিষেবাগুলির জন্য একটি বিল; অথবা (2) একটি হাসপাতাল বা অ্যাম্বুলেটরি সার্জিক্যাল সেন্টারে চিকিৎসক পরিষেবার জন্য একটি সারপ্রাইজ বিল যদি আপনার প্রদানকারী আপনাকে আপনার পরিচর্যা সম্পর্কে প্রয়োজনীয় সমস্ত তথ্য না দেয়। এই ফর্মটি পূরণ করুন এবং এটিকে নিউ ইয়র্ক স্টেট ডিপার্টমেন্ট অভ ফাইন্যান্সিয়াল সার্ভিসেস পাঠান, মনোযোগ দিন: Consumer Assistance Unit/IDR Process, One Commerce Plaza, Albany, NY 12257. সাহায্য বা প্রশ্নের জন্য (800) 342-3736 নম্বরে কল করুন বা IDRquestions@dfs.ny.gov তে ইমেল করুন.

NY আইনের অধীনে আপনার যদি HMO বা বীমাকারীর মাধ্যমে কভারেজ থাকে (আপনার স্বাস্থ্য বীমা আইডি কার্ডে "সম্পূর্ণ বীমাকৃত" বলা হবে) অথবা 1 জানুয়ারী, 2022-এ এবং তার পরে পুনর্নবীকরণ করা স্ব-বীমাকৃত কভারেজের জন্য আপনাকে এই ফর্মটি পূরণ করতে হবে না। আপনি যদি জরুরী পরিষেবার জন্য একটি বিল বা একটি আশ্চর্যজনক বিল পান, তাহলে স্ব-বীমা কভারেজের জন্য আপনার স্বাস্থ্য পরিকল্পনা বা আপনার নিয়োগকর্তার সাথে যোগাযোগ করুন। আপনাকে শুধুমাত্র আপনার নেটওয়ার্ক-ভুক্ত খরচের ভাগ দিতে হবে।

আপনি যদি আপনার চিকিৎসার খরচ সম্পর্কে আপনার প্রদানকারীর কাছ থেকে একটি ভালো বিশ্বাসের অনুমান পেয়ে থাকেন এবং আপনার প্রদানকারী আপনাকে এমন পরিমাণ বিল দেয় যা সর্বদা বিশ্বাসের অনুমানের চেয়ে কমপক্ষে \$400 বেশি হয় তাহলে আপনাকে এই ফর্মটি পূরণ করতে হবে না। ফেডারেল নো সারপ্রাইজ অ্যাক্টের অধীনে রোগী-প্রদানকারীর বিরোধ ফাইল করুন। আপনাকে \$25 এর অনধিক ফি দিতে হবে। আরো তথ্যের জন্য, ny.gov/getthevaxfacts দেখুন।

নিম্নলিখিতগুলি সম্পূর্ণ করুন

1. রোগীর তথ্য

নাম:			
ঠিকানা:			
হেলথ প্ল্যান আইডি নম্বর:		ফোন:	
ইমেল অ্যাড্রেস:			

2. হেলথ প্ল্যান তথ্য (প্রযোজ্য হলে)

নাম:			
ঠিকানা:			
ফোন:		ফ্যা ক্স:	

3. প্রদানকারীর তথ্য

নাম:			
ঠিকানা:			
ফোন:		ফ্যা ক্স:	

4. আপনি কোন ধরনের বিল নিয়ে বিরোধ করছেন (একটিতে টিক দিন):

- জরুরি পরিষেবা এমারজেন্সি রুমে পরিদর্শন করার পরে ইনপেশেন্ট পরিষেবা সহ
- সারপ্রাইজ বিল নন-এমারজেন্সি পরিষেবাগুলির জন্য

5. পরিষেবার তারিখ(গুলি):		পরিষেবার স্থান:	
6. প্রদানকারীর চার্জ করা ফি: (বিলের একটি কপি সংযুক্ত করুন)		\$	
7. আপনার হেলথ প্ল্যানের প্রদত্ত রাশি (যদি থাকে): নোটিশ বা অস্বীকারের একটি কপি সংযুক্ত করুন (প্রযোজ্য হলে)।		\$	
8. IDR ফি (একটিতে টিক দিন):	<input type="checkbox"/> যদি IDR নির্ধারণ করে যে আমার প্রদানকারীর ফি যুক্তিসঙ্গত তাহলে আমি \$495 পর্যন্ত IDR ফি দিতে সম্মত। যদি আমার এবং প্রদানকারীর মধ্যে একটি মীমাংসা হয়, আমি IDR ফি এর অর্ধেক দিতে সম্মত। (যদি IDR নির্ধারণ করে যে আপনার প্রদানকারীর ফি যুক্তিসঙ্গত নয়, তাহলে আপনার প্রদানকারী IDR ফি প্রদান করবে।)		
	<input type="checkbox"/> IDR ফি পরিশোধ করা আমার কাছে আর্থিকভাবে কষ্টসাধ্য। আমার পারিবারিক আয় \$ _____ এবং আমার পরিবারের সদস্য সংখ্যা হল: _____ (আপনার পরিবারের সাম্প্রতিকতম বেতন স্টাবগুলির কপি সংযুক্ত করুন।)		
9. শুধুমাত্র সারপ্রাইজ বিলের জন্য সম্পূর্ণ করুন			
আপনি যদি হাসপাতাল বা অ্যাম্বুলারি সার্জিক্যাল সেন্টারে অ-জরুরী চিকিৎসক পরিষেবাগুলির জন্য একটি সারপ্রাইজ বিল পেয়ে থাকেন তবে এই বিভাগটি সম্পূর্ণ করুন। (আপনি পাননি এমন কোনো তথ্যেটিক দিন)			
আমি প্রত্যায়িত করছি যে আমি নীচে টিক দেওয়া তথ্য পাইনি:			
আমার চিকিৎসক আমাকে বলেননি:			
<input type="checkbox"/> হেলথ প্ল্যান নেটওয়ার্ক। হেলথ প্ল্যান যেটিতে আমার চিকিৎসক নেটওয়ার্ক-ভুক্ত আছেন। <input type="checkbox"/> হাসপাতালের অধিভুক্তি। যে হাসপাতালের সাথে আমার চিকিৎসক যুক্ত আছেন। <input type="checkbox"/> উপলব্ধ পরিষেবাগুলির খরচ। আমার চিকিৎসক আমাকে যে পরিমাণ অর্থের বিল করবেন তা আমি চাইলে পাওয়া যায়। <input type="checkbox"/> হাসপাতাল পরিষেবা। আমার চিকিৎসক হাসপাতালে আমাকে চিকিৎসা করার জন্য অন্য একজন চিকিৎসককে নির্ধারিত করেছেন এবং অন্য চিকিৎসকের নাম, অনুশীলন, ঠিকানা, ফোন নম্বর এবং অন্য চিকিৎসক আমার হেলথ প্ল্যানের নেটওয়ার্কে আছেন কিনা তা কীভাবে নির্ধারিত হবে তা আমাকে বলেননি।			
আমার হাসপাতাল তার ওয়েবসাইটে পোস্ট করেনি:			
<input type="checkbox"/> চার্জ। এর চার্জ বা তালিকা কিভাবে পাওয়া যাবে। <input type="checkbox"/> হেলথ প্ল্যান নেটওয়ার্ক। যে হেলথ প্লানে হাসপাতালটি নেটওয়ার্কের মধ্যে রয়েছে। <input type="checkbox"/> হাসপাতালে চিকিৎসকদের সেবা। হাসপাতালের চিকিৎসকদের দ্বারা প্রদত্ত পরিষেবাগুলি হাসপাতালের চার্জের অন্তর্ভুক্ত নয়; চিকিৎসকরা হাসপাতালের মতো একই হেলথ প্ল্যান নেটওয়ার্কে থাকতে পারেন বা নাও থাকতে পারেন; এবং যে চিকিৎসক আমার হেলথ প্ল্যানের নেটওয়ার্কে আছেন কিনা তা আমার হাসপাতালের পরিষেবার ব্যবস্থা করা চিকিৎসককে জিজ্ঞাসা করতে হবে। <input type="checkbox"/> চিকিৎসক যিনি পরিষেবা প্রদান করতে পারেন অ্যানেস্থেসিওলজি, প্যাথলজি, বা রেডিওলজির মতো পরিষেবা প্রদানের জন্য হাসপাতালের চিকিৎসক গোষ্ঠীগুলির নাম, ঠিকানা এবং ফোন নম্বর এবং তারা আমার হেলথ প্ল্যানের নেটওয়ার্কে আছে কিনা তা নির্ধারণ করতে এই গোষ্ঠীগুলির সাথে কীভাবে যোগাযোগ করতে হবে। <input type="checkbox"/> হাসপাতাল দ্বারা নিযুক্ত চিকিৎসকগণ। রোগীদের চিকিৎসার জন্য হাসপাতালের নিযুক্ত চিকিৎসকদের নাম, ঠিকানা এবং ফোন নম্বর এবং তারা যে হেলথ প্ল্যানের মধ্যে নেটওয়ার্কে রয়েছে।			

অ-জরুরী হাসপাতালের পরিষেবাগুলির জন্য নিবন্ধন বা ভর্তির উপকরণগুলিতে আমার হাসপাতাল এটি করেনি:

- আমার চিকিৎসকের যোগাযোগ আমাকে বলুন। আমার হাসপাতাল পরিষেবাগুলির ব্যবস্থা করা চিকিৎসকের যাচাই আমাকে বলুন: (1) নাম, অনুশীলনের নাম, ঠিকানা, এবং অন্য যে কোন চিকিৎসকদের ফোন নম্বর যাকে আমার চিকিৎসক আমার চিকিৎসা করতে বলবেন; এবং (2) হাসপাতালের দ্বারা নিযুক্ত বা চুক্তিবদ্ধ চিকিৎসকরা আমার চিকিৎসা করবেন কিনা।
- নেটওয়ার্ক অন্তর্ভুক্ত চিকিৎসকগণ। হাসপাতালের কর্মচারী (যেমন অ্যানেস্থেসিওলজি, প্যাথলজি এবং রেডিওলজি) চিকিৎসকরা আমার হেলথ প্ল্যান নেটওয়ার্কে আছেন কিনা তা কীভাবে খুঁজে বের করবেন তা আমাকে বলুন।

10. স্বাধীন বিরোধ নিষ্পত্তির জন্য মেডিকেল রেকর্ড প্রকাশ করতে রোগীর সম্মতি

এই আবেদনে স্বাক্ষর করে, আমি আমার হেলথ প্ল্যান এবং পরিষেবা প্রদানকারীদের IDR-এর সাথে সম্পর্কিত সমস্ত প্রাসঙ্গিক চিকিৎসাগত এবং চিকিৎসার রেকর্ড প্রকাশ করার অনুমতি দিচ্ছি, তাতে এইচআইভি-সংক্রান্ত তথ্য, মানসিক স্বাস্থ্য চিকিৎসা তথ্য, অথবা মাদক পদার্থ ব্যবহারের ব্যাধি সংক্রান্ত চিকিৎসা সংক্রান্ত তথ্য IDR সত্তার কাছে প্রকাশ করার অনুমোদন দিচ্ছি। আমি বুঝেছি যে IDR সত্তা শুধুমাত্র বিরোধের ব্যাপারে একটি সিদ্ধান্ত নেওয়ার জন্য এই তথ্য ব্যবহার করবে এবং এই তথ্য গোপনীয় রাখা হবে এবং কারও কাছে প্রকাশ করা হবে না। এই প্রকাশ এক বছরের জন্য বৈধ। আমি যে কোনও সময় নিউ ইয়র্ক স্টেট আর্থিক পরিষেবা বিভাগের কাছে লিখিতভাবে যোগাযোগ করে আমার সম্মতি প্রত্যাহার করতে পারি, এর উপর নির্ভর করে নেওয়া পদক্ষেপের পরিসরে ছাড়া। আমি স্বীকার করি যে IDR এর সিদ্ধান্ত আমি মেনে চলতে বাধ্য।

রোগীর স্বাক্ষর (বা রোগীর প্রতিনিধি যিনি রোগীর মেডিকেল রেকর্ড প্রকাশে সম্মতি দিতে পারেন। যদি একজন অভিভাবক একটি নাবালক সন্তানের জন্য স্বাক্ষর করেন, তবে সন্তানের বয়স নির্দেশ করুন। যদি একজন অভিভাবক বা নির্বাহক স্বাক্ষর করেন, তবে অ্যাপয়েন্টমেন্টের প্রমাণ অন্তর্ভুক্ত করুন।):

স্বাক্ষর:	
নাম লিখুন:	তারিখ: