

DOMANDA PER I PAZIENTI PER LA RISOLUZIONE DELLE CONTROVERSIE INDIPENDENTI (IDR) DELLO STATO DI NEW YORK NEI SERVIZI DI EMERGENZA E LE SPESE INASPETTATE

Se non sei assicurato o la tua assicurazione sanitaria è coperta dal tuo datore di lavoro e il datore di lavoro è autoassicurato, puoi contestare: (1) Una spesa per i servizi di emergenza, compresi i servizi interni dopo visita in Pronto Soccorso; o (2) una spesa inaspettata per i servizi ospedalieri o in un centro ambulatoriale chirurgico se il tuo fornitore di servizi non ti ha dato tutte le informazioni richieste sulla tua assistenza. Compilare il presente modulo e inviarlo al Dipartimento dei Servizi Finanziari dello Stato di New York, all'attenzione di: Consumer Assistance Unit/IDR Process, One Commerce Plaza, Albany, NY 12257. Chiamare l'(800) 342-3736 o inviare un'email a IDRquestions@dfs.ny.gov per supporto o domande.

Non è necessario compilare il modulo se la tua assicurazione sanitaria è attraverso un HMO o un assicuratore soggetto alla legge di NY (il tuo cartellino di assicurazione sanitaria riporta "pienamente assicurato") o per la copertura autoassicurativa rinnovata il o dopo l'1 gennaio 2022. Se ricevi una fattura per servizi di emergenza o per una spesa inaspettata, contatta la tua assistenza sanitaria o il tuo datore di lavoro per la copertura autoassicurativa. Dovrai solo pagare la tua compartecipazione al network.

Non è necessario compilare il modulo se hai ricevuta una stima in buona fede dal tuo fornitore di servizi sul costo del trattamento e il tuo fornitore ti ha emesso una fattura di almeno \$400 più della stima in buona fede. Presenta una contestazione paziente-fornitore secondo il No Surprises Act Federale. Dovrai pagare una tassa di non più di \$25. Per maggiori informazioni, visita [CMS.gov/nosurprises](https://www.cms.gov/nosurprises).

COMPILARE			
1. Informazioni Paziente			
Nome:			
Indirizzo:			
Numero Assistenza sanitaria:		Telefono:	
Email:			
2. Informazioni Assistenza Sanitaria (Se Applicabile)			
Nome:			
Indirizzo:			
Telefono:		Fax:	
3. Informazioni Fornitore di Servizi			
Nome:			
Indirizzo:			
Telefono:		Fax:	
4. Quale tipo di fatture contesti (scegliere una voce):	<input type="checkbox"/> Servizi di Emergenza compresi i servizi interni dopo visita al Pronto Soccorso <input type="checkbox"/> Spesa Inaspettata per Servizi in Non Emergenza		
5. Data(e) di Servizio:		Luogo di Servizio:	
6. Tariffa applicata dal fornitore: (allegare una copia della fattura)	\$		

7. Importo pagato dalla tua assistenza sanitaria (se presente): Allegare una copia dell'avviso o rifiuto (se applicabile).		\$ _____
8. Tariffa IDR (Scegliere una voce):	<input type="checkbox"/> Accetto di pagare la tariffa IDR fino a \$495 se l'IDR stabilisce che la tariffa del mio fornitore è ragionevole. In caso di accordo tra me e il fornitore, accetto di pagare metà della tariffa IDR. (Se l'IDR stabilisce che la tariffa del tuo fornitore non è ragionevole, il tuo fornitore pagherà la tariffa IDR.)	
	<input type="checkbox"/> Il pagamento della tariffa IDR rappresenta una difficoltà per me. Il mio reddito è di \$ _____ e il numero delle persone nella mia famiglia è di: _____ (Allegare le copie delle matrici di pagamento più recenti della famiglia.)	
9. COMPILARE SOLO PER LE SPESE INASPETTATE		
Compilare questa sezione se hai ricevuto una fattura inaspettata per servizi non di emergenza in un ospedale o centro chirurgico ambulatoriale. (Controlla tutte le informazioni non ricevute)		
Attesto che non ho ricevuto informazioni come sotto:		
Il mio medico ospedaliero non mi ha detto:		
<input type="checkbox"/> I Network di Assistenza sanitaria. La rete di assistenza sanitaria di cui il mio medico fa parte		
<input type="checkbox"/> Le Affiliazioni Ospedaliere. Gli ospedali con cui il mio medico è collegato.		
<input type="checkbox"/> Il Costo dei Servizi Disponibili. Che l'importo che il mio medico mi addebiterà è disponibile su richiesta.		
<input type="checkbox"/> I Servizi Ospedalieri. Il mio medico ha programmato un altro medico per visitarmi in ospedale e non mi ha detto il nome, l'ambulatorio, l'indirizzo, il numero di telefono dell'altro medico e come capire se l'altro medico è nel network della mia assistenza sanitaria.		
Il mio ospedale non ha pubblicato sul suo sito web:		
<input type="checkbox"/> Le tariffe. Un elenco delle tariffe o come reperirle.		
<input type="checkbox"/> I Network di Assistenza Sanitaria. La rete di assistenza sanitaria di cui l'ospedale fa parte.		
<input type="checkbox"/> I Servizi del Medico in Ospedale. Che i servizi forniti dal medico in ospedale non sono inclusi nelle tariffe ospedaliere; che i medici possono o non possono essere nello stesso network di assistenza sanitaria dell'ospedale; e che avrei dovuto chiedere al medico che ha programmato i miei servizi in ospedale se il medico era nel mio network di assistenza sanitaria.		
<input type="checkbox"/> I Medici che Potevano Fornire i Servizi. Il nome, l'indirizzo e il numero di telefono dei gruppi di medici che lavorano in ospedale per servizi quali anestesiologia, patologia o radiologia e come contattarli per sapere se sono nel mio network di assistenza sanitaria.		
<input type="checkbox"/> I Medici dell'Ospedale. Il nome, l'indirizzo e il numero di telefono dei medici che possano visitare i pazienti e il network di assistenza sanitaria di cui fanno parte.		
Nella registrazione o accettazione per i servizi ospedalieri non di emergenza il mio Ospedale non ha:		
<input type="checkbox"/> Detto di Contattare il mio Medico. Detto di controllare con il medico che ha programmato i miei servizi ospedalieri: (1) il nome, l'ambulatorio, l'indirizzo e il numero di telefono degli altri medici a cui sarà chiesto di visitarmi e (2) se i medici dell'ospedale sanno di dovermi visitare.		
<input type="checkbox"/> Medici del Network. Detto di controllare se i medici dell'ospedale (in anestesiologia, patologia e radiologia) sono nel network della mia assistenza sanitaria.		
10. CONSENSO DEL PAZIENTE per i registri medici per la risoluzione delle controversie indipendenti		
Firmando la presente domanda, autorizzo la mia assistenza sanitaria e i fornitori di servizi al trattamento dei dati medici rilevanti per l'IDR, compreso le informazioni relative all'HIV, le informazioni di trattamento della salute mentale o di dipendenza da sostanze, all'ente IDR. Comprendo che l'ente IDR utilizzerà queste informazioni		

esclusivamente per deliberare sulla controversia e le informazioni resteranno confidenziali e non saranno rese pubbliche. Il trattamento dei dati è valido per un anno. Posso revocare il mio consenso in ogni momento, eccetto finchè non è stata intrapresa azione, scrivendo al Dipartimento dei Servizi Finanziari dello Stato di New York. Riconosco eh la decisione dell'IDR è vincolante.

Firma del Paziente (o di chi fa le veci del paziente che può dare il consenso al rilascio dei dati medici del paziente. In caso di firma del genitore di figlio minore, indicare l'età del minore. In caso di firma da parte di affidatario o esecutore, allegare prova della nomina.):

Firma:

**Nome
stampatello:**

Data: