

뉴욕주 응급 서비스 및 과다 청구서(Surprise bills)에 대한 독립 분쟁 해결(Independent Dispute Resolution, IDR)

환자 신청서

귀하가 보험에 들지 않은 경우, 또는 고용주를 통해 건강 보험에 가입했고 고용주는 자가 건강 보험이 있는 경우, 다음에 대한 이의를 제기할 수 있습니다. (1) 응급실 방문 후 입원환자 서비스를 포함한 응급 서비스에 대한 청구서; 또는 (2) 귀하의 의료 기관이 귀하의 치료에 대해 필요한 모든 정보를 제공하지 않은 경우, 병원 또는 외래 수술 센터의 의사 서비스에 대한 과다 청구서. 이 양식을 작성하여 뉴욕주 금융 서비스부(Department of Financial Services)로 보내주십시오. 주의: Consumer Assistance Unit/IDR Process, One Commerce Plaza, Albany, NY 12257. 도움이 필요하거나 질문이 있는 경우 전화 (800) 342-3736 또는 이메일 IDRquestions@dfs.ny.gov로 연락바랍니다.

HMO 또는 NY 법의 적용을 받는 보험사를 통해 보장을 받는 경우 (건강 보험 ID 카드에 "fully insured"이라고 표시됨) 또는 2022년 1월 1일 이후에 갱신되는 자가 보험 보장을 받는 경우, 이 양식을 작성할 필요가 없습니다. 응급 서비스에 대한 청구서나 과다 청구서를 받은 경우 의료 보험사나 고용주에게 연락하여 자가 보험 혜택을 받으십시오. 네트워크 내 비용 부담금만 지불하면 됩니다.

의료 기관으로부터 귀하의 치료 비용에 대한 예상 견적을 받았고 의료 기관이 해당 견적보다 최소 \$400 더 많은 금액을 청구하는 경우, 이 양식을 작성할 필요가 없습니다. 연방 과다 청구 금지법에 따라 환자-의료 기관 이의 제기서를 제출하십시오. \$25 이하의 수수료를 지불해야 합니다. 자세한 내용은 [CMS.gov/nosurprises](https://www.cms.gov/nosurprises)에서 확인하십시오.

다음을 작성하십시오			
1. 환자 정보			
이름:			
주소:			
의료 보험 ID 번호:		전화:	
이메일 주소:			
2. 의료 보험 정보 (해당되는 경우)			
이름:			
주소:			
전화:		팩스:	
3. 의료 기관 정보			
이름:			
주소:			
전화:		팩스:	
4. 어떤 유형의 청구서에 이의를 제기하고 있습니까 (하나만 선택):	<input type="checkbox"/> 긴급 서비스 응급실 방문 후 입원환자 서비스 포함 <input type="checkbox"/> 과다 청구서 비용급 서비스에 대해 발생함		
5. 서비스 날짜:		서비스 장소:	

6. 의료 기관이 청구하는 수수료: (청구서 사본 첨부)	\$
7. 귀하의 의료 보험에서 지불한 금액 (있는 경우): 통지 또는 거부 사본을 첨부하십시오. (해당되는 경우)	\$
8. IDR 수수료 (하나만 선택):	<input type="checkbox"/> 본인은 IDR에서 의료 기관의 수수료가 합당하다고 판단하는 경우, IDR 수수료를 최대 \$495까지 지불하는 데 동의합니다. 나와 의료 기관 사이에 조정이 있는 경우, IDR 수수료의 절반을 지불하는 데 동의합니다. (IDR이 귀하의 의료 기관의 수수료가 합리적이지 않다고 판단하면, 의료 기관이 IDR 수수료를 지불할 것입니다.)
	<input type="checkbox"/> IDR 수수료 지불은 저에게 재정적 부담입니다. 저의 가구 소득은 \$_____ 이고 가족 구성원의 수는 _____ 명입니다. (가구의 가장 최근 급여 명세서 사본을 첨부하십시오.)
9. 과다 청구서의 경우만 작성	
병원이나 외래 수술 센터에서 비응급 의사 서비스에 대한 과다 청구서를 받은 경우 이 섹션을 작성하십시오. (받지 못한 정보는 모두 체크)	
본인은 아래 체크 표시한 정보를 받지 못했음을 증언합니다.	
담당 의사는 나에게 다음에 대해 말하지 않았습니다. <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> 의료 보험 네트워크. 담당 의사가 속한 네트워크의 의료 보험. <input type="checkbox"/> 병원 제휴. 담당 의사가 연결된 병원. <input type="checkbox"/> 이용 가능한 서비스 비용. 요청할 경우 담당 의사의 예상 청구 비용을 확인 가능하다는 사실. <input type="checkbox"/> 병원 서비스. 담당 의사는 다른 의사가 병원에서 나를 치료하도록 예약했지만 해당 의사의 이름, 진료과, 주소, 전화번호, 그리고 해당 의사가 내 의료 보험 네트워크에 있는지 확인하는 방법을 알려주지 않았습니다. 	
병원 측은 웹사이트에 다음을 게시하지 않았습니다. <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> 요금. 요금 목록 또는 목록을 얻는 방법. <input type="checkbox"/> 의료 보험 네트워크. 병원이 속한 네트워크의 의료 보험. <input type="checkbox"/> 병원의 의사 서비스. 병원의 의사가 제공하는 서비스는 병원 비용에 포함되지 않는다는 사실. 의사가 병원과 동일한 의료 보험 네트워크에 있을 수도 있고 아닐 수도 있다는 사실. 그리고 병원 서비스를 주선하는 의사에게 나의 건강 플랜 네트워크에 해당 의사가 속해 있는지 물어보아야 한다는 사실. <input type="checkbox"/> 서비스를 제공할 수 있는 의사. 병원이 마취, 병리학 또는 방사선과와 같은 서비스를 제공하기 위해 계약한 의사 그룹의 이름, 주소 및 전화번호와 이러한 그룹에 연락하여 해당 그룹이 내 건강 플랜의 네트워크에 속해 있는지 확인하는 방법. <input type="checkbox"/> 병원에 고용된 의사. 환자를 치료하기 위해 병원에서 고용한 의사의 이름, 주소, 전화번호 및 의사가 속한 네트워크에 해당하는 의료 계획. 	
비응급 병원 서비스에 대한 등록 또는 입원 자료에서, 병원 측은 다음을 하지 않았습니다. <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> 나에게 담당 의사에게 연락하도록 고지하지 않음. 내 병원 서비스를 주선하는 의사에게 연락하여 다음을 확인하라고 나에게 알려주지 않음. (1) 담당 의사가 나를 치료하도록 요청할 다른 의사의 이름, 진료소명, 주소 및 전화번호 (2) 나를 치료할 의사가 병원에 고용된 의사인지 계약된 의사인지에 대한 예상 여부. 	

네트워크에 속한 의사. 병원 직원인 의사(마취학, 병리학 및 방사선과)가 내 의료 보험 네트워크에 포함되어 있는지 확인하는 방법을 알려주지 않음.

10. 독립 분쟁 해결을 위한 의료 기록 공개에 대한 환자의 동의

이 신청서에 서명함으로써, 본인은 의료 보험 및 의료 기관이 HIV 관련 정보, 정신 건강 치료 정보 또는 약물 남용 장애 치료 정보를 포함하여 IDR과 관련된 모든 관련 의료 또는 치료 기록을 IDR 기관에 공개하는 것을 승인합니다. 본인은 IDR 기관이 이 정보를 분쟁에 대한 결정을 내리는 데만 사용할 것이며, 정보가 기밀로 유지되고 다른 사람에게 공개되지 않을 것임을 이해합니다. 이 공개는 1년 동안 유효합니다. 본인은 동의에 따라 이미 조치를 취한 경우를 제외하고 언제든지 뉴욕주 금융 서비스부에 서면으로 연락하여 동의를 철회할 수 있습니다. 본인은 IDR의 결정이 구속력을 가지고 있음을 인정합니다.

환자 서명 (또는 환자의 의료 기록 공개에 동의할 수 있는 환자의 대리인. 부모가 미성년 자녀를 대리하여 서명하는 경우, 자녀의 나이를 기입하십시오. 후견인이나 유언집행인이 서명하는 경우, 지명의 증거를 포함하십시오.):

서명:		
이름 (정자로 기입):		날짜: