

**FORMULARZ WNIOSKU PACJENTA STANU NOWY JORK O NIEZALEŻNE ROZSTRZYGNIĘCIE SPORU
(IDR – INDEPENDENT DISPUTE RESOLUTION) W ZAKRESIE WYŚWIADCZONYCH USŁUG RATOWNICTWA
MEDYCZNEGO I NIESPODZIEWANYCH RACHUNKÓW**

Jeśli nie jesteś ubezpieczony/a lub posiadasz ubezpieczenie zdrowotne u swojego pracodawcy, a pracodawca ubezpiecza się samodzielnie, możesz zakwestionować: (1) rachunek za świadczone usługi ratownictwa medycznego, w tym hospitalizację po pobycie w izbie przyjęć; lub (2) niespodziewane rachunki za świadczenia lekarskie w szpitalu lub ambulatoryjnym ośrodku chirurgicznym, jeśli usługodawca nie udzielił Ci wszystkich wymaganych informacji na temat Twojej opieki lekarskiej. W celu uzyskania pomocy lub odpowiedzi na pytania wypełnij ten formularz i wyślij go do Departamentu Usług Finansowych Stanu Nowy Jork, na adres: Consumer Assistance Unit/IDR Process, One Commerce Plaza, Albany, NY 12257, dzwoniąc pod numer (800) 342-3736 lub drogą elektroniczną na adres IDRquestions@dfs.ny.gov.

Nie musisz wypełniać tego formularza, jeśli masz ubezpieczenie za pośrednictwem prywatnej organizacji ochrony zdrowia (HMO) lub ubezpieczyciela podlegającego prawu stanu Nowy Jork (na karcie ubezpieczenia zdrowotnego będzie napisane „pełen zakres ubezpieczenia”) lub w przypadku ubezpieczenia samodzielnego, które odnawia się 1 stycznia 2022 lub później. Jeśli otrzymasz rachunek za świadczone medyczne usługi ratownictwa medycznego lub niespodziewany rachunek, skontaktuj się ze swoim Planem Opieki Zdrowotnej lub pracodawcą, aby uzyskać ubezpieczenie samodzielne. Wówczas uregulowaniu będzie podlegała jedynie część kosztów za skorzystanie ze świadczeń zrzeczonych.

Nie musisz wypełniać tego formularza, jeśli otrzymałeś/łaś od swojego świadczeniodawcy wstępną szacunkową wycenę świadczeń lekarskich, a świadczeniodawca obciąży Cię kwotą o co najmniej 400 USD wyższą niż ta wycena wstępna. Załóż wówczas spór między pacjentem a świadczeniodawcą zgodnie z federalną ustawą o przeciwdziałaniu niespodziewanym kosztom (Federal No Surprises Act). Będziesz musiał/a uiścić opłatę nie wyższą niż 25 USD. Aby uzyskać więcej informacji, odwiedź stronę [CMS.gov/nosurprises](https://www.cms.gov/nosurprises).

WYPEŁNIJ PONIŻSZY FORMULARZ			
1. Dane pacjenta			
Nazwisko:			
Adres:			
Nr ident. Planu Opieki Zdrowotnej:		Nr telefonu:	
Adres email:			
2. Dane Planu Opieki Zdrowotnej (jeśli dotyczy)			
Nazwa:			
Adres:			
Nr telefonu:		Faks:	
3. Dane świadczeniodawcy			
Nazwa:			
Adres:			
Nr telefonu:		Faks:	
4. Jaki rodzaj rachunku kwestionujesz (zaznacz jeden):	<input type="checkbox"/> Ratownictwo medyczne w tym hospitalizacja po pobycie na izbie przyjęć <input type="checkbox"/> Niespodziewany rachunek za świadczenia lekarskie niezwiązane z ratownictwem		
5. Data świadczenia usług:		Miejsce świadczenia usług:	
6. Kwota rachunku wystawionego przez świadczeniodawcę: (załącz kopię rachunku)	USD		

7. Kwota pokryta przez Twój Plan Opieki Zdrowotnej (jeśli dotyczy): Załącz kopię zawiadomienia lub odmowy (jeśli dotyczy).	USD
8. Koszty IDR (zaznacz jedną z opcji):	<input type="checkbox"/> Wyrażam zgodę na pokrycie kosztów IDR do 495 USD, jeśli IDR uzna, że koszty naliczone przez mojego świadczeniodawcę są uzasadnione. Jeśli dojdzie do ugody między mną a świadczeniodawcą, zgadzam się zapłacić połowę opłaty IDR. (Jeśli IDR ustali, że koszty Twojego świadczeniodawcy nie są uzasadnione, Twój świadczeniodawca pokryje opłatę IDR.)
	<input type="checkbox"/> Uiszczenie opłaty IDR jest dla mnie kłopotem finansowym. Przychody w moim gospodarstwie domowym wynoszą USD _____ a liczba osób zamieszkujących w moim gospodarstwie domowym to: _____ (Załącz kopie ostatnich odcinków wypłat osób z Twojego gospodarstwa domowego.)
9. WYPEŁNIJ TYLKO W PRZYPADKU NIESPODZIEWANYCH RACHUNKÓW	
Wypełnij tę rubrykę, jeśli otrzymałeś/łaś niespodziewany rachunek za świadczenia lekarskie w szpitalu lub ambulatoryjnym ośrodku chirurgicznym. (Zaznacz wszelkie informacje, których nie otrzymałeś/łaś)	
Oświadczam, że nie otrzymałem/łam informacji, które zaznaczyłem/łam poniżej:	
Mój lekarz nie powiedział mi o: <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Zrzeszonych Planach Opieki Zdrowotnej. O Planie Opieki Zdrowotnej, w którym pracuje mój lekarz, należy do zrzeszenia. <input type="checkbox"/> Przynależności do szpitala. O szpitalach, z którymi związany jest mój lekarz. <input type="checkbox"/> Kosztach dostępnych świadczeń. O tym, że otrzymam informacje o kosztach leczenia, jeśli zapytam. <input type="checkbox"/> Świadczonych usług szpitalnych. Mój lekarz przydzielił innego lekarza, aby leczył mnie w szpitalu, i nie podał mi jego nazwiska, gabinetu, adresu, numeru telefonu ani danych do ustalenia, czy ten lekarz jest zrzeszony w moim Planie Opieki Zdrowotnej. 	
Na swojej stronie internetowej mój Szpital nie zamieścił następujących informacji: <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Kosztów. Cennika oraz jak uzyskać do niego wgląd. <input type="checkbox"/> Informacji o zrzeszeniach Planów Opieki Zdrowotnej. O Planie Opieki Zdrowotnej, do którego należy szpital. <input type="checkbox"/> Usług świadczonych przez lekarzy w szpitalu. O tym, że usługi świadczone przez lekarzy w szpitalu nie są wliczane do opłat szpitalnych, że lekarze mogą, ale nie muszą należeć do tego samego zrzeszenia Planów Opieki Zdrowotnej, co szpital oraz że powinienem/powinnam zapytać lekarza organizującego zakres świadczeń dla mnie w szpitalu, czy jest należy on do zrzeszenia mojego Planu Opieki Zdrowotnej. <input type="checkbox"/> O lekarzach mogących udzielać świadczeń. Nazwiska, adresy i numery telefonu grup lekarzy, z którymi szpital zawarł umowę na udzielanie świadczeń, takich jak anestezjologia, patologia lub radiologia, oraz sposób kontaktowania się z tymi grupami w celu ustalenia, czy są one zrzeszone w moim Planie Opieki Zdrowotnej. <input type="checkbox"/> O lekarzach zatrudnionych przez szpital. Nazwiska, adresy i numery telefonu lekarzy zatrudnionych przez szpital do leczenia pacjentów oraz Planu Opieki Zdrowotnej, w których są zrzeszeni. 	
W dokumentach rejestracyjnych lub przyjęcia w celu udzielenia świadczeń innych niż nagłe mój szpital nie uwzględnił <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Nie powiedziano mi, żebym skontaktowałam/a się z moim lekarzem. Nie powiedziano mi, abym skontaktowałam/a się z lekarzem organizującym świadczenia szpitalne w celu ustalenia: (1) nazwisk, nazw gabinetu, adresów i numerów telefonu wszelkich innych lekarzy, którzy zostaną poproszeni przez mojego lekarza o świadczenie mi opieki lekarskiej oraz (2) czy mają mnie leczyć lekarze zatrudnieni przez szpital lub mający podpisaną umowę ze szpitalem. <input type="checkbox"/> Lekarzy zrzeszonych. Nie powiedziano mi, jak dowiedzieć się, czy lekarze, którzy są pracownikami szpitala (np. anestezjodzy, patolodzy i radiolodzy) są zrzeszeni w moim Planie Opieki Zdrowotnej. 	

10. ZGODA PACJENTA na udostępnienie dokumentacji medycznej do niezależnego rozstrzygnięcia sporu

Podpisując ten wniosek, upoważniam mój plan opieki zdrowotnej i świadczeniodawców do udostępnienia podmiotowi IDR wszelkiej istotnej dokumentacji medycznych lub dotyczącej leczenia, w tym wszelkich informacji związanych z wirusem HIV, informacji o leczeniu zdrowia psychicznego lub informacji o leczeniu zaburzeń związanych z nadużywaniem substancji odurzających. Rozumiem, że podmiot IDR wykorzysta te informacje wyłącznie do podjęcia decyzji w sprawie sporu, a informacje te będą traktowane poufnie i nie zostaną ujawnione stronom trzecim. Wydana dokumentacja zachowa ważność przez jeden rok. Mogę odwołać swoją zgodę w dowolnym momencie, z wyjątkiem działań podejmowanych na jej podstawie, kontaktując się na piśmie z Departamentem Usług Finansowych Stanu Nowy Jork. Przyjmuję do wiadomości, że decyzja IDR jest wiążąca.

Podpis pacjenta lub przedstawiciela pacjenta, który może wyrazić zgodę na udostępnienie dokumentacji medycznej pacjenta. Jeżeli rodzic podpisze się za małoletnie dzieckiem, należy podać wiek dziecka. Jeśli podpisze opiekun lub kurator, dołącz dowód pełnomocnictwa):

Podpis:		
Czytelny podpis:		Data: