

## ЗАЯВЛЕНИЕ ПАЦИЕНТА НА НЕЗАВИСИМОЕ РАЗРЕШЕНИЕ СПОРОВ (IDR) ПО ПОЛУЧЕНИЮ УСЛУГ НЕОТЛОЖНОЙ ПОМОЩИ И СЧЕТАМ НА ОПЛАТУ ОСТАТКА СУММЫ ("СЧЕТОВ-СЮРПРИЗОВ") В ШТАТЕ НЬЮ-ЙОРК

Если вы не застрахованы или у вас оформлена медицинская страховка через вашего работодателя, и ваш работодатель самостоятельно страхует вас, вы можете оспорить: (1) счет за услуги неотложной помощи, включая услуги, предоставленные в стационарном учреждении, после посещения отделения неотложной помощи; или (2) "счет-сюрприз" за услуги врача в больнице или амбулаторном хирургическом центре, если ваш поставщик не предоставил вам всю необходимую информацию об оказываемой помощи. Заполните эту форму и отправьте ее в Департамент финансовых услуг штата Нью-Йорк, Кому: Отдел помощи потребителям/Процесс IDR, One Commerce Plaza, Albany, NY 12257. Позвоните по телефону (800) 342-3736 или напишите на электронную почту [IDRquestions@dfs.ny.gov](mailto:IDRquestions@dfs.ny.gov), чтобы получить помощь или задать вопросы.

Вам не нужно заполнять эту форму, если у вас есть страховка СМО или страховщика в соответствии с законодательством штата Нью-Йорк (на вашей идентификационной карте медицинского страхования будет указано "полностью застрахован") или в случае наличия страхового покрытия, которое продлевается с 1 января 2022 года и после этой даты. Если вы получаете счет за услуги неотложной помощи или "счет-сюрприз", обратитесь в свою программу медицинского обслуживания или к своему работодателю для получения страхового покрытия. Вам потребуется только оплатить совместные расходы в сети.

Вам не нужно заполнять эту форму, если вы получили от своего поставщика добросовестную оценку стоимости вашего лечения, и ваш поставщик выставляет вам счет на сумму, которая, как минимум, на 400 долларов больше, чем сумма добросовестной оценки. Зарегистрируйте спор между пациентом и поставщиком услуг в соответствии с Федеральным законом «О предотвращении неожиданностей». Вам придется заплатить комиссию в размере не более 25 долларов. Для получения дополнительной информации перейдите на страницу [CMS.gov/nosurprises](https://www.cms.gov/nosurprises).

<b>УКАЖИТЕ СЛЕДУЮЩУЮ ИНФОРМАЦИЮ</b>			
<b>1. Информация о пациенте</b>			
Имя:			
Адрес:			
Идентификационный номер программы медицинского обслуживания:		Телефон:	
Адрес электронной почты:			
<b>2. Информация о плане медицинского обслуживания (если применимо)</b>			
Имя:			
Адрес:			
Телефон:		Факс:	
<b>3. Информация о поставщике услуг</b>			
Имя:			
Адрес:			
Телефон:		Факс:	

<b>4. Какой тип счета вы оспариваете (отметьте один из пунктов):</b>	<input type="checkbox"/> <b>За услуги неотложной помощи</b> , включая услуги, оказанные в стационаре, после посещения отделения неотложной помощи <input type="checkbox"/> <b>"Счета-сюрпризы"</b> за Услуги, отличные от услуг неотложной помощи		
<b>5. Дата (даты) предоставления услуги:</b>		<b>Место предоставления услуги:</b>	
<b>6. Плата, взимаемая поставщиком услуг:</b> (приложите копию счета)		\$	
<b>7. Сумма, выплаченная по вашей программе медицинского обслуживания (если таковая имеется):</b> Приложите копию уведомления или отказа (если применимо).			\$
<b>8. IDR-сбор (отметьте один из пунктов):</b>	<input type="checkbox"/> Я согласен оплатить IDR-сбор в размере до 495 долларов США, если IDR определит, что сумма оплаты моего поставщика услуг является обоснованной. Если между мной и поставщиком услуг будет достигнуто соглашение, я согласен (согласна) оплатить половину IDR-сбора. (Если IDR определит, что сумма оплаты вашего поставщика услуг не является обоснованной, ваш поставщик услуг должен будет оплатить IDR-сбор самостоятельно.)		
<input type="checkbox"/> Оплата IDR-сбора для меня материально затруднительна. Мой доход на семью составляет \$ _____ и количество людей в моей семье составляет: _____ (Приложите копии последних платежных квитанций вашей семьи.)			
<b>9. ИНФОРМАЦИЯ УКАЗЫВАЕТСЯ ТОЛЬКО ПО "СЧЕТАМ-СЮРПРИЗАМ"</b>			
<b>Заполните этот раздел, если вы неожиданно получили счет за услуги врача, не требующие неотложной помощи, в больнице или амбулаторном хирургическом центре.</b> (проверьте любую информацию, которую вы не получили)			
<b>Я подтверждаю, что я не получал(а) информацию, указанную ниже:</b>			
<b>Мой врач не сказал мне:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> <b>Сети программы медицинского обслуживания</b> Программы медицинского обслуживания, в которых мой врач находится в сети.</li> <li><input type="checkbox"/> <b>Принадлежность к больнице.</b> Больницы, с которыми связан мой лечащий врач.</li> <li><input type="checkbox"/> <b>Стоимость доступных услуг.</b> Что сумма, которую мой врач выставит мне, если я попрошу, будет доступна для меня.</li> <li><input type="checkbox"/> <b>Больничные услуги.</b> Мой врач назначил другого врача для лечения меня в больнице и не сообщил мне имя другого врача, его специализацию, адрес, номер телефона и как определить, входит ли другой врач в сеть моей программы медицинского обслуживания или нет.</li> </ul>			
<b>Моя больница не размещала следующую информацию на своем веб-сайте:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> <b>Стоимость услуг.</b> Прейскурант на услуги или как его получить.</li> <li><input type="checkbox"/> <b>Сети программы медицинского обслуживания</b> Программы медицинского обслуживания, в которых моя больница находится в сети.</li> <li><input type="checkbox"/> <b>Услуги врачей в больнице.</b> Что услуги, предоставляемые врачами в больнице, не включены в стоимость услуг больницы; что врачи могут входить или не входить в те же сети программы медицинского обслуживания, что и больница; и что я должен (должна) спросить врача, организующего мои услуги в больнице, входит ли врач в сеть моей программы медицинского обслуживания или нет.</li> <li><input type="checkbox"/> <b>Врачи, которые могли бы оказывать услуги.</b> Имя, адрес и номер телефона врачей, с которыми больница заключила контракт на предоставление таких услуг, как анестезиология, патология или радиология, и как связаться с этими врачами, чтобы определить, входят ли они в сеть моей программы медицинского обслуживания.</li> </ul>			

- Врачи, нанятые больницей.** Имя, адрес и номер телефона врачей, нанятых больницей для лечения пациентов, а также программы медицинского обслуживания, в которых они находятся в сети.

**В регистрационных или приемных материалах в отношении услуг, не входящих в категорию неотложных, моя больница не:**

- указала, чтобы я связался с моим лечащим врачом.** указала, чтобы я проконсультировался с врачом, организующим мои услуги в больнице, чтобы определить: (1) имя, специализацию, адрес и номер телефона любых других врачей, к которым мой врач обращается с просьбой оказать мне медицинскую помощь; и (2) ожидается ли, что врачи, нанятые или заключившие контракт с больницей, будут лечить меня.
- Врачи внутри сети.** указала, как узнать, входят ли врачи, являющиеся сотрудниками больницы (например, анестезиологи, патологи и радиологи), в сеть моей программы медицинского обслуживания.

#### **10. СОГЛАСИЕ ПАЦИЕНТА на публикацию медицинских записей для независимого разрешения споров**

Подписывая это заявление, я разрешаю своей программе медицинского обслуживания и поставщикам медицинских услуг предоставлять все соответствующие записи о медицинских услугах или лечении, связанные с IDR, включая любую информацию, связанную с ВИЧ, информацию о лечении психического заболевания или информацию о лечении расстройств, связанных с употреблением психоактивных веществ, субъекту IDR. Я понимаю, что организация IDR будет использовать эту информацию исключительно для принятия решения по спору, и данная информация будет храниться в тайне и не будет передаваться никому другому. Данный документ действителен в течение одного года. Обратившись в Департамент финансовых услуг штата Нью-Йорк в письменной форме, я могу отозвать свое согласие в любое время, за исключением случаев, когда на его основании были приняты меры. Я признаю, что решение IDR является обязательным.

**Подпись пациента** (или представителя пациента, который может дать согласие на публикацию медицинской документации пациента. Если родитель расписывается за несовершеннолетнего ребенка, указывается возраст ребенка. Если подпись ставит опекун или исполнитель, приложите подтверждение о его назначении на эту роль):

<b>Подпись:</b>	
<b>Наименование печатными буквами:</b>	<b>Дата:</b>