

## ریاست نیو یارک ایمرجنسی سروسز اور غیر متوقع بلز کے لیے آزادانہ تنازعاتی حل (INDEPENDENT DISPUTE RESOLUTION, IDR) کے لیے مریض کی درخواست

اگر آپ بیمہ شدہ نہیں ہیں، یا آپ کے بیمہ صحت کی کوریج اپنے آجر کے ذریعے سے ہو اور آپ کا آجر اپنا بیمہ کروا لیتا ہے، تو درج ذیل سے آپ کا اختلاف ہو سکتا ہے: (1) ایمرجنسی سروسز، بشمول ایمرجنسی روم کا دورہ کرنے کے بعد ان پیشنٹ سروسز کے لیے بل؛ (2) کسی اسپتال یا ایمبولیٹری سرجیکل سینٹر میں معالج کی سروسز کے لیے اس صورت میں غیر متوقع بل، کہ اگر آپ کے فراہم کار نے آپ کی نگہداشت کے حوالے سے آپ کو تمام مطلوبہ معلومات فراہم نہ کی ہوں۔ یہ فارم مکمل کریں اور اسے ریاست نیو یارک کے محکمہ برائے مالیاتی سروسز (Department of Financial Services) کو ارسال کریں، توجہ فرمائیں: Consumer Assistance Unit/IDR Process, One Commerce Plaza, Albany, NY 12257۔ مدد درکار ہونے یا سوالات ہونے کی صورت میں 342-3736 (800) پر کال کریں یا [IDRquestions@dfs.ny.gov](mailto:IDRquestions@dfs.ny.gov) پر ای میل بھیجیں۔

HMO کی جانب سے کوریج ہونے یا بیمہ کار کے NY قانون کے تحت ہونے کی صورت میں (آپ کے بیمہ صحت کے ID کارڈ پر "مکمل طور پر بیمہ کردہ" ظاہر ہو گا) یا ازخود بیمہ شدہ ایسی کوریج کے لیے آپ کو اس فارم کو مکمل کرنے کی ضرورت نہیں، جس کی 1 جنوری 2022 کو یا اس کے بعد تجدید ہوتی ہو۔ اگر آپ کو ایمرجنسی سروسز کے لیے بل یا غیر متوقع بل موصول ہو، تو اپنے منصوبہ صحت، یا ازخود بیمہ شدہ کوریج کے لیے اپنے آجر سے رابطہ کریں۔ آپ کو صرف نیٹ ورک کے اندر اپنے لاگتی اشتراک کی ادائیگی کرنے پڑے گی۔

اگر اپنے آجر کی جانب سے اپنے علاج کے خرچ سے متعلق آپ کو نیک نیتی پر مبنی تخمینہ موصول ہوا ہو، اور آپ کا فراہم کار آپ کو نیک نیتی پر مبنی تخمینے سے کم از کم \$400 زائد بل بھیجے، تو اس صورت میں آپ کو یہ فارم مکمل کرنے کی ضرورت نہیں۔ وفاقی نو سرپرائزز ایکٹ کے تحت مریض کے فراہم کار سے تنازعے کا اندراج کروائیں۔ آپ کو زیادہ سے زیادہ \$25 فیس کی ادائیگی کرنی پڑے گی۔ مزید معلومات کے لیے، [CMS.gov/nosurprises](https://www.cms.gov/nosurprises) ملاحظہ کریں۔

درج ذیل کو مکمل کریں			
<b>1. مریض کی معلومات</b>			
نام:			
پتہ:			
منصوبہ صحت کا ID نمبر:		فون:	
ای میل ایڈریس:			
<b>2. (قابل اطلاق ہونے کی صورت میں) منصوبہ صحت کی معلومات</b>			
نام:			
پتہ:			
فون:		فیکس:	
<b>3. فراہم کار کی معلومات</b>			
نام:			
پتہ:			
فون:		فیکس:	
ایمرجنسی سروسز بشمول ایمرجنسی روم کے دورے کے بعد ان پیشنٹ سروسز		4. آپ کس قسم کے بل سے اختلاف کر رہے ہیں (ایک کو نشان زد کریں):	
غیر متوقع بل برائے غیر ایمرجنسی سروسز		<input type="checkbox"/>	
سروسز کی جگہ:		5. سروسز کی تاریخ (تاریخیں):	

	<p><b>6. فراہم کار کی جانب سے وصول کی جانے والی فیس: (بل کی ایک نقل منسلک کریں)</b></p> <p>\$</p>
<p>\$</p>	<p><b>7. آپ کے منصوبہ صحت کی جانب سے ادا کی جانے والی رقم (اگر کوئی ہو): (قابل اطلاق ہونے کی صورت میں) نوٹس یا استرداد کی ایک نقل منسلک کریں۔</b></p>
<p>اگر IDR یہ طے کرتا ہے کہ میرے فراہم کار کی فیس مناسب ہے تو میں \$495 تک IDR فیس کی ادائیگی پر رضامند ہوں۔ اگر میرے اور فراہم کار کے درمیان کوئی تصفیہ ہو جاتا ہے، تو میں نصف IDR فیس کی ادائیگی پر رضامند ہوں۔ (اگر IDR یہ طے کرتا ہے کہ آپ کے فراہم کار کی فیس مناسب نہیں ہے، تو IDR کی فیس آپ کا فراہم کار ادا کرے گا۔)</p>	<p><b>8. IDR فیس (ایک کو نشان زد کریں):</b></p>
<p>IDR فیس کی ادائیگی میرے لیے ایک مالی مشکل ہے۔ میری گھریلو آمدنی \$_____ ہے اور میرے افراد خانہ کی تعداد ہے: _____ (اپنے گھرانے کی حالیہ ترین بے اسٹبز کی نقول منسلک کریں۔)</p>	
<p><b>9. صرف غیر متوقع بلز کے لیے مکمل کریں</b></p>	
<p>اگر آپ کو کسی اسپتال یا ایمبولیٹری سرچیکل سینٹر میں کسی غیر ایمرجنسی معالج کی سروسز کے لیے غیر متوقع بل موصول ہوا ہو تو یہ سیکشن مکمل کریں۔ (کوئی بھی ایسی معلومات نشان زد کریں جو آپ کو موصول نہ ہوئی ہوں)</p>	
<p><b>میں تصدیق کرتا ہوں کہ مجھے وہ معلومات موصول نہیں ہوئیں جنہیں ذیل میں، میں نے نشان زد کیا ہے:</b></p>	
<p><b>میرے معالج نے درج ذیل سے متعلق مجھے آگاہ نہیں کیا:</b></p> <p><input type="checkbox"/> <b>منصوبہ صحت کے نیٹ ورکس۔</b> صحت کے وہ منصوبہ جات جن کے اندر میرا معالج اندرون نیٹ ورک ہے۔</p> <p><input type="checkbox"/> <b>اسپتالی الحاق۔</b> وہ اسپتال جن کے ساتھ میرا معالج وابستہ ہے۔</p> <p><input type="checkbox"/> <b>دستیاب سروسز کی لاگت۔</b> کہ وہ رقم جو میرا معالج مجھ سے بل کی صورت میں وصول کرے گا، میری درخواست پر وہ دستیاب ہے۔</p> <p><input type="checkbox"/> <b>اسپتالی سروسز۔</b> میرے معالج نے اسپتال میں میرے علاج کے لیے کسی دوسرے معالج کو متعین کیا ہے اور اس نے مجھے دوسرے معالج کا نام، پریکٹس، پتہ، فون نمبر نہیں بتایا، نہ ہی یہ بتایا کہ دوسرے معالج کا میرے منصوبہ صحت کے نیٹ ورک میں ہونے کی صورت میں تعین کا طریقہ کار کیا ہے۔</p>	
<p><b>میرے اسپتال نے اپنی ویب سائٹ پر درج ذیل چیزیں پوسٹ نہیں کیں:</b></p>	
<p><input type="checkbox"/> <b>اخراجات۔</b> اس کے اخراجات کی فہرست یا فہرست کے حصول کا طریقہ۔</p> <p><input type="checkbox"/> <b>منصوبہ صحت کے نیٹ ورکس۔</b> صحت کے وہ منصوبہ جات جن میں اسپتال، اندرون نیٹ ورک ہے۔</p> <p><input type="checkbox"/> <b>اسپتال میں معالج کی سروسز۔</b> یہ کہ اسپتال میں معالجین کی جانب سے فراہم کردہ سروسز اسپتالی اخراجات میں شامل نہیں ہیں؛ یہ کہ معالجین اسپتال کی طرح منصوبہ صحت کے یکساں نیٹ ورکس میں ہو بھی سکتے ہیں یا نہیں بھی ہو سکتے؛ اور یہ کہ مجھے اپنی اسپتالی سروسز کا بندوبست کرنے والے معالج سے پوچھنا چاہیے کہ آیا معالج میرے منصوبہ صحت کے نیٹ ورک میں موجود ہے۔</p> <p><input type="checkbox"/> <b>معالجین جو سروسز فراہم کر سکتے ہیں۔</b> معالجین کے گروپس کا نام، پتہ، اور فون نمبر جن کے ساتھ اینیسٹھیزیالوجی، پیتھالوجی، یا ریڈیالوجی جیسی سروسز کی فراہمی کے سلسلے میں اسپتال کا معاہدہ ہوا ہے، نیز ان گروپس سے رابطہ کرنے کا طریقہ کار تاکہ یہ تعین کیا جا سکے کہ آیا یہ میرے منصوبہ صحت کے نیٹ ورک میں موجود ہیں۔</p> <p><input type="checkbox"/> <b>اسپتال کی جانب سے ملازمت پر رکھے گئے معالجین۔</b> مریضوں کے علاج کے لیے اسپتال کی جانب سے ملازمت پر رکھے گئے معالجین کا نام، پتہ اور فون نمبر اور صحت کے ایسے منصوبہ جات جن میں وہ نیٹ ورک کے اندر موجود ہیں۔</p>	
<p><b>غیر ایمرجنسی اسپتالی سروسز کے لیے رجسٹریشن یا داخلے کے امواد میں میرے اسپتال نے:</b></p>	
<p><input type="checkbox"/> <b>مجھے اپنے معالج سے رابطہ کرنے کا نہیں بتایا۔</b> مجھے نہیں بتایا کہ اپنی اسپتالی سروسز کا بندوبست کرنے والے معالج کے ساتھ درج ذیل کا تعین کرنے کی خاطر جانچ کروں: (1) کسی بھی دیگر معالجین کا نام، پریکٹس کا نام، پتہ، اور فون نمبر، جنہیں میرا معالج میرے علاج کا کہے گا؛ اور (2) آیا معالجین جو اسپتال میں زیر ملازمت ہیں یا کانسٹریکٹ پر ہیں، وہ متوقع طور پر میرا علاج کریں گے۔</p> <p><input type="checkbox"/> <b>نیٹ ورک میں موجود معالجین۔</b> یہ معلوم کرنے کا طریقہ نہیں بتایا کہ آیا وہ معالجین جو اسپتالی ملازمین ہیں (مثلاً اینیسٹھیزیالوجی، پیتھالوجی، اور ریڈیالوجی)، وہ میرے منصوبہ صحت کے نیٹ ورک میں موجود ہیں۔</p>	

## 10. آزادانہ تنازعاتی حل کی خاطر طبی ریکارڈز کے اجراء کے لیے مریض کی رضامندی

اس درخواست پر دستخط کر کے، میں اپنے منصوبہ صحت اور فراہم کاران کو یہ اختیار تفویض کرتا ہوں کہ وہ IDR ادارے کو IDR سے متعلق تمام متعلقہ طبی یا معالجاتی ریکارڈز کا اجراء کرے، جن میں HIV سے متعلق کوئی بھی معلومات، ذہنی صحت کے علاج کی معلومات، یا نشہ آور امواد کے استعمال کے عارضے کے علاج کی معلومات شامل ہیں۔ میں سمجھتا ہوں کہ IDR ادارہ ان معلومات کا استعمال صرف تنازعے کا فیصلہ کرنے کے مقصد سے کرے گا، نیز معلومات کو صیغہ راز میں رکھا جائے گا اور انہیں کسی کے سامنے افشاء نہیں کیا جائے گا۔ یہ اجراء ایک سال کے لیے مؤثر ہوتا ہے۔ ماسوائے کہ جس حد تک اس پر انحصار کر کے کارروائی کی گئی ہو، میں کسی بھی وقت ریاست نیو یارک کے محکمہ برائے مالیاتی سروسز سے تحریری طور پر رابطہ کر کے اپنی رضامندی منسوخ کر سکتا ہوں۔ میں تسلیم کرتا ہوں کہ IDR کا فیصلہ واجب التعمیل ہوتا ہے۔

**مریض کے دستخط** (یا مریض کا نمائندہ جو مریض کے طبی ریکارڈز کے اجراء کی رضامندی دے سکتا ہے۔ اگر کوئی والد/والدہ چھوٹے بچے کی جانب سے دستخط کرتا/کرتی ہے، تو بچے کی عمر واضح کریں۔ اگر کوئی سرپرست یا مختار دستخط کرتا ہے، تو اپائنٹمنٹ کے ثبوت شامل کریں۔):

		<b>دستخط:</b>
		<b>جلی حروف میں نام لکھیں:</b>
	تاریخ:	