



نموذج تصديق الفاتورة الطبية المفاجئة لولاية نيويورك

أنت محمي من الفواتير الطبية المفاجئة. يجب على مقدم الرعاية الصحية الخاص بك دفع خطتك الصحية ، ولا يمكن المقدم إصدار فاتورة لك ، باستثناء أي مشاركة للتكاليف داخل الشبكة.

- هذا النموذج مطلوب للفواتير المفاجئة في (1) الفقرة الأولى أدناه لتواريخ الخدمة قبل 22/1/1 والفواتير المفاجئة في (2) الفقرة الثانية أدناه لجميع تواريخ الخدمة. هذا النموذج غير مطلوب للفواتير المفاجئة في (1) الفقرة الأولى أدناه لتواريخ الخدمة في وبعد 22/1/1 ولكن يساعد في تحديد متى تكون الخدمات فاتورة مفاجئة.
- أرسل نسخة من هذا النموذج إلى مزود الخدمة والخطة الصحية (بما في ذلك نسخة من أي فاتورة تلقيتها).
- يجوز لمزودك إكمال هذا النموذج للحصول على فاتورة مفاجئة موصوفة في (1) الفقرة الأولى أدناه لتواريخ الخدمة في وبعد 22/1/1 ، ويجب على مزود الخدمة إرسالها إلى خطتك الصحية.

الفاتورة المفاجئة هي عندما:

1. كنت في مستشفى داخل الشبكة أو في منشأة جراحية متنقلة ولم يكن مزود الخدمة داخل الشبكة متاحًا ؛ مزود الخدمة عن الشبكة قدم خدمات دون علمك ؛ أو كنت بحاجة إلى خدمات طبية غير متوقعة. لم تختَر أيضًا تلقي الخدمات من مزود من خارج الشبكة بدلاً من مزود الخدمة المتاح داخل الشبكة قبل أن تذهب إلى المستشفى أو المنشأة الجراحية المتنقلة. (طب الطوارئ ، التخدير ، البيثالوجي ، الأشعة ، المختبر ، طب حديثي الولادة أو مساعد الجراح أو طبيب المستشفى أو الخدمات المكثفة في مستشفى داخل الشبكة أو المنشأة الجراحية المتنقلة عادة ما تكون فاتورة مفاجئة).
2. أثناء زيارتك لطبيبك داخل الشبكة ، يعالجك مزود من خارج الشبكة ؛ يأخذ طبيبك داخل الشبكة عينه منك ويرسلها إلى مختبر أو أخصائي علم الأمراض خارج الشبكة ؛ أو يحيلك لطبيبك داخل الشبكة إلى مزود خدمة خارج الشبكة (والإحالات المطلوبة بموجب خطتك الصحية). كما أنك لم توقع على موافقة كتابية تعلمك أن الخدمات ستكون خارج الشبكة والنتيجة في التكاليف التي لا تغطيها خطتك الصحية.

أقر على حد علمي بأنني (حدد أي واحد):

- قد تلقيت خدمات تمثل فاتورة مفاجئة كما هو موضح في (1) أو (2) أعلاه وأريد من مزود الخدمة أن يطلب الدفع مقابل هذه الفاتورة من خطتي الصحية (هذه "مهمة") أو
- أنا مزود الرعاية الصحية ، وتلقى المؤمن عليه خدمات تمثل فاتورة مفاجئة كما هو موضح في (1) أعلاه لتواريخ الخدمة في وبعد 22/1/1.

اسم المريض:	تاريخ الخدمة:
العنوان البريدي للمريض:	
اسم المؤمن:	رقم معرف التأمين:
اسم المزود:	رقم هاتف المزود:
عنوان المزود:	
اسم اتصال المزود (إذا كان مختلفًا عن اسم المزود)	
عنوان البريد الإلكتروني لاتصال المزود:	
أي شخص يقوم عن قصد الاحتيال على أي شركة تأمين أو أي شخص آخر بتقديم طلب تأمين أو بيان مطالبة يحتوي على أي معلومات كاذبة مادياً ، أو يخفي معلومات تتعلق بأية حقائق جوهرية لغرض التضليل ، أو يرتكب فعل تأمين احتيالي ، وهي جريمة ، كما يجب أن تخضع لعقوبة مدنية لا تتجاوز 5000 دولار وهي القيمة المعلنة للمطالبة لكل انتهاك من هذا القبيل.	
توقيع (المريض أو مزود الخدمة):	تاريخ التوقيع:

إذا كانت لديك أي سؤال حول هذا النموذج ، فاتصل بإدارة الخدمات المالية على الرقم (800) 3736-342.