নিউ ইয়র্ক স্টেট সারপ্রাইজ মেডিকেল বিল সার্টিফিকেশন ফর্ম

আপনি বিস্ময়কর মেডিকেল বিল থেকে সুরক্ষিত। আপনার হেলথ প্ল্যানকে অবশ্যই আপনার স্বাস্থ্যসেবা প্রদানকারীকে অর্থ প্রদান করতে হবে এবং আপনার প্রদানকারী আপনাকে বিল দিতে পারবে না, কোনো নেটওয়ার্ক-ভুক্ত খরচ ভাগাভাগি ছাড়া।

- 1/1/22-এর আগে পরিষেবার তারিখগুলির জন্য নীচে (1) -এ সারপ্রাইজ বিলগুলির জন্য এবং পরিষেবার সমস্ত তারিখের জন্য নীচে (2) -এ সারপ্রাইজ বিলগুলির জন্য এই ফর্মটি প্রয়োজন। 1/1/22 তারিখে এবং তার পরে পরিষেবার তারিখগুলির জন্য নীচে (1) এর মধ্যে সারপ্রাইজ বিলগুলির জন্য এই ফর্মটির প্রয়োজন **নেই** তবে পরিষেবাগুলি কখন সারপ্রাইজ বিল হবে তা সনাক্ত করতে সহায়তা করে।
- এই ফর্মের একটি কপি আপনার **প্রদানকারী** এবং **হেলথ প্ল্যানের** কাছে পাঠান (আপনার প্রাপ্ত কোনো বিলের একটি কপি সহ)।
- আপনার প্রদানকারী 1/1/22 তারিখে এবং তার পরে পরিষেবার তারিখগুলির জন্য নীচে (1) তে বর্ণিত সারপ্রাইজ বিলের জন্য এই ফর্মটি পূরণ করতে পারেন এবং আপনার প্রদানকারীকে অবশ্যই এটি আপনার **হেলথ প্ল্যানে** পাঠাতে হবে।

একটি সারপ্রাইজ বিল হল যখন:

1. আপনি একটি নেটওয়ার্ক-ভুক্ত হাসপাতালে বা অ্যাম্বুলেটরি সার্জিক্যাল সুবিধায় আছেন এবং একটি নেটওয়ার্ক-ভুক্ত প্রদানকারী উপলব্ধ ছিল না; আপনার অজান্তেই একটি নেটওয়ার্ক বহির্ভুত প্রদানকারী পরিষেবা প্রদান করে; অথবা আপনার অপ্রত্যাশিত চিকিৎসা পরিষেবার প্রয়োজন ছিল। এছাড়াও, আপনি হাসপাতালে বা অ্যাম্বুলেটরি সার্জিক্যাল সুবিধায় যাওয়ার আগে একটি উপলব্ধ নেটওয়ার্ক-ভুক্ত প্রদানকারীর পরিবর্তে নেটওয়ার্ক বহির্ভুত প্রদানকারীর থেকে পরিষেবা গ্রহণ করা বেছে নেননি। (ইমার্জেন্সি মেডিসিন, অ্যানেস্থেসিয়া, প্যাথলজি, রেডিওলজি, ল্যাবরেটরি, নিওনাটোলজি, সহকারী সার্জন, হসপিটালিস্ট, বা নেটওয়ার্ক-ভুক্ত হাসপাতাল বা অ্যাম্বুলেটরি সার্জিক্যাল সুবিধার ইনটেনসিভিস্ট পরিষেবাগুলি সাধারণত একটি সারপ্রাইজ বিল।)
2. আপনার নেটওয়ার্ক-ভুক্ত ডাক্তারের সাথে দেখা করার সময় নেটওয়ার্কের বাইরে একজন প্রদানকারী আপনার চিকিৎসা করে; আপনার নেটওয়ার্ক-ভুক্ত ডাক্তার আপনার কাছ থেকে একটি নমুনা নেয় এবং নেটওয়ার্কের বাইরের ল্যাব বা প্যাথলজিস্টের কাছে পাঠায়; অথবা আপনার নেটওয়ার্ক-ভুক্ত ডাক্তার আপনাকে নেটওয়ার্ক বহির্ভুত প্রদানকারীর কাছে রেফার করেন (এবং আপনার হেলথ প্ল্যানের অধীনে রেফারেলগুলি প্রয়োজন)। এছাড়াও, আপনি একটি লিখিত সম্মতি স্বাক্ষর করেননি যে আপনি জানতেন যে পরিষেবাগুলি নেটওয়ার্কের বাইরে থাকবে এবং এর ফলে খরচ আপনার হেলথ প্ল্যানের আওতাভুক্ত হবে না।

আমি আমার সর্বোত্তম জ্ঞান অনুসারে প্রত্যয়িত করছি যে (একটিতে টিক দিন):

☐ আমি পরিষেবাগুলি পেয়েছি যেগুলি উপরে (1) বা (2) হিসাবে বর্ণিত একটি সারপ্রাইজ বিল এবং আমি চাই যে প্রদানকারী আমার হেলথ প্ল্যান থেকে এই বিলের জন্য পেমেন্ট করুক (এটি একটি "অ্যাসাইনমেন্ট") **অথবা**

☐ আমি একজন **স্বাস্থ্যসেবা প্রদানকারী**, এবং বীমাকৃতদের 1/1/22 তারিখে এবং তার পরে প্রাপ্ত পরিষেবাগুলি একটি সারপ্রাইজ বিল যেমনটা উপরে (1) তে বর্ণিত।

রোগীর নাম:		**পরিষেবার তারিখ:**	
বর্তমান ডাক ঠিকানা:			
বীমাকারীর নাম:		**বীমা আইডি নং.:**	
প্রদানকারীর নাম:		**প্রদানকারীর ফোন নম্বর:**	
প্রদানকারীর ডাক ঠিকানা:			
প্রদানকারীর যোগাযোগের নাম (যদি প্রদানকারীর নামের থেকে আলাদা হয়)			
প্রদানকারীর যোগাযোগের ইমেল অ্যাড্রেস:			
কোনও ব্যক্তি যিনি জেনে শুনে এবং কোনও বিমা কোম্পানী বা অন্য ব্যক্তিকে প্রতারণা করার উদ্দেশ্যে কোনও বিমার আবেদন বা দাবির বিবৃতি দাখিল করেন যাতে বস্তুত মিথ্যা তথ্য থাকে বা বিভ্রান্তি সৃষ্টি করার উদ্দেশ্যে তথ্য গোপন করেন কোনো বাস্তবিক ক্ষেত্রে, তিনি বিমার ক্ষেত্রে একটি প্রতারণামূলক কাজ করছেন, যা একটি অপরাধ, এবং অনুর্ধ $5,000 এর দেওয়ানি জরিমানা এবং প্রতিটি ধরনের লঙ্ঘনের জন্য দাবি করা মূল্যের ব্যক্ত মান অতিক্রম করবে না প্রতিটি লঙ্ঘনের জন্য এমন জরিমানার দন্ড পাবেন।			
(রোগী বা প্রদানকারীর) স্বাক্ষর:		**স্বাক্ষরের তারিখ:**	

এই ফর্ম সম্পর্কে আপনার কোনো প্রশ্ন থাকলে, (800)342-3736-এ আর্থিক পরিষেবা বিভাগের সাথে যোগাযোগ করুন।