



### 纽约州意外医疗账单证明表

您受保护免于意外医疗账单的影响。您的健康计划必须向您的医疗保健提供商支付费用，并且您的提供商不能向您收费，但网络内分摊费用除外。

- 对于以下第（1）项中服务日期在 2022 年 1 月 1 日的意外账单，以及以下第（2）项中所有服务日期的意外账单，都需要本表格。对于以下第（1）项中服务日期在 2022 年 1 月 1 日及之后但帮助确定服务何时为意外账单的意外账单，不需要本表格。
- 将本表格的副本发送给您的**提供商和健康计划**（包括您收到的任何账单的副本）。
- 您的提供商可以就以下第（1）项中描述的服务日期在 2022 年 1 月 1 日及之后的意外账单填写本表格，并且您的提供商必须将其发送给您的**健康计划**。

#### 意外账单是：

1. 您在网络内医院或流动手术设施中，而不能提供网络内提供商；网络外提供商在您不知情的情况下提供了服务；或者您需要不可预见的医疗服务。此外，在您前往医院或流动手术设施之前，您没有选择从网络外提供商而非从可用的网络内提供商处接收服务。（网络内医院或流动手术设施中的急诊医学科、麻醉科、病理科、放射科、实验室、新生儿科、助理外科医生、住院医师或重症监护服务通常为意外账单。）
2. 在您的网络内医生看诊期间，由网络外的提供者商为您进行治疗；您的网络内医生从您那里采样并将其发送给网络外的实验室或病理科医生；或者您的网络内医生将您转介给网络外提供商（根据您的健康计划需要转诊）。此外，您没有签署书面同意书，表明您知道这些服务将超出网络范围，并导致您的健康计划不涵盖费用。

#### 本人证明就本人所知（勾选一项）：

- 本人接受了为上述第（1）或（2）项中所述意外账单的服务，本人希望提供商寻求从本人的健康计划中支付该账单（这是一项“转让”），或者
- 本人为**医疗保健提供商**，被保险人接受的服务是以上第（1）项中所述的 2022 年 1 月 1 日及之后服务日期的意外账单。

患者姓名：		服务日期：	
患者邮寄地址：			
保险商名称：		保险编号：	
提供商名称：		提供商电话号码：	
提供商邮寄地址：			
提供商联系人姓名（如与提供商名称不同）			
提供商联系人电子邮件地址：			
任何人士意图欺骗任何保险公司或其他人士，而提交保险申请或索赔书，其中包含任何重大虚假信息，或为了误导目的隐瞒有关任何事实资料的信息，则构成保险欺诈行为，这是一种犯罪行为，并且还应受到不超过 5,000 美元的民事处罚和就每项该等违规行为主张的索赔价值。			
签字（患者或提供商）：		签署日期：	

如果您对本表格存在疑问，请致电 (800) 342-3736 与金融服务部联系。