



## FORMULAIRE DE CERTIFICATION DE LA FACTURE MEDICALE SURPRISE DE L'ETAT DE NEW YORK

**Vous êtes protégé contre les factures médicales surprises. Votre régime d'assurance maladie doit payer votre prestataire de soins de santé et ce dernier ne peut pas vous facturer, à l'exception de toute participation aux frais dans le réseau.**

- Ce formulaire est requis pour les factures surprises en (1) ci-dessous pour les dates de service avant le 01/01/22 et pour les factures surprises en (2) ci-dessous pour toutes les dates de service. Ce formulaire n'est **PAS** requis pour les factures surprises dans (1) ci-dessous pour les dates de service à partir du 01/01/22, mais permet d'identifier quand les services sont une facture surprise.
- Envoyez une copie de ce formulaire à  **votre prestataire et à votre régime de santé** (joignez une copie de toute facture que vous avez reçue).
- Votre fournisseur peut remplir ce formulaire pour une facture surprise décrite dans (1) ci-dessous pour les dates de service à compter du 01/01/22, et votre fournisseur doit l'envoyer à votre **plan de santé**.

### Une facture surprise, c'est quand:

1. Vous êtes dans un hôpital ou une structure chirurgicale ambulatoire du réseau et un prestataire du réseau n'était pas disponible ; un prestataire hors réseau a fourni des services à votre insu ; ou vous avez eu besoin de services médicaux imprévus. De plus, vous n'avez pas choisi de recevoir des services d'un prestataire hors réseau au lieu d'un prestataire disponible dans le réseau avant de vous rendre à l'hôpital ou à la structure chirurgicale ambulatoire. (Les services de médecine d'urgence, d'anesthésie, de pathologie, de radiologie, de laboratoire, de néonatalogie, de chirurgien assistant, d'hospitalier ou d'intensiviste dans un hôpital ou une structure de chirurgie ambulatoire du réseau sont généralement une facture surprise).
2. Lors d'une visite chez votre médecin en réseau, un prestataire hors réseau vous traite ; votre médecin du réseau vous prélève un échantillon et l'envoie à un laboratoire ou à un pathologiste hors réseau ; ou votre médecin du réseau vous réfère à un fournisseur hors réseau (et des références sont requises dans le cadre de votre plan de santé). De plus, vous n'avez pas signé de consentement écrit indiquant que vous saviez que les services seraient hors réseau et entraîneraient des coûts non couverts par votre plan de santé.

### Je certifie, au mieux de mes connaissances, que (cochez une case) :

- J'ai reçu des services qui constituent une facture surprise telle que décrite en (1) ou (2) ci-dessus et je veux que le prestataire cherche à obtenir le paiement de cette facture auprès de mon plan de santé (il s'agit d'une "cession ") OU
- Je suis un prestataire **de soins de santé et l'assuré** a reçu des services qui constituent une facture surprise telle que décrite au point (1) ci-dessus pour les dates de service à partir du 1/1/22.

Nom du patient :		Date de service :	
Adresse postale du patient :			
Nom de l'assureur :	Numéro d'identification de l'assurance:		
Nom du fournisseur :		Numéro de téléphone du fournisseur :	
Adresse postale du fournisseur :			

<b>Nom du contact du prestataire (si différent du prestataire)</b>			
<b>Adresse email du contact du prestataire :</b>			
<p>Toute personne qui, sciemment et dans l'intention de frauder une compagnie d'assurance ou une autre personne, dépose une demande d'assurance ou une déclaration de sinistre contenant des informations substantiellement fausses, ou dissimule dans le but de tromper des informations concernant tout fait important, commet un acte d'assurance frauduleux , qui est un crime, et sera également passible d'une sanction civile n'excédant pas 5 000 \$ et la valeur déclarée de la réclamation pour chacune de ces violations.</p>			
<b>Signature (du patient ou du prestataire):</b>		<b>Date de signature:</b>	

**Si vous avez des questions sur ce formulaire, contactez le Département des services financiers au (800)342-3736.**