MODULO DI CERTIFICAZIONE PER LE SPESE MEDICHE INASPETTATE DELLO STATO DI NEW YORK

Sei protetto dalle spese mediche inaspettate. La tua assistenza sanitaria deve provvedere alle tue spese mediche e il tuo medico non può addebitarti le spese, tranne le compartecipazioni ai costi all'interno del network.

- Il presente modulo è richiesto per le spese inaspettate in (1) sotto per le date di servizio antecedenti all'1/1/22 e per le spese inaspettate in (2) sotto per tutte le date di servizio. Questo modulo **NON** è richiesto per le spese inaspettate in (1) sotto per le date di servizio del e dopo l'1/1/22 ma facilita l'identificazione quando i servizi prevedono una spesa inaspettata.
- Invia una copia del modulo al tuo **medico** e all'**assistenza sanitaria** (includi una copia di ogni fattura).
- Il tuo medico può compilare il modulo per una spesa inaspettata descritta in (1) sotto per le date di servizio del e dopo l'1/1/22 e deve inviarlo alla tua **assistenza sanitaria**.

Una spesa inaspettata si verifica quando:

1. Ti trovi in un ospedale o struttura di chirurgia ambulatoriale del network e non è disponibile un medico del network; un medico al di fuori del network ha erogato i servizi senza che ne fossi a conoscenza; oppure avevi bisogno di servizi medici imprevisti. Non hai scelto di ricevere i servizi da un medico al di fuori del network invece che da un medico disponibile del network, prima di andare in ospedale o in una struttura di chirurgia ambulatoriale. (Medicina d'urgenza, anestesia, patologia, radiologia, laboratorio, neonatologia, servizi chirurgici, ospedalieri o di terapia intensiva in un ospedale o struttura di chirurgia ambulatoriale del network generano di solito spese inaspettate.)
2. Durante una visita con il tuo medico del network, ti visita un medico al di fuori del network; il tuo medico del network preleva un tuo campione e lo invia a un laboratorio o anatomopatologo al di fuori del network; oppure il tuo medico del network ti indirizza a un medico al di fuori del network (e gli specialisti sono richiesti secondo il piano sanitario). Non hai firmato un consenso informato che ti informasse che i servizi sarebbero stati al di fuori del network e questo ha generato costi non coperti dall'assistenza sanitaria.

Certifico, per quanto di mia conoscenza, che (scegliere una voce):

☐ Ho ricevuto servizi con spese inaspettate, come descritto in (1) o (2) sopra e desidero che il medico chieda il pagamento alla mia assistenza sanitaria (do "incarico") **O**

☐ Sono un **medico** e l'assicurato ha ricevuto servizi che hanno generato spese inaspettate, come descritto in (1) sopra per le date di servizio del e dopo l'1/1/22.

Nome Paziente:		**Data del Servizio:**	
Indirizzo Paziente:			
Nome Assicuratore:		**N. Polizza:**	
Nome Medico:		**Numero di Telefono del Medico:**	
Indirizzo del Medico:			
Contatto del Medico (se diverso dal nome del medico)			
Email Contatto del Medico:			
Chiunque, consapevolmente e con intento di frode ai danni della compagnia assicurativa o di persone, presenti una domanda di assicurazione o una richiesta contenente informazioni false, o falsifichi, a scopo di inganno, le informazioni riguardanti i fatti, commette reato di frode assicurativa e sarà soggetto a un'ammenda non superiore a $5,000 più il valore stabilito della richiesta per ogni violazione.			
Firma (del paziente o del medico):		**Data:**	

Per ulteriori informazioni relative al modulo, contattare il Dipartimento dei Servizi Finanziari (800)342-3736.