



뉴욕주 과다 의료비 청구서 증명 양식

과다 의료비 청구로부터 보호받을 수 있습니다. 귀하의 의료 보험은 의료 서비스 제공자에게 비용을 지불해야 하며, 의료 기관은 귀하에게 네트워크 내 비용분담 외에는 청구할 수 없습니다.

- 이 양식은 (1) 22/1/1 이전의 서비스 날짜에 대한 아래의 과다 청구서와 (2) 모든 서비스 날짜에 대한 아래의 과다 청구서에 필요합니다. 이 양식은 (1) 22/1/1 및 그 이후의 서비스 날짜에 대한 아래의 과다 청구서에는 요구되지 않으나, 서비스가 과다 청구인 경우를 식별하는 데 도움이 됩니다.
- 이 양식의 사본을 귀하의 의료 기관 및 의료 보험에 송부하십시오. (수령한 청구서 사본 포함)
- 귀하의 의료 기관은 (1) 22/1/1 및 그 이후의 서비스 날짜에 대한 하단 기입된 과다 청구서에 대하여 본 양식을 작성할 수 있으며, 귀하의 의료 기관은 이를 귀하의 의료 보험에 송부해야 합니다.

과다 청구서는 다음과 같은 경우입니다.

- 귀하가 네트워크 내 병원 또는 외래 수술 시설에 있고 네트워크 내 의료 기관을 이용할 수 없었습니다. 네트워크 외부 의료 기관이 환자 모르게 서비스를 제공했습니다. 또는 예상치 못한 의료 서비스가 필요했습니다. 또한 병원이나 외래 수술 시설에 가기 전에 이용 가능한 네트워크 내 의료 기관 대신 네트워크 외부 의료 기관으로부터 서비스를 받기로 선택하지 않았습니다. (응급 의료, 마취, 병리학, 방사선과, 검사실, 신생아과, 보조 외과, 입원 환자 전문 또는 네트워크 내 병원이나 외래 수술 시설에서의 집중 치료 서비스는 일반적으로 과다 청구서입니다.)
- 네트워크 내 의사를 방문하는 동안 네트워크 외 제공자가 귀하를 치료합니다. 네트워크 내 의사가 귀하에게서 표본을 채취하여 네트워크 외 검사실 또는 병리학자에게 보냅니다. 또는 네트워크 내 의사가 네트워크 외 의료 기관에 귀하를 소개합니다. (그리고 귀하의 의료 보험에 따라 추천이 필요함) 또한 귀하는 서비스가 네트워크 외부에서 발생하여 귀하의 의료 보험에서 보장하지 않는 비용이 발생할 것임을 알고 있다는 서면 동의서에 서명하지 않았습니다.

본인은 내가 아는 한 다음을 증명합니다 (하나만 선택):

- 나는 상기 (1) 또는 (2)에 설명된 대로 과다 청구된 서비스를 받았고 의료 기관이 이 청구서에 대한 지불을 본인의 의료 보험에 요청하기를 원합니다 (이것은 "배정"임) 또는
- 나는 의료 서비스 제공자이고, 피보험자는 22/1/1 및 그 이후의 서비스 날짜에 대해 상기 (1)에 설명된 대로 과다 청구된 서비스를 받았습니다.

환자 성명:		서비스 날짜:	
환자 우편 주소:			
보험사명:		보험 ID 번호:	
의료 기관명:		의료 기관 전화번호:	

의료 기관 우편 주소:			
의료 기관 연락 담당 (의료 기관명과 다른 경우)			
의료 기관 연락 담당 이메일 주소:			
<p>보험사 또는 타인을 속이려는 의도로 중대한 허위 정보가 포함된 보험 신청서 또는 청구 명세서를 제출하거나, 오도할 목적으로 그와 관련된 중요한 사실에 관한 정보를 숨기는 자는 보험 사기를 범하는 것으로, 이는 범죄 행위이며 \$5,000 이하의 민사 처벌 및 각 위반에 대한 청구 금액의 대상이 됩니다.</p>			
서명(환자 또는 의료 기관):		서명 날짜:	

본 양식에 대해 질문이 있는 경우, 금융 서비스부에 (800)342-3736 으로 문의하십시오.