



FORMULARZ ZAŚWIADCZENIA OTRZYMANIA NIESPODZIEWANEGO RACHUNKU ZA ŚWIADCZENIA LEKARSKIE STANU NOWY JORK

Jesteś chroniony/a przed niespodziewanymi rachunkami za leczenie. Twój plan opieki zdrowotnej musi zapłacić Twojemu świadczeniodawcy opieki zdrowotnej, a Twój świadczeniodawca nie może cię obciążyć kosztami, z wyjątkiem jakiegokolwiek podziału kosztów w zrzeczeniu.

- Ten formularz jest wymagany w przypadku niespodziewanych rachunków, o których mowa w punkcie (1) poniżej, w przypadku daty świadczenia usługi leczenia przed 01.01.22 oraz w przypadku niespodziewanych rachunków, o których mowa w punkcie (2) poniżej, w przypadku wszystkich dat świadczenia usługi leczenia. Ten formularz **NIE** jest wymagany w przypadku niespodziewanych rachunków w punkcie (1) poniżej dla daty świadczenia usługi leczenia 01.01.22 i później, ale pomaga określić, kiedy świadczenie stanę się niespodziewanym rachunkiem.
- Wyślij kopię tego formularza swojemu **świadczeniodawcy i planowi opieki zdrowotnej** (załącz kopię każdego otrzymanego rachunku).
- Twój świadczeniodawca może wypełnić ten formularz, aby otrzymać niespodziewany rachunek opisany w punkcie (1) poniżej dla dat świadczenia usług w dniu 01.01.22 i później, a świadczeniodawca musi przestać go do Twojego **planu opieki zdrowotnej**.

Rachunek jest rachunkiem niespodziewanym, kiedy:

1. Jesteś w zrzeczonym szpitalu lub ambulatoryjnym zakładzie chirurgicznym, a zrzeczony świadczeniodawca nie był dostępny. Świadczeniodawca niezrzeczony świadczył usługi bez Twojej wiedzy lub potrzebowałeś/łaś nieprzewidzianej opieki lekarskiej. Ponadto przed udaniem się do szpitala lub ambulatorium chirurgicznego nie wyraziłeś/łaś zgody na otrzymywanie usług od świadczeniodawcy niezrzeszonego zamiast od świadczeniodawcy dostępnego w zrzeczeniu (ratownictwo medyczne, anestezjologia, patologia, radiologia, laboratorium, neonatologia, asystent chirurga, usługi szpitalne lub intensywne leczenie w szpitalu zrzeczonym lub ambulatoryjnym zakładzie chirurgicznym zwykle noszą za sobą niespodziewany rachunek).
2. Podczas wizyty u lekarza zrzeszonego leczy Cię świadczeniodawca niezrzeczony. Twój lekarz w zrzeczeniu pobiera od Ciebie próbkę i wysyła ją do niezrzeszonego laboratorium lub patologa lub Twój lekarz w zrzeczeniu skieruje Cię do świadczeniodawcy niezrzeszonego (a skierowania są wymagane w ramach Twojego planu opieki zdrowotnej). Ponadto nie potwierdziłeś/łaś pisemnie, że wiedziałeś/łaś o tym, że usługi będą dostępne poza zrzeczeniem, a naliczone za nie koszty nie zostaną pokryte przez Twój plan opieki zdrowotnej.

Oświadczam zgodnie z moją najlepszą wiedzą (zaznacz jedną opcję), że:

- Wyświadczono mi usługi, za które wystawiono niespodziewany rachunek, jak opisano w punkcie (1) lub (2) powyżej i chcę, aby świadczeniodawca zażądał pokrycia tych kosztów od mojego planu opieki zdrowotnej (jest to „zlecenie”) **LUB**
- Jestem **świadczeniodawcą opieki zdrowotnej**, a ubezpieczonemu wyświadczono usługi, które są niespodziewanym rachunkiem, jak opisano w (1) powyżej dla dat świadczenia w dniu 01.01.22 i później.

Nazwisko pacjenta:		Data wyświadczonych usług:	
Adres email pacjenta:			
Nazwa ubezpieczyciela:	Nr polisy ubezpieczeniowej:		

Nazwisko świadczeniodawcy:		Nr telefonu świadczeniodawcy:	
Adres świadczeniodawcy:			
Nazwisko osoby kontaktowej świadczeniodawcy, (jeśli inne od nazwiska świadczeniodawcy)			
Adres email osoby kontaktowej świadczeniodawcy:			
<p>Każda osoba, która świadomie i z zamiarem oszukania jakiegokolwiek firmy ubezpieczeniowej lub innej osoby składa wniosek o ubezpieczenie lub pozew zawierający jakiegokolwiek informacje zebrane jako materiał w sprawie, lub w celu wprowadzenia w błąd ukrywa informacje dotyczące wszelkich istotnych dla niej faktów, dopuszcza się oszustwa ubezpieczeniowego będącego przestępstwem, a także podlega karze cywilnej w wysokości maksymalnie 5000 USD i wartości określonej w roszczeniu za każde takie naruszenie.</p>			
Podpis (pacjenta lub świadczeniodawcy):		Data podpisu:	

Jeśli masz pytania dotyczące tego formularza, skontaktuj się z Departamentem Usług Finansowych pod numerem telefonu (800)342-3736.