



УТВЕРЖДЕННЫЙ БЛАНК СЧЕТА ПАЦИЕНТУ НА ОПЛАТУ ОСТАТКА СУММЫ («счет-сюрприз»), ШТАТ НЬЮ-ЙОРК

Вам защищены от выставления "счетов-сюрпризов". Ваш план медицинского обслуживания должен оплачиваться вашим поставщиком медицинских услуг, и ваш поставщик услуг не может выставять вам счета, за исключением случаев совместного покрытия расходов в сети.

- Данный бланк требуется для оформления "счетов-сюрпризов" (1) на даты обслуживания до 1/1/22 и для оформления "счетов-сюрпризов" (2) на все даты обслуживания. Данный бланк **НЕ** требуется для оформления "счетов-сюрпризов" (1) на дату обслуживания 1/1/22 или позднее, но определяет, что был оформлен "счет-сюрприз" за услуги.
- Необходимо отправить копию этого бланка своему поставщику услуг и в программу медицинского страхования (приложите копию любого полученного вами счета).
- Ваш поставщик услуг может заполнить этот бланк для оформления "счетов-сюрпризов", как описано в пункте (1) на дату обслуживания 1/1/22 или позднее и должен будет переправить его в вашу программу медицинского страхования.

Оформление "счетов-сюрпризов" производится, если:

1. Вы находитесь в сетевой больнице или амбулаторном хирургическом учреждении, а поставщик услуг внутри сети недоступен; поставщик услуг вне сети предоставлял услуги без вашего ведома; или вам потребовались непредвиденные медицинские услуги. Вы не выбрали получение услуг от поставщика услуг вне сети вместо доступного поставщика услуг внутри сети до того, как отправились в больницу или амбулаторное хирургическое учреждение. (На услуги неотложной медицинской помощи, анестезии, патологии, радиологии, лаборатории, неонатологии, ассистента хирурга, госпиталиста или реаниматолога в сетевой больнице или амбулаторном хирургическом учреждении обычно оформляется "счет-сюрприз".)
2. Во время посещения вашего врача в сети вас лечит поставщик услуг вне сети; ваш врач в сети берет у вас образец и отправляет его в лабораторию или патологоанатому вне сети; или ваш врач в сети направляет вас к поставщику услуг вне сети (в соответствии с вашей программой медицинского обслуживания требуется направление). Кроме того, вы не подписали письменное согласие о том, что вы знали, что услуги будут недоступны в сети и приведут к расходам, не покрываемым по вашей программе медицинского обслуживания.

Я подтверждаю, насколько мне известно, что (отметьте один пункт):

- Я получил услуги, которые оплачиваются по "счету-сюрпризу", как описано в пунктах (1) или (2) выше, и я хочу, чтобы поставщик услуг запросил оплату этого счета из моей программы медицинского обслуживания ("назначение") **ИЛИ**
- Я являюсь поставщиком **медицинских услуг**, и застрахованный получил услуги, которые оформляются "счетом-сюрпризом", как описано в пункте (1) выше, на дату обслуживания 1/1/22 и позднее.

Имя пациента:		Дата предоставления услуги:	
Почтовый адрес пациента:			
Наименование страховщика:	Номер страхового удостоверения:		

Наименование поставщика услуг:		Номер телефона поставщика услуг:	
Почтовый адрес поставщика услуг:			
Контактное лицо поставщика услуг (если отличается от имени поставщика услуг)			
Электронная почта поставщика услуг:			
<p>Любое лицо, которое сознательно и с намерением пытается обмануть какую-либо страховую компанию или другое лицо, которое подает заявление о страховании или заявление о претензии, содержащее любую существенно ложную информацию, или скрывает с целью введения в заблуждение информацию, касающуюся любого факта, имеющего к ней отношение, совершает мошенническое действие, связанное со страхованием, что является преступлением, а также облагается штрафом в размере не более 5000 долларов США и заявленной стоимости претензии за каждое такое нарушение.</p>			
Подпись (пациента или поставщика медицинских услуг):		Дата подписания:	

Если у вас возникнут вопросы по поводу данного бланка, свяжитесь с Департаментом финансовых услуг по телефону (800)342-3736.