



## ریاست نیو یارک کا غیر متوقع طبی بل کا تصدیقی فارم

آپ کو غیر متوقع طبی بلز سے تحفظ فراہم کیا گیا ہے۔ آپ کے منصوبہ صحت کے تحت آپ کی نگہداشت صحت کے فراہم کار کو رقم کی ادائیگی کرنا لازم ہے، اور آپ کا فراہم کار ماسوائے اندرون نیٹ ورک لاگتی اشتراک کے، آپ سے بل وصول نہیں کر سکتا۔

- یہ فارم درج ذیل (1) میں 1/1/22 سے پہلے کی سروس کی تاریخوں کے لیے غیر متوقع بلز کے لیے اور سروس کی تمام تاریخوں کے لیے درج ذیل (2) میں غیر متوقع بلز کے لیے درکار ہوتا ہے۔ یہ فارم 1/1/22 کو اور اس کے بعد کی سروس کی تاریخوں کے لیے درج ذیل (1) میں غیر متوقع بلز کے لیے درکار نہیں ہوتا، تاہم اس سے یہ نشاندہی کرنے میں مدد ملتی ہے کہ سروسز سے غیر متوقع بل کب موصول ہوتا ہے۔
- اپنے فراہم کار اور منصوبہ صحت کو اس فارم کی ایک نقل ارسال کریں (خود کو موصول ہونے والے کسی بھی بل کی ایک نقل منسلک کریں)۔
- آپ کا فراہم کار 1/1/22 کو اور اس کے بعد سروس کی تاریخوں کے لیے درج ذیل (1) میں بیان کردہ غیر متوقع بل کے لیے اس فارم کو مکمل کر سکتا ہے، نیز آپ کے فراہم کار کے لیے اسے آپ کے منصوبہ صحت کو ارسال کرنا ضروری ہے۔

### غیر متوقع بل اس وقت آتا ہے جب:

1. آپ اندرون نیٹ ورک کسی اسپتال میں یا ایمبولیٹری سرجیکل سہولت گاہ میں ہوں اور اندرون نیٹ ورک فراہم کار دستیاب نہ ہو؛ بیرون نیٹ ورک فراہم کار نے آپ کے علم میں لائے بغیر سروسز فراہم کی ہوں؛ یا آپ کو غیر متوقع طبی خدمات درکار ہوں۔ نیز، اسپتال یا ایمبولیٹری سرجیکل سہولت گاہ میں جانے سے پہلے آپ نے اندرون نیٹ ورک دستیاب فراہم کار کے بجائے بیرون نیٹ ورک فراہم کار سے سروسز کی موصولی کا انتخاب نہیں کیا۔ (ایمرجنسی ادویات، اینسٹہیزیا، ریڈیالوجی، لیبارٹری، نیونٹالوجی، اسسٹنٹ سرجن، باسپٹلسٹ، یا نیٹ ورک کے اندر اسپتال یا ایمبولیٹری سرجیکل سہولت گاہ میں انتہائی نگہداشتی سروسز کے بل عموماً غیر متوقع ہوتے ہیں)۔
2. اندرون نیٹ ورک اپنے ڈاکٹر سے ملاقات کے دوران بیرون نیٹ ورک فراہم کار آپ کا علاج کرے؛ اندرون نیٹ ورک آپ کا ڈاکٹر آپ سے نمونہ لے اور اسے بیرون نیٹ ورک لیب یا پیتھالوجسٹ کو بھیجے؛ یا اندرون نیٹ ورک آپ کا ڈاکٹر آپ کو بیرون نیٹ ورک فراہم کار کے پاس بھیجے (اور آپ کے منصوبہ صحت کے تحت ریفرلز درکار ہوں)۔ نیز، آپ نے کسی ایسی تحریری رضامندی پر دستخط نہ کیے ہوں کہ آپ کو سروسز کے بیرون نیٹ ورک ہونے کا علم تھا اور اس کے نتیجے میں لاگتوں کا احاطہ آپ کے منصوبہ صحت میں نہیں کیا جائے گا۔

### میں اپنے بہترین علم کے مطابق تصدیق کرتا ہوں کہ (ایک کو نشان زد کریں):

- مجھے مذکورہ بالا (1) اور (2) میں بیان کردہ کے مطابق غیر متوقع بل کی حامل سروسز موصول ہوئیں اور میں چاہتا ہوں کہ فراہم کار میرے منصوبہ صحت سے مذکورہ بل کے لیے رقم کی ادائیگی کا تقاضا کرے (یہ "تفویض" کہلاتی ہے) یا
- میں نگہداشت صحت کا فراہم کار ہوں، اور موصول ہونے والی بیمہ شدہ سروسز جو کہ 1/1/22 کو اور اس کے بعد کی سروس کی تاریخوں کے لیے غیر متوقع بل ہیں جیسا کہ مذکورہ بالا (1) میں بیان کردہ ہے۔

مریض کا نام:	سروس کی تاریخ:
مریض کا ڈاک کا پتہ:	
بیمہ کار کا نام:	بیمہ کا ID نمبر:
فراہم کار کا نام:	فراہم کار کا فون نمبر:
فراہم کار کا ڈاک کا پتہ:	

(فراہم کار کے نام سے مختلف ہونے کی صورت میں)  
فراہم کار کا رابطے کا نام

فراہم کار کا رابطے کا ای میل  
ایڈریس:

کوئی بھی شخص جو جانتے بوجھتے ہوئے اور ارادہً کسی بیمہ کمپنی کو دھوکہ دے یا دوسرا شخص بیمے کے لیے درخواست یا ایسا دعویٰ جاتی بیان درج کروائے، جس میں بظاہر کوئی بھی غلط معلومات شامل ہوں، یا وہ کسی بھی حقیقت پر مبنی مواد سے متعلقہ معلومات کو، گمراہ کرنے کے مقصد کے تحت، چھپائے، فریب کارانہ بیمہ پر مبنی فعل کا مرتکب ہوتا ہے، جو کہ ایک جرم ہے، اور اسے سول جرمانہ بھی ہو گا جو کہ زیادہ سے زیادہ \$5,000 اور ایسی بر خلاف ورزی پر دعوے کی بیان کردہ قدر تک ہو سکتا ہے۔

دستخط  
کردہ بتاریخ:

(مریض یا فراہم کار  
کے) دستخط:

اگر اس فارم سے متعلق آپ کے کوئی بھی سوالات ہوں، تو محکمہ برائے مالیاتی سروسز ( Department of Financial Services) سے (800)342-3736 پر رابطہ کریں۔