



**MEDICAL PROVIDER FORENSIC RAPE EXAMINATION DIRECT REIMBURSEMENT
SUPPLEMENTAL INFORMATION (JUNE 2020)**

Itemized Bill Should be in the Same Form and Substance as that Billed to NYS Medicaid:

The itemized bill must include a billable code and charge for each line item (e.g., it is not acceptable for “pharmaceuticals” to be listed as one item), the sum total of all charges, and a valid sexual assault or sexual abuse diagnosis code.

Itemized Medical Bill Must Include At least One of the Following Diagnosis Codes:

<u>ICD 10 CODE</u>	<u>DESCRIPTION</u>
Z04.41	Encounter for Examination and Observation Following Alleged Adult Rape
Z04.42	Encounter for Examination and Observation Following Alleged Child Rape
T74.21XA	Adult Sexual Abuse, Confirmed, Initial Encounter
T76.21XA	Adult Sexual Abuse, Suspected, Initial Encounter
T74.22XA	Child Sexual Abuse, Confirmed, Initial Encounter
T76.22XA	Child Sexual Abuse, Suspected, Initial Encounter
Y04.8XXA	Assault by Other Bodily Force, Initial Encounter

Itemized Medical Bill Must Include One of the Following “Visit” Codes:

<u>CPT CODE</u>	<u>DESCRIPTION</u>
99202 - 99205	Office/Outpatient Visit, New
99212 - 99215	Office/Outpatient Visit, Est
99242 - 99245	Office Consultation
99281 - 99285	Emergency Dept Visit
99291	Critical Care, First Hour

FRE Claim Form Must Be Signed by a New York State Licensed Healthcare Provider:

Any New York State accredited hospital or licensed physician, nurse practitioner, registered nurse or physician assistant practicing within the State of New York whose performance of a sexual assault forensic examination is within the scope of practice of the discipline in which they hold a license or any other sexual assault examiner certified by the Department of Health to conduct a sexual assault forensic examination.

Provider Must Indicate Their Designated Profession on the Claim Form. These Professions Include:

- MD – Doctor of Medicine
- DO – Doctor of Osteopathic Medicine
- PA – Physician Assistant
- RN – Registered Nurse
- NP – Nurse Practitioner

**For Additional Information Regarding the New York State Office of Victim Services
Medical Provider Forensic Rape Examination Direct Reimbursement Program Contact:**

New York State Office of Victim Services
 Alfred E. Smith State Office Building
 80 South Swan St., Second Floor
 Albany, NY 12210
 (518) 457-8727
 (800) 247-8035

PAGE LEFT BLANK INTENTIONALLY

**Section Three: Victim Insurance Waiver
(To Be Completed by Victim/Legal Guardian)**

Available in Eight (8) Languages

ENGLISH

**SECTION THREE. VICTIM INSURANCE WAIVER (TO BE COMPLETED BY
VICTIM/LEGAL GUARDIAN)**

The law requires that the victim be advised orally and in writing that he or she may decline to provide insurance information.

I have been fully advised of the options of payment for the forensic exam and the outcomes resulting from my forensic payment decision. I understand that I may use private insurance benefits, including Medicaid, Medicare, HMO or any other insurance program for payment of the forensic exam provided to me. I have also been advised that I will have to use my private insurance if I file a claim with OVS for other medical services outside of the forensic exam. (Initial your selection for Option #1, #2 or #3 below.)

_____ **Option # 1** – I choose not to use my private insurance benefits but request that the OVS be billed directly. I decline to provide such information regarding private health insurance benefits because I believe that the provision of such information would substantially interfere with my personal privacy or safety.

_____ **Option # 2** – I do not have private insurance benefits and request that OVS be billed directly.

_____ **Option # 3** – I choose to use my private insurance benefits for payment, or I choose to pay for my care directly.

SPANISH

**SECCIÓN TRES. EXENCIÓN RELACIONADA CON EL SEGURO DE LA VÍCTIMA (DEBE
COMPLETARLA LA VÍCTIMA/EL TUTOR LEGAL)**

La ley exige que se informe a la víctima de forma verbal y por escrito de que puede negarse a dar información de seguros.

Me informaron plenamente de las opciones de pago para el examen forense y de las consecuencias de haber elegido ese pago. Entiendo que puedo usar beneficios de seguros privados, incluyendo Medicaid, Medicare, una Organización para el Mantenimiento de la Salud (HMO) o cualquier otro programa de seguros, para pagar el examen forense que me hicieron. Me informaron también de que deberé usar mi seguro privado si presento un reclamo en la Oficina de Servicios para Víctimas (OVS) por otros servicios médicos que no sean el examen forense. (Elija una de las opciones n.º 1, n.º 2 o n.º 3 y escriba sus iniciales al lado).

_____ **Opción n.º 1:** No quiero usar los beneficios de mi seguro privado, pero pido que se facture directamente a la OVS. Me niego a dar información sobre los beneficios de mi seguro médico privado porque considero que dar esa información afectaría considerablemente mi privacidad personal o mi seguridad.

_____ **Opción n.º 2:** No tengo un seguro privado y pido que se facture directamente a la OVS.

_____ **Opción n.º 3:** Quiero usar los beneficios de mi seguro privado para pagar o elijo pagar la atención directamente.

RUSSIAN

РАЗДЕЛ ТРЕТИЙ. ДОБРОВОЛЬНЫЙ ОТКАЗ ПОТЕРПЕВШЕЙ СТОРОНЫ ОТ ПРЕДОСТАВЛЕНИЯ ИНФОРМАЦИИ О СТРАХОВОМ ПОКРЫТИИ (ЗАПОЛНЯЕТСЯ ПОТЕРПЕВШЕЙ СТОРОНОЙ / ЗАКОННЫМ ПРЕДСТАВИТЕЛЕМ)

В соответствии с законом потерпевшую сторону следует уведомить устно и письменно о том, что она может отказаться предоставить информацию о страховом покрытии. Меня полностью проинформировали о вариантах оплаты судебно-медицинской экспертизы и о результатах, которые зависят от моего решения касательно оплаты судебно-медицинской экспертизы. Я понимаю, что могу воспользоваться личными льготами в рамках страхового покрытия, включая Medicaid, Medicare, НМО и другие программы страхования, в рамках которых покрываются расходы на проведение судебно-медицинской экспертизы. Мне также сообщили, что мне придется воспользоваться индивидуальным страховым покрытием, если я подам запрос в Управление защиты жертв насилия (Office of Victim Services, OVS) на предоставление других медицинских услуг, кроме судебно-медицинской экспертизы. (Поставьте свои инициалы возле варианта 1, 2 или 3 ниже.)

_____ **Вариант 1.** Я предпочитаю не использовать льготы своего индивидуального страхового покрытия, но прошу оплатить счет OVS напрямую. Я отказываюсь предоставлять информацию о своем индивидуальном страховом покрытии, потому что я считаю, что это может негативно повлиять на неприкосновенность моей частной жизни или мою безопасность.

_____ **Вариант 2.** У меня нет индивидуального страхового покрытия, и я прошу оплатить счет OVS напрямую.

_____ **Вариант 3.** Я предпочитаю использовать льготы своего индивидуального страхового покрытия либо оплатить расходы на уход самостоятельно.

HAITIAN CREOLE

TWAZYÈM SEKSYON: EGZANSYON POU ASIRANS VIKTIM (VIKTIM NAN/RESPONSAB LEGAL LA KI DWE RANPLI LI)

Lalwa egzije yo enfòmè vitkim nan aloral epi alekri li kapab refize bay enfòmasyon sou asirans lan.

Yo te byen enfòmè mwen sou opsyon peman mwen gen pou egzamen mediko-legal la epi rezilta ki vini apati desizyon peman mediko-legal mwen an. Mwen konprann mwen ka itilize avantaj asirans prive, tankou Medicaid, Medicare, HMO oswa nenpòt lòt pwogram asirans pou mwen peye egzamen mediko-legal yo ban mwen fè yo. Yo te enfòmè mwen tou mwen pral ka itilize asirans prive mwen an si mwen ranpli yon demann pou ranbousman ak OVS pou lòt sèvis medikal ki diferan ak egzamen mediko-legal la. (Ekri chwa ou fè pou Opsyon #1, #2 oswa #3 a anba la.)

_____ **Opsyon # 1** – Mwen chwazi pa itilize avantaj asirans prive mwen yo men mwen mande pou yo voye bòdwo bay OVS dirèkteman. Mwen refize bay enfòmasyon sa a konsènan avantaj asirans sante mwen yo paske mwen rete kwè si mwen bay yon enfòmasyon konsa sa ka gen gwo domaj sou lavi prive ak sekirite mwen.

_____ **Opsyon # 2** – Mwen pa gen okenn avantaj asirans prive epi mwen mande pou yo voye bòdwo a bay OVS dirèk.

_____ **Opsyon # 3** – Mwen chwazi itilize avantaj asirans prive mwen yo pou mwen peye, oswa mwen chwazi peye pou tretman mwen an dirèk.

KOREAN

섹션 3. 피해자 보험 의무 면제(피해자/법정 후견인이 행사할 수 있는 권리)

이 법에 따라 피해자는 구두 및 서면으로 보험 정보 제공을 거부할 수 있습니다.

본인은 포렌식 검사에 대한 지불 옵션 및 포렌식 지불 결정으로 발생하는 결과에 대해 충분히 조언받았습니다. 본인은 포렌식 검사 비용 지불을 위해, Medicaid, Medicare, HMO 또는 기타 보험 프로그램 등의 사보험 혜택을 사용할 수 있다는 사실을 이해합니다. 또한 본인은 포렌식 검사 이외의 다른 의료 서비스에 관하여 OVS에 청구를 하는 경우, 사보험을 이용해야 한다는 조언도 받았습니다. (아래 옵션 #1, #2 또는 #3을 선택하고 이니셜을 기입해주시요.)

_____ **옵션 # 1** - 본인은 사보험 혜택을 사용하지 않을 것이며, OVS에 직접 청구되도록 요청합니다. 본인은 건강 보험 혜택에 관한 정보를 제공하는 것을 거부합니다. 그러한 정보를 제공하게 되면, 본인의 사생활이나 안전에 있어 실질적인 침해가 발생할 것이라고 생각하기 때문입니다.

_____ **옵션 # 2** - 본인에게는 사보험 혜택이 없으며, 이에 OVS에 직접 청구되도록 요청합니다.

_____ **옵션 # 3** - 본인은 사보험 혜택을 이용하는 쪽을 택하거나, 아니면 직접 진료비를 지불하는 쪽을 택합니다.

BENGALI

তৃতীয় বিভাগ। আক্রান্তের বিমা অব্যাহতি (আক্রান্ত ব্যক্তি/তার আইনি অভিভাবক সম্পূর্ণ করবেন)

আইন অনুসারে আক্রান্ত ব্যক্তি মৌখিক বা লিখিতভাবে তার বিমার তথ্য দিতে অস্বীকার করতে পারেন। ফরেনসিক পরীক্ষার জন্য পেমেণ্টের বিকল্পগুলি এবং আমার ফরেনসিক পেমেণ্টের সিদ্ধান্তের ফলাফলের বিষয়ে আমাকে সম্পূর্ণভাবে তথ্য দেয়া হয়েছে। আমি বুঝেছি যে আমি Medicaid, Medicare, HMO বা আমাকে প্রদত্ত ফরেনসিক পরীক্ষার পেমেণ্টের জন্য অন্য কোনও বিমা প্রকল্প সহ বেসরকারি বিমা সুবিধা ব্যবহার করতে পারি। যদি আমি ফরেনসিক পরীক্ষার বাইরে অন্যান্য চিকিৎসা পরিষেবার জন্য OVS-এর কাছে দাবি দাখিল করি তাহলে আমাকে আমার বেসরকারি বিমা ব্যবহার করতে হবে তা আমাকে জানানো হয়েছে। (নিচে #1, #2 বা #3 বিকল্পের জন্য আপনার নির্বাচন জানান।)

_____ **বিকল্প # 1** - আমি আমার বেসরকারি বিমা সুবিধা ব্যবহার না করার সিদ্ধান্ত নিয়েছি, তবে OVS-কে সরাসরি বিল দিতে অনুরোধ করছি। আমি বেসরকারি স্বাস্থ্য বিমা সুবিধাগুলি সম্পর্কিত তথ্য প্রদান করতে অস্বীকার করছি কারণ আমি বিশ্বাস করি যে এই জাতীয় তথ্যের বিধানটি আমার ব্যক্তিগত গোপনীয়তা বা সুরক্ষায় যথেষ্ট পরিমাণে হস্তক্ষেপ করবে।

_____ **বিকল্প # 2** - আমার বেসরকারি বিমা সুবিধা নেই, তবে OVS-কে সরাসরি বিল দিতে অনুরোধ করছি।

_____ **বিকল্প # 3** - আমি পেমেণ্টের জন্য আমার বেসরকারি বিমা সুবিধাগুলি ব্যবহার করব বা আমি সরাসরি আমার পরিচর্যা জন্য পেমেণ্ট করব।

SIMPLIFIED CHINESE

第三部分：受害人保險豁免（由受害人/法定監護人填寫）

法律要求以口頭和書面形式告知受害人他/她可以拒絕提供保險信息。
我已充分了解為司法鑑定付款的方式以及我所做決定可能帶來的後果。我了解我可以使
用私人保險福利（包括 Medicaid、Medicare、HMO 或其他任何保險計劃）來支付提供給我的司法鑑定服務。我也了解，如果我針對司法鑑定之外的其他醫療服務向 OVS 提出索賠，我必須使用我的私人保險。（請在您選擇的選項前方簽上姓名首字母。）

選項 1 - 我選擇不使用我的私人保險福利，但是要求直接向 OVS 請款。我拒絕提供有關私人健康保險福利的此類信息，因為我認為提供此類信息會嚴重侵犯我的個人隱私或安全。

選項 2 - 我沒有私人保險福利，並要求直接向 OVS 請款。

選項 3 - 我選擇使用我的私人保險福利來支付，或者我選擇直接為我接受的護理付款。

TRADITIONAL CHINESE

第三部分：受害者保險減免（由受害者 / 法定監護人填寫）

法律要求應以口頭與書面形式讓受害者瞭解其可拒絕提供保險資訊。
我已完全瞭解鑑識檢驗的付款方式以及我對付款方式的決定會產生的結果。我瞭解我可以使
用私人保險權益，包括 Medicaid、Medicare、HMO 或其他任何保險計畫，來支付向我提供的鑑識檢驗。我亦瞭解，如果我向 OVS 提出關於鑑識檢驗以外之其他醫療服務的索賠，就必須使用私人保險。（用姓名首字母簽名以選擇選項 1、2 或 3。）

選項 1 - 我選擇不使用私人保險權益，但是要求直接向 OVS 收費。我拒絕提供此類有關私人健康保險權益的資訊，因為我認為提供此類資訊會嚴重損害我的個人隱私或安全。

選項 2 - 我沒有私人保險權益，並要求直接向 OVS 收費。

選項 3 - 我選擇使用私人保險權益付款，或我選擇直接支付照護費用。