

Formulario de protección contra facturación sorpresa

El propósito de este documento es informarle sobre sus protecciones contra facturas médicas inesperadas. También pregunta si le gustaría renunciar a esas protecciones y pagar más por la atención fuera de la red.

IMPORTANTE: No está obligado a firmar este formulario y no debe firmarlo si no tenía una opción de proveedor de atención médica cuando recibió atención. Puede optar por obtener atención de un proveedor o centro de la red de su plan de salud, lo que puede costarle menos.

Si desea obtener ayuda con este documento, pregunte a su proveedor o a un defensor del paciente. Tome una foto o guarde una copia de este formulario para sus registros.

Usted recibe este aviso porque este proveedor o centro no está en la red de su plan de salud. Esto significa que el proveedor o centro no tienen un acuerdo con su plan.

Recibir atención de este proveedor o centro podría costarle más.

Si su plan cubre el artículo o servicio que está recibiendo, la ley federal lo protege de facturas más altas:

- Cuando recibe atención de emergencia de proveedores y centros fuera de la red, o
- Cuando un proveedor fuera de la red lo trata en un hospital o centro quirúrgico ambulatorio dentro de la red sin su conocimiento o consentimiento.

Pregunte a su proveedor de atención médica o defensor del paciente si necesita ayuda para saber si estas protecciones se aplican a usted.

Si firma este formulario, puede pagar más porque:

- Renuncia a sus protecciones en virtud de la ley.
- Es posible que deba los costos totales facturados por los artículos y servicios recibidos.
- Es posible que su plan de salud no cuente ninguna de las cantidades que paga hacia su deducible y el límite de desembolso. Comuníquese con su plan de salud para obtener más información.

Usted **no** debería firmar este formulario si **no** tenía opción de proveedores cuando recibió la atención. Por ejemplo, si se le asignó un médico sin oportunidad de hacer un cambio.

Antes de decidir si firmar este formulario, puede comunicarse con su plan de salud para encontrar un proveedor o centro dentro de la red. Si no hay uno, su plan de salud podría llegar a un acuerdo con este proveedor o centro u otro.

Consulte la página siguiente para obtener una estimación de sus costos.

Estimación de lo que podría pagar

Nombre del paciente: _____

Nombre del proveedor o centro fuera de la red: _____

Estimación del costo total de lo que se le puede pedir que pague:	
---	--

- ▶ **Revise su estimación detallada.** Consulte la página 4 para obtener una estimación de costos para cada artículo o servicio que obtendrá.
- ▶ **Llame a su plan de salud.** Es posible que su plan tenga mejor información sobre cuánto se le pedirá que pague. También puede preguntar sobre lo que está cubierto por su plan y las opciones de su proveedor.
- ▶ **¿Tiene preguntas sobre este aviso y la estimación?** Llame a asesoramiento financiero al 800-423-0523 y marque 4 para obtener estimaciones.
- ▶ **¿Tiene preguntas sobre sus derechos?** Llame a los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) al 1-800-985-3059.

Autorización previa u otras limitaciones de administración de la atención

Excepto en una emergencia, su plan de salud puede requerir autorización previa (u otras limitaciones) para ciertos artículos y servicios. Esto significa que es posible que necesite la aprobación de su plan de que cubrirá un artículo o servicio antes de recibirlo. Si se requiere autorización previa, pregunte a su plan de salud qué información es necesaria para obtener cobertura.

Comprenda sus opciones

También puede obtener los artículos o servicios descritos en este aviso de estos proveedores que están dentro de la red de su plan de salud:

Más información sobre sus derechos y protecciones

Visite [sitio web] para obtener más información sobre sus derechos bajo la ley federal.

Más detalles sobre su estimación

Nombre del paciente:

Nombre del proveedor o centro fuera de la red:

La cantidad a continuación es sólo una estimación; no es una oferta o contrato de servicios. Esta estimación muestra los costos estimados completos de los artículos o servicios enumerados. No incluye ninguna información sobre lo que su plan de salud puede cubrir. Esto significa que **el costo final de los servicios puede ser diferente de esta estimación.**

Comuníquese con su plan de salud para averiguar cuánto, si lo hay, pagará su plan y cuánto tendrá que pagar usted.

Fecha del servicio	Código de servicio	Descripción	Importe estimado a facturar
Estimación total de lo que puede deber:			