

## Formulario de protección contra facturas inesperadas

El objetivo de este documento es informar sobre sus protecciones frente a facturas médicas inesperadas. También se le pregunta si desea renunciar a esas protecciones y pagar más por la atención fuera de la red.

**IMPORTANTE:** No es necesario que firme este formulario y no debe firmarlo si no tiene la opción de elegir un proveedor de atención médica cuando recibió la atención. Puede optar por recibir atención de un proveedor o centro de la red de su plan de salud, lo que puede costarle menos.  
Si desea ayuda con este documento, pregúntele a su proveedor o defensor de pacientes. Tome una fotografía y / 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 tiene 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 le protege de facturas más elevadas:

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

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

Si firma este formulario, es posible que pague más porque

- Está renunciando a las protecciones que le otorga la ley.
- Es posible que deba los costes totales facturados por los artículos y servicios recibidos.
- Es posible que su plan de salud no cuente ninguna de las cantidades que usted paga para su deducible y límite de gastos de bolsillo. Póngase en contacto con su plan de salud para obtener más información.

No debe firmar este formulario si no tuvo la posibilidad de elegir los proveedores cuando recibió la atención. Por ejemplo, si le asignaron un médico sin posibilidad de cambiar.

Antes de decidir si va a firmar este formulario, puede ponerse en contacto con su plan de salud para encontrar un proveedor o centro de la red. Si no hay ninguno, su plan de salud podría llegar a un acuerdo con este proveedor o centro, o con otro.

En la página siguiente encontrará una estimación de los costes.

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_

Proveedor (es) fuera de la red o nombre del Centro: \_\_\_\_\_

<b>Estimación del costo total de lo que se le puede pedir que pague:</b>	
--	--

► **Revise su presupuesto detallado. En la página 4 encontrará una estimación del coste de cada artículo o servicio que recibirá.**

► **Llame a su plan de salud. Es posible que su plan tenga mejor información sobre lo que tendrá que pagar. También puede preguntar sobre lo que cubre su plan y sus opciones de proveedores.**

► **¿Preguntas sobre esta notificación y este presupuesto? Llame al [introduzca la información de contacto de un representante del proveedor o del centro para que le explique los documentos y el presupuesto y responda a cualquier pregunta, si es necesario].**

**Si tiene preguntas sobre sus derechos, póngase en contacto con [información de contacto del organismo federal o estatal correspondiente].**

#### **Autorización previa u otras limitaciones de la gestión de la atención.**

[Ingrese (1) información específica sobre la autorización previa u otras limitaciones de administración de la atención que sean o puedan ser requeridas por el plan de salud o la cobertura de la persona, y las implicaciones de esas limitaciones para la capacidad de la persona para recibir cobertura para esos artículos o servicios, o (2) incluya la siguiente declaración general:

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 obtenerlos. Si se requiere autorización previa, pregunte a su plan de salud qué información es necesaria para obtener cobertura.]

#### **Entender 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 según la ley federal.

2

**Al firmar, renunció a las protecciones federales del consumidor y aceptó pagar más por la atención fuera de la red.**

Con mi firma, estoy diciendo que acepto obtener los artículos o servicios de (seleccione



Nombre del proveedor o centro fuera de la red: \_\_\_\_\_

El importe que figura a continuación es sólo una estimación; no es una oferta ni un contrato de servicios. Esta estimación muestra el coste total estimado de los artículos o servicios indicados. No incluye ninguna información sobre lo que puede cubrir su plan de salud. Esto significa que el coste final de los servicios puede ser diferente a esta estimación.

***Póngase en contacto con su plan de salud para saber cuánto pagará su plan, si es que lo hace, y cuánto podría tener que pagar usted.***

[ Indique el coste estimado de buena fe de los artículos y servicios que serían suministrados por el proveedor o centro indicado, más el coste de cualquier artículo o servicio que razonablemente se prevea suministrar junto con dichos artículos o servicios. Suponga que no se cubrirá ninguno de los artículos y servicios].

[ Complete la tabla siguiente con cada artículo y servicio, la fecha del servicio y el coste estimado. Añada filas adicionales si es necesario. El importe total de la página 2 debe ser igual al total de **cada una de las estimaciones de costes incluidas en la tabla**].

<b>Fecha de servicio</b>	<b>Código de servicio</b>	<b>Descripción</b>	<b>Importe estimado a facturar</b>
Estimación total de lo que puede deber:			