



Formulario de protección contra la facturación sorpresa

El objetivo de este documento es informarle sobre su protección frente a facturas médicas inesperadas. También le pregunta si quiere 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 pudo elegir el 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, consulte a su proveedor o a un defensor de pacientes. Tome una fotografía y/o guarde una copia de este formulario para sus archivos.

Está recibiendo 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 producto o servicio que va a recibir, la ley federal lo protege de facturas más elevadas:

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

Consulte a su proveedor de atención médica o al defensor de pacientes si necesita ayuda para saber si estas protecciones aplican a su caso.

Si firma este formulario, es posible que pague más porque:

- Está renunciando a su protección ante la ley.
- Es posible que deba pagar la totalidad de los costos facturados por los productos y servicios recibidos.
- Es posible que su plan de salud no considere ninguna de las cantidades que usted paga para su deducible y límite de desembolso. Comuníquese con su plan de salud para obtener más información.

No debe firmar este formulario si **no** tuvo la posibilidad de elegir proveedores cuando recibió la atención.

Por ejemplo, si se le asigna un médico sin posibilidad de hacer un cambio.

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

Consulte la página siguiente para consultar una estimación de costos.

Estimación de lo que podría pagar

Nombre del paciente: _____

El nombre del proveedor(es) o centro fuera de la red: _____

Estimación del costo total que se le podría solicitar que pague:

- **Revise la estimación detallada.** En la página 4, encontrará una estimación del costo de cada producto o servicio que obtendrá.
- **Comuníquese con su plan de salud.** Su plan puede tener mejor información sobre la cantidad que se le pedirá que pague. También puede preguntar sobre lo que cubre su plan y sus opciones de proveedores.
- **¿Preguntas sobre este aviso y estimación?** 419-557-7879
- **¿Preguntas sobre sus derechos?** Comuníquese al 1-800-985-3059

Autorización previa u otras limitaciones en la gestión de la atención

Salvo en caso de emergencia, su plan de salud puede exigir una autorización previa (u otras limitaciones) para determinados productos y servicios. Esto significa que puede necesitar la aprobación de su plan para que cubra un producto o servicio antes de obtenerlo. Si se requiere una autorización previa, consulte a su plan de salud qué información es necesaria para obtener la cobertura.

Cómo comprender sus opciones

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

Para más información sobre sus derechos y protecciones, comuníquese al 1-800-985-3059 / CMS o visite:

<https://www.cms.gov/nosurprises/consumers>

Más detalles sobre la estimación

Nombre del paciente: _____

El nombre del proveedor(es) o centro fuera de la red: _____

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

Comuníquese con su plan de salud para saber cuánto pagará su plan, si es que lo hace, y cuánto puede tener que pagar usted.

Fecha del servicio	Código del servicio	Descripción	Monto estimado a facturar
Estimación del total adeudado:			