# Formulario de protección contra facturación sorpresa

## Este documento describe sus protecciones contra facturas médicas inesperadas. En el presente también se le consultará 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 tenía una opción de proveedor de atención médica antes de programar la atención. Puede elegir recibir atención de un proveedor o centro de la red de su plan de salud, lo que podría costarle menos.

Si desea ayuda con este documento, pídasela a su proveedor o a un defensor de pacientes. Tome una foto o conserve una copia de este formulario para sus registros.

Recibe esta notificación porque este proveedor o centro no está en la red de su plan de salud y se considera fuera de la red. Esto significa que el proveedor o centro no tiene un acuerdo con su plan para proporcionar servicios. **Es probable que recibir atención de este proveedor o en este centro le cueste más dinero.**

Si su plan cubre el artículo o servicio que usted va a recibir, la ley federal le protege de facturas más altas cuando:

* Recibe atención de emergencia de un proveedor o centro fuera de la red.
* O bien, un proveedor fuera de la red le trata en un hospital o centro quirúrgico ambulatorio dentro de la red sin obtener su consentimiento para recibir una factura más alta.

Consulte con su médico o defensor del paciente si no está seguro si estas protecciones se aplican a usted. Si firma este formulario, tenga en cuenta que podría pagar más debido a lo siguiente:

* Renuncia a sus protecciones legales contra facturas más altas.
* Es posible que adeude los costos totales facturados por los artículos y servicios que obtenga.
* Es posible que su plan de salud no cuente con ningún monto que usted paga para su deducible y su límite de gastos a su cargo. Comuníquese con su plan de salud para obtener más información.

Antes de decidir si desea firmar este formulario, puede comunicarse con su plan de salud para buscar un proveedor o centro dentro de la red. Si no hay ninguno, también puede consultar con su plan de salud si es posible llegar a un acuerdo con este proveedor o centro (o cualquier otro) para reducir sus costos. Consulte la siguiente página para conocer su estimación de costos.

## Estimación de lo que podría pagar si renuncia a sus protecciones

**Nombre del paciente: Nombre del proveedor o centro fuera de la red:**

**Estimación del costo total de lo que se le podría pedir que pague:**

* **Revise su estimación detallada**. Consulte la página 4 para obtener una estimación de los costos de cada artículo o servicio que recibirá.
* **Llame a su plan de salud**. Es posible que su plan tenga mejor información sobre cuánto se le pedirá que pague. También puede consultar sobre lo que su plan cubre y sobre sus opciones de proveedor.
* **¿Tiene preguntas sobre esta notificación y estimación?** Comuníquese con [Introduzca la información de contacto de un representante del proveedor o centro para que le explique los documentos y las estimaciones a la persona, y responda cualquier pregunta, según sea necesario].
* ¿Tiene preguntas sobre sus derechos? Comuníquese con [Inserte la información de contacto de la agencia federal o estatal correspondiente. El número de teléfono federal para información y quejas es 1-800-985-3059].

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

*[Introduzca (1) información específica sobre la autorización previa u otras limitaciones de gestión 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 sobre la capacidad de la persona para recibir cobertura por esos artículos o servicios, o (2) incluya la siguiente declaración general:*

Excepto en caso de emergencia, su plan de salud puede requerir autorización previa (o tener otras limitaciones) para ciertos artículos y servicios. Esto significa que es posible que necesite la aprobación de su plan mediante la cual indique que cubrirá los artículos o servicios antes de que usted pueda obtenerlos. Si su plan requiere autorización previa, consulte qué información se necesita para que usted reciba la cobertura].

*[En el caso de que esta notificación sea proporcionada para servicios de posteriores a la estabilización por un proveedor no participante dentro de un centro de emergencia participante, incluya el texto inmediatamente a continuación e introduzca una lista de los proveedores participantes en el centro que pueden proporcionar los artículos o servicios descritos en esta notificación].*

**Conozca sus opciones**

Puede obtener los artículos o servicios descritos en esta notificación de los siguientes proveedores que están en la red de su plan de salud:

**Más información sobre sus derechos y protecciones**

Visite [Inserte el sitio web que describe las protecciones federales, como [www.cms.gov/nosurprises/consumers](http://www.cms.gov/nosurprises/consumers)] para obtener más información sobre sus derechos en virtud de la ley federal.

## Al firmar, entiendo que renuncio a mis protecciones federales al consumidor y que es posible que tenga que pagar más por la atención fuera de la red.

Con mi firma, acepto obtener los artículos o servicios de (seleccione todas las opciones que correspondan):

* + *[Nombre del médico o proveedor] [Si el consentimiento se otorga para varios médicos o proveedores, proporcione una casilla de verificación separada para cada médico o proveedor]*
	+ *[Nombre del centro]*

Con mi firma, reconozco que doy mi consentimiento por voluntad propia y que no he sido presionado ni obligado. También reconozco lo siguiente:

* Renuncio a algunas protecciones de facturación al consumidor en virtud de la ley federal.
* Es posible que tenga que pagar todos los cargos por estos artículos y servicios, o que tenga que pagar costos compartidos adicionales fuera de la red en virtud de mi plan de salud.
* Recibí una notificación por escrito el *[introduzca la fecha de la notificación]* que explicaba que mi proveedor o centro no está en la red de mi plan de salud, describía el costo estimado de cada servicio y declaraba lo que podría adeudar si acepto recibir tratamiento de este proveedor o en este centro.
* Recibí la notificación en papel o electrónicamente, de acuerdo con mi elección.
* Comprendo total y completamente que es posible que algunos o todos los montos que pague no se contabilicen para el deducible o el límite de gastos a mi cargo de mi plan de salud.
* Puedo finalizar este acuerdo notificándolo al proveedor o centro por escrito antes de recibir los servicios.

**IMPORTANTE: No tiene que firmar este formulario. Si no firma, es posible que no reciba tratamiento de este proveedor o en este centro, pero puede optar por recibir atención de un proveedor o centro que esté en la red de su plan de salud.**

 o Firma del paciente Firma del tutor/representante autorizado

Nombre en letra de imprenta del paciente Nombre en letra de imprenta del tutor/
 representante autorizado

Fecha y hora de la firma Fecha y hora de la firma

**Tome una foto o conserve una copia de este formulario.**

**Contiene información importante sobre sus derechos y protecciones.**

## Más detalles sobre su estimación del costo total

**Nombre del paciente:**

**Nombre del proveedor o centro fuera de la red:**

El importe que aparece a continuación es solo una estimación; no es una oferta ni un 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 si su plan pagará alguna parte de estos costos y cuánto podría tener que pagar de su bolsillo.**

*[Introduzca el costo estimado de buena fe de los artículos y servicios que proporcionaría el proveedor o centro enumerado más el costo de cualquier artículo o servicio que se espera razonablemente que se proporcione junto con dichos artículos o servicios. Suponga que no se proporcionará cobertura para ninguno de los artículos y servicios].*

*Para cada proveedor o centro descritos en la notificación, complete la siguiente tabla llenando cada columna por cada artículo y servicio que debe proporcionar el proveedor o centro. Añada filas adicionales si es necesario. Si la notificación es para más de un centro o proveedor, enumere los artículos y servicios que debe proporcionar el mismo centro o proveedor en filas adyacentes, y proporcione una estimación subtotal por cada centro y proveedor. Si la notificación es para un centro o un proveedor, la estimación subtotal puede omitirse. El importe total en la página 2 debe ser igual al total de cada una de las estimaciones de costos incluidas en la tabla].*

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Fecha de servicio** | **Nombre del proveedor o centro** | **Código de servicio** | **Descripción** | **Importe estimado que se facturará** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| **Subtotal para [Inserte el nombre del proveedor o centro]:** |  |
| **Estimación total de lo que usted podría adeudar:** |  |