



Formulario de protección de facturación sorpresa

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

IMPORTANTE: No es necesario que firme este formulario y no debe hacerlo si no tenía la opción de elegir un proveedor de atención médica cuando recibió la atención. Puede optar por recibir atención médica de un proveedor o centro de la red de su plan de salud, que puede costarle menos.

Si desea ayuda con este documento, pregunte a su proveedor o a un defensor del paciente. Tome una fotografía y/o guarde una copia de este formulario para guardar en sus registros médicos.

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 convenio con su plan.

Obtener 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 atiende en un hospital o centro quirúrgico ambulatorio dentro de la red sin su conocimiento o consentimiento.

Pregúntele a su proveedor de atención médica o al 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 sus protecciones bajo 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 nada de la cantidad que paga para su deducible y límite de gastos de bolsillo. Comuníquese con su plan de salud para obtener más información.

No **debe** firmar este formulario si **no** tuvo más opciones de proveedores para elegir cuando recibió atención médica. Por ejemplo, si se le asignó un médico sin la oportunidad de hacer un cambio.

Antes de decidir si firma 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, o con algún otro.

Consulte la página siguiente para conocer su costo estimado.

La estimación de lo que podría pagar

Nombre del paciente: _____

Proveedor(es) fuera de la red o nombre del centro: Memorial Sloan Kettering

La 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 del costo de cada artículo o servicio que recibirá.
- ▶ **Llame a su plan de salud.** Su plan puede tener mejor información sobre cuánto se le pedirá que pague. También puede preguntar sobre lo que cubre su plan y sus opciones de proveedores.
- ▶ **¿Tiene preguntas sobre este aviso y estimaciones ?** Llame a Servicios de facturación para pacientes al 646-227-3378 o los pacientes internacionales pueden comunicarse con el Centro internacional al 212-639-4900.
- ▶ **¿Tiene preguntas sobre sus derechos?** Comuníquese con el Departamento de Servicios Financieros del Estado de Nueva York para obtener información sobre sus derechos según la ley del Estado de Nueva York al 1-800-342-3736. Comuníquese con CMS al 1-800-985-3059 para obtener información sobre sus derechos según la ley federal.

Autorización previa u otras limitaciones de gestión de la atención

Incluya la siguiente declaración general:

Excepto en caso de 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 para cubrir 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].

[En el caso de que un proveedor no participante proporcione este aviso para servicios posteriores a la estabilización dentro de un centro de emergencia participante, incluya el idioma inmediatamente debajo e ingrese una lista de cualquier proveedor participante en el centro que pueda proporcionar los artículos o servicios descrito en este aviso]

Comprender sus opciones

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

Más información sobre sus derechos y protecciones

Visite www.cms.gov/nosurprises para obtener más información sobre sus derechos bajo la ley federal.

Al firmar, renuncio a mis protecciones federales al consumidor y acepto pagar más por la atención médica fuera de la red.

Con mi firma, declaro que acepto obtener los artículos o servicios de:

- Memorial Sloan Kettering Cancer Center*

Con mi firma, reconozco que doy mi consentimiento por mi propia voluntad y que no estoy siendo coaccionado ni presionado. También entiendo que:

- Renuncio a algunas protecciones de facturación al consumidor según la ley federal.
- Es posible que reciba una factura por los cargos completos de estos artículos y servicios, o que tenga que pagar un costo compartido fuera de la red según mi plan de salud.
- Recibí un aviso por escrito el _____ explicando que mi proveedor o centro no está en la red de mi plan de salud, el costo estimado de los servicios y lo que podría deber si acepto ser tratado por este proveedor o centro.
- Recibí el aviso en papel o electrónicamente, de acuerdo con mi elección.
- Entiendo total y completamente que algunos o todos los montos que pago podrían no contar para el deducible o el límite de gastos de bolsillo de mi plan de salud.
- Puedo terminar este acuerdo notificando al proveedor o centro por escrito antes de recibir los servicios.

IMPORTANTE: No **está** obligado a firmar este formulario. Pero si no firma, es posible que este proveedor o centro no le atienda. Puede optar por recibir atención de un proveedor o centro de la red de su plan de salud.

Firma del paciente

o _____
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 fotografía y/o guarde una copia de este formulario.
Contiene información importante sobre sus derechos y protecciones.

