



SIERRA VIEW MEDICAL CENTER FORMULARIO DE PROTECCIÓN DE FACTURACIÓN INESPERADA

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

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

Si desea ayuda con este documento, pregúntele a su proveedor o procurador de pacientes. Tome una fotografía y/o guarde una copia de este formulario para sus registros.

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

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 e instalaciones fuera de la red, o
- Cuando un proveedor fuera de la red lo trata en un hospital o centro quirúrgico ambulatorio de la red sin su conocimiento o consentimiento.

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

Si firma este formulario, puede pagar 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 parte del monto que paga hacia su deducible y límite de desembolso personal. Comuníquese con su plan de salud para obtener más información.

No debe firmar este formulario si no tuvo la opción de proveedores al recibir atención. Por ejemplo, si se le asignó un médico sin la oportunidad de hacer un cambio.

Antes de decidir si debe 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 ver su estimación de costos.

SIERRA VIEW MEDICAL CENTER FORMULARIO DE PROTECCIÓN DE FACTURACIÓN INESPERADA

Estimación de lo que podría pagar

Nombre del paciente: _____

Proveedor(es) fuera de la red de atención o nombre del centro médico: _____

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

- **Revise su presupuesto detallado.** Consulte la página 4 para obtener una estimación del costo 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 preguntar qué cubre su plan y las opciones de su proveedor.
- **¿Preguntas sobre este aviso y presupuesto?** Llame a nuestro Departamento de Asesoramiento Financiero al (559) 788-6143 o (559) 788-6002 durante el horario normal de atención, de Lunes a Viernes de 8:00am a 4:30pm.
- **¿Preguntas sobre sus derechos?** Comuníquese al 1-888-466-2219 para asuntos de cumplimiento relacionados con planes regulados por el Estado, o al 1-800-985-3059 (<https://www.cms.gov/nosurprises/consumers>) para asuntos de cumplimiento relacionados con planes regulados a nivel Federal.

Autorización previa u otras limitaciones de la gestión 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 obtenerlos. Si se requiere autorización previa, pregunte a su plan de salud qué información es necesaria para obtener cobertura.

Más información sobre sus derechos y protecciones

Visite <https://www.cms.gov/nosurprises/consumers> para obtener más información sobre sus derechos según la ley federal.



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

Con mi firma, afirmo que acepto recibir los artículos o servicios de (seleccione todo lo que corresponda):

Sierra View Medical 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 bajo la ley federal.
- Es posible que reciba una factura por los cargos completos de estos artículos y servicios, o tenga que pagar costos compartidos fuera de la red según mi plan de salud.
- Recibí un aviso por escrito el _____ en el que se explica que mi proveedor o centro no está en la red de mi plan de salud, el costo estimado de los servicios y lo que puedo deber si acepto recibir tratamiento de 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 contribuir al deducible o al límite de desembolso directo de mi plan de salud.
- Puedo terminar este acuerdo notificando al proveedor o al 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 lo atienda. Puede optar por recibir atención de un proveedor o centro de la red de su plan de salud.

O

Firma del paciente

Firma del guardián/representante autorizado

Nombre del paciente (molde)

Nombre del guardián/representante autorizado (molde)

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.

SIERRA VIEW MEDICAL CENTER

FORMULARIO DE PROTECCIÓN DE FACTURACIÓN INESPERADA

Más detalles sobre su Estimación de Costo:

Nombre del paciente: _____

Proveedor(es) fuera de la red de atención o nombre del centro médico: _____

La cantidad a continuación es solo una estimación; no es una oferta ni un contrato de servicios. Esta estimación muestra los costos estimados totales de los artículos 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 averiguar cuánto pagará su plan, si corresponde, y cuánto tendrá que pagar usted.

[Ingrese el costo estimado de los artículos y servicios que serían proporcionados por el proveedor o instalación enumerados, más el costo de cualquier artículo o servicio que razonablemente se espera que se brinde junto con dichos artículos o servicios. Suponga que no se proporcionará cobertura para ninguno de los artículos y servicios.]

[Complete la siguiente tabla con cada artículo y servicio, fecha de servicio y costo estimado. Agregue filas adicionales si es necesario. El monto 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.	Código de servicio.	Descripción.	Monto estimado a facturar.
--------------------	---------------------	--------------	----------------------------

Estimación total de lo que puede deber:
