

**AVISO DE DIVULGACIÓN MODELO SOBRE LAS
PROTECCIONES DEL PACIENTE CONTRA LA
FACTURACIÓN SORPRESA**

Página 1 de 2

•Este formulario completo debe presentarse en el registro médico•

DATE

HOSP. #

NAME

BIRTH DATE

IF NO PATIENT LABEL, PLEASE PRINT DATE, HOSP. #, AND NAME

Para ver el Aviso de Asistencia Lingüística de University of Iowa Health Care, visite
https://www.healthcare.uiowa.edu/marcom/uihc/translation/point_to_your_language.pdf.

Sus Derechos y Protecciones Contra Facturación de Servicios Médicos Sorpresa

Cuando reciba atención de emergencia o es tratado por un proveedor fuera de la red en un hospital o centro quirúrgico ambulatorio dentro de la red, está protegido contra la facturación por costos no cubiertos por el seguro. No se le debe cobrar más que los copagos, coaseguros y/o deducibles de su plan.

¿Qué es la "facturación por costos no cubiertos" (a veces llamada "facturación sorpresa")?

Cuando ve a un médico u otro proveedor médico, quizás tenga ciertos [costos de bolsillo](#), como un [copago](#), [coaseguro](#) o [deducible](#). Quizás tenga costos adicionales o que deba pagar la factura completa si consulta a un proveedor o centro de atención médica que no está en la red de su plan de salud.

"Fuera de la red" son proveedores y centros que no han firmado un contrato con su plan de salud para brindar servicios. Es posible que los proveedores fuera de la red puedan facturarle la diferencia entre lo que paga su plan y el monto total cobrado por un servicio. Esto se llama **"facturación por costos no cubiertos"**. Es probable que esta cantidad sea mayor que los costos dentro de la red por el mismo servicio y es posible que no cuenten por el deducible o el límite anual de gastos de bolsillo de su plan.

La "facturación sorpresa" es una factura inesperada. Esto puede suceder cuando no puede controlar quién está involucrado en su atención, como cuando tiene una emergencia o cuando programa una cita en un centro dentro de la red, pero es tratado inesperadamente por un proveedor fuera de la red. Las facturas médicas sorpresa pueden costar miles de dólares según el procedimiento o servicio.

Está protegido contra la facturación por costos no cubiertos:

Servicios de emergencia

Si tiene una afección médica de emergencia y recibe servicios de emergencia de un proveedor o centro fuera de la red, lo máximo que pueden facturarle es el monto de costos compartidos dentro de la red de su plan (como copagos, coaseguros y deducibles). No se le puede facturar el saldo por estos servicios de emergencia. Esto incluye los servicios que puede recibir después de estar en condición estable, a menos que dé su consentimiento por escrito y renuncie a sus protecciones para que no se le facture el saldo por estos servicios posteriores a la estabilización.

Ciertos servicios en un hospital o centro quirúrgico ambulatorio dentro de la red

Cuando recibe servicios de un hospital o centro quirúrgico ambulatorio dentro de la red, ciertos proveedores pueden estar fuera de la red. En estos casos, lo máximo que esos proveedores pueden facturarle es el monto de costos compartidos dentro de la red de su plan. Esto se aplica a los servicios de medicina de emergencia, anestesia, patología, radiología, laboratorio, neonatología, cirujano asistente, hospitalista o intensivista. Estos proveedores no pueden facturarle por el balance de costos no cubiertos y no pueden pedirle que renuncie a sus protecciones para que no se le facture el saldo.

Si recibe otros tipos de servicios en estos centros dentro de la red, los proveedores fuera de la red **no pueden** facturarle el saldo, a menos que dé su consentimiento por escrito y renuncie a sus protecciones.

Continúa en la próxima página

OMB Control Number: 0938-1401

Nunca se le exige que renuncie a sus protecciones contra la facturación de saldos. Tampoco está obligado a recibir atención fuera de la red. Puede elegir un proveedor o centro en la red de su plan.

Cuando no se permite la facturación por costos no cubiertos, también tiene estas protecciones:

- Solo es responsable de pagar su parte del costo (como los copagos, el coaseguro y el deducible que pagaría si el proveedor o el centro estuviera dentro de la red). Su plan de salud pagará directamente cualquier costo adicional a los proveedores y centros fuera de la red.
- Por lo general, su plan de salud debe:
 - Cubrir los servicios de emergencia sin requerir que obtenga la aprobación de los servicios por adelantado (también conocido como "autorización previa").
 - Cubrir los servicios de emergencia de proveedores fuera de la red.
 - Basar lo que le debe al proveedor o centro (costo compartido) en lo que le pagaría a un proveedor o centro dentro de la red y muestre esa cantidad en su explicación de beneficios.
 - Contar cualquier monto que pague por servicios de emergencia o servicios fuera de la red para su deducible dentro de la red y límite de gastos de bolsillo.

Si cree que se le ha facturado incorrectamente, comuníquese con la oficina del Servicio de Facturación al Paciente de Atención Médica de la Universidad de Iowa al 1-866-393-4605 o PFS-PatientBilling@uiowa.edu. El horario de oficina es de lunes a viernes, de 8 a.m. a 5 p.m.

El número de teléfono federal para información y quejas es 1-800-985-3059. Visite www.cms.gov/nosurprises para obtener más información sobre sus derechos bajo la ley federal.

Al firmar a continuación, acepto que he recibido y / o me han ofrecido una copia del Aviso de divulgación de la Ley Sin Sorpresas de University of Iowa Health Care. Tengo derecho a revisar el Aviso de divulgación de la Ley Sin Sorpresas antes de firmar este formulario.

University of Iowa Health Care tiene derecho a cambiar el Aviso de divulgación de la Ley Sin Sorpresas. El Aviso de divulgación revisado de la Ley Sin Sorpresas se publicará en línea en https://www.healthcare.uiowa.edu/marcom/uihc/billing/Balance_Billing_Rights_and_Protections.pdf, y habrá copias disponibles en los lugares de registro.

Firma: NO FIRME, SOLO DOCUMENTO DE REFERENCIA Fecha: _____ Hora: _____
(Paciente o persona legalmente autorizada para dar consentimiento por el paciente)

(Nombre en molde del paciente o persona legalmente autorizada)

Parentesco con el paciente o persona legalmente autorizada)

Declaración sobre la Ley de Reducción del Uso de Papel De acuerdo con la Ley de Reducción de uso de Papel de 1995, ninguna persona está obligada a responder a una petición de información a menos que muestre un número de control válido de la OMB. El número de control válido de la OMB para esta petición de información es 0938-1401. Esta petición de información es utilizada por proveedores e instalaciones, planes y emisores para proporcionar divulgaciones sobre las protecciones de los pacientes contra la facturación por costos no cubiertos. Se estima que el tiempo requerido para completar esta petición de información es de menos de 1 minuto por respuesta, incluido el tiempo para revisar las instrucciones y notificar al paciente, beneficiario o afiliado. Esta petición de información es obligatoria (Sección 2799B-3 de la Ley PHS, agregada por la Ley de Facturación sin Sorpresas y codificada en 45 CFR 149.430) y debe estar disponible públicamente. Si tiene comentarios sobre la precisión de las estimaciones de tiempo o sugerencias para mejorar este formulario, escriba a: CMS, 7500 Security Boulevard, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850 o Russell.tippes@cms.hhs.gov, Attention: Information Collections Clearance Officer.

OMB Control Number: 0938-1401