

## Formulario de Asignación de Beneficios por Gastos Médicos Sorpresa Fuera de la Red del Estado de Nueva York

Utilice este formulario si recibe una factura sorpresa por servicios de atención médica y desea que los servicios sean tomados como si estuviesen dentro de la red. Para usar este formulario, usted debe: (1) completarlo y firmarlo; (2) enviar una copia a su prestador de atención médica (incluir una copia de la factura o facturas); y (3) enviar una copia a su compañía de seguros (incluir una copia de la factura o facturas). Si no sabe si se trata de una factura sorpresa, comuníquese con el Departamento de Servicios Financieros al 1-800-342-3736.

### Se trata de una factura sorpresa cuando:

1. Usted recibió servicios de un médico no afiliado en un hospital o centro quirúrgico ambulatorio afiliado, donde no había un médico afiliado disponible; o un médico no afiliado prestó servicios sin su conocimiento; o surgieron circunstancias médicas imprevistas en el momento en el que se prestaron los servicios. Usted no eligió recibir servicios de un médico no afiliado en lugar de un médico afiliado disponible; O

2. Usted fue derivado por un médico afiliado a un prestador no afiliado, pero no firmó un consentimiento escrito donde constaba que usted tenía conocimiento de que los servicios serían prestados por fuera de la red y redundarían en costos que no están cubiertos por su compañía de seguros. Una derivación ocurre: (1) durante una visita a su médico afiliado, cuando un prestador no afiliado lo atiende; o (2) su médico afiliado toma una muestra suya en su consultorio y la envía a un laboratorio o patólogo no afiliados; o (3) por cualquier otro servicio de atención médica cuando dentro se requieran derivaciones dentro de su plan.

---

### Asigno mis derechos de pago a mi prestador y certifico a mi leal saber y entender que:

Yo (o la persona a mi cargo) recibí una factura sorpresa de un prestador de atención médica. Deseo que el prestador solicite el pago por esta factura a mi compañía de seguros (esto es una "asignación"). Deseo que mi seguro de salud abone al prestador cualquier servicio de atención médica que yo o la persona a mi cargo hubiésemos recibido y que esté cubierto por mi seguro de salud. Con mi asignación, el prestador no puede solicitarme el pago, a excepción de cualquier copago, coseguro o deducible que adeudara si yo o la persona a mi cargo utilizáramos un prestador afiliado. Si mi compañía de seguros me abona los servicios, acepto enviar el pago al prestador.

**Nombre del Paciente:** \_\_\_\_\_

**Dirección del Paciente:** \_\_\_\_\_

**Nombre de la Compañía de Seguros:** \_\_\_\_\_

**Número de Identificación del Seguro del Paciente:** \_\_\_\_\_

**Nombre del Prestador:** \_\_\_\_\_ **Número de Teléfono del Prestador:** \_\_\_\_\_

**Dirección del Prestador:** \_\_\_\_\_

**Fecha de Prestación del Servicio:** \_\_\_\_\_

Cualquier persona que, a sabiendas y con la intención de defraudar a cualquier compañía de seguros u a otra persona, presente una solicitud de un seguro o una declaración de reclamo que contenga cualquier información materialmente falsa, u oculte, con el propósito de engañar, información concerniente a cualquier hecho material, cometa un hecho fraudulento en materia de seguros, lo que constituye un delito, estará sujeta a una sanción civil que no exceda la suma de cinco mil dólares y el valor estipulado del reclamo por cada infracción.

---

(Firma del paciente)

---

(Fecha de la firma)