



## FORMULARIO DE CERTIFICACIÓN DE FACTURA MÉDICA SORPRESA DEL ESTADO DE NUEVA YORK

Usted está protegido de las facturas médicas sorpresa. Su plan de salud debe pagarle a su proveedor de atención médica, y su proveedor no puede facturarle a usted, salvo cualquier gasto compartido de la red.

- Este formulario se requiere para las facturas sorpresa mencionadas debajo en (1) para las fechas de servicio anteriores al 1/1/22 y para las facturas sorpresa mencionadas debajo en (2) para todas las fechas de servicio. Este formulario **NO** se requiere para las facturas sorpresa mencionadas debajo en (1) para las fechas de servicio a partir del 1/1/22, pero ayuda a identificar cuando los servicios son una factura sorpresa.
- Envíe una copia de este formulario a su **proveedor** y su **plan de salud** (incluya una copia de cualquier factura que haya recibido).
- Su proveedor puede completar este formulario para una factura sorpresa descrita debajo en (1) para las fechas de servicio a partir del 1/1/22 y su proveedor debe enviarlo al **plan de salud** de usted.

### Una factura sorpresa es cuando:

1. usted está en una hospital o centro de cirugía ambulatorio en red, y no se encontró disponible un proveedor de la red; un proveedor ajeno a la red prestó los servicios sin su conocimiento o usted necesitó servicios médicos imprevistos. Además, usted no eligió recibir servicios de un proveedor ajeno a la red en vez de un proveedor disponible de la red antes de ir al hospital o centro de cirugía ambulatorio. (Los servicios de medicina de emergencia, anestesia, patología, radiología, laboratorio, neonatología, cirujano asistente, de internación o intensivista en un hospital o centro de cirugía ambulatorio de la red normalmente son una factura sorpresa).
2. Durante su visita a su doctor de la red, lo atiende un proveedor ajeno a la red; su doctor de la red le toma una muestra y la envía a un laboratorio o patólogo ajeno a la red o su doctor de la red lo deriva a un proveedor ajeno a la red (y las derivaciones se solicitan conforme a su plan de salud). Además, usted no firmó un consentimiento por escrito de que sabía que los servicios serían ajenos a la red y que resultarían en costos sin cobertura de su plan de salud.

### Certifico, según mi conocimiento, que (marque una):

- recibí servicios que son una factura sorpresa, como se describe con anterioridad en (1) o (2), y quiero que el proveedor solicite el pago de esta factura a mi plan de salud (esto es un “encargo”) **O**
- soy **proveedor de atención médica**, y la persona asegurada recibió servicios que son una factura sorpresa como se describe con anterioridad en (1) para fechas de servicio a partir del 1/1/22.

Nombre del paciente:		Fecha del servicio:	
Dirección postal del paciente:			
Nombre de la aseguradora:	Número de ID del seguro:		
Nombre del proveedor:		Número de teléfono del proveedor:	
Dirección postal del proveedor:			

<b>Número de contacto del proveedor (si es distinto al nombre del proveedor)</b>			
<b>Dirección de correo electrónico del contacto del proveedor</b>			
<p>Toda persona que, a sabiendas y con el propósito de defraudar a cualquier compañía de seguros o persona, presente una solicitud para un seguro o una demanda que contenga información considerablemente falsa o que, con el fin de engañar, oculte información referente a algún hecho importante en la misma, comete un fraude al seguro, lo cual es un delito, y estará sujeta a sanciones civiles que no superarán los \$5,000 y al valor declarado de la demanda por cada violación.</p>			
<b>Firma (del paciente o proveedor):</b>		<b>Fecha de firma:</b>	

**Si tiene preguntas sobre este formulario, póngase en contacto con el Departamento de Servicios Financieros al (800)342-3736.**