

El presente es un acuerdo entre *Cliente* y *Proveedor*, según se define en OAR 410-120-0000. El cliente acepta pagar el o los servicios no cubiertos por el Plan de Salud de Oregon (Health Oregon Plan, OHP), la Autoridad de Salud de Oregon (Oregon Health Authority, OHA) o las entidades de atención administrada (managed care entities, MCE) contratadas por la OHA.

Sección para proveedores

- ① El proveedor que completa este formulario es (*marque una respuesta*):
- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Proveedor tratante (<i>la persona que presta el servicio</i>) | <input type="checkbox"/> Proveedor que emite la receta |
| <input type="checkbox"/> Hospital | <input type="checkbox"/> Proveedor auxiliar (<i>otro</i>): |
| <input type="checkbox"/> Farmacia | |

- ② Servicios solicitados. Estos incluyen, entre otros, el tratamiento, el equipo, los suministros y los medicamentos.

Códigos de servicio (CDT/CPT/HCPCS/NDC):

- ③ Fecha(s) prevista(s) del servicio (*si los servicios se producirán a lo largo de varios meses, indique la frecuencia, con las fechas de inicio y finalización*):

- ④ Afección en tratamiento:

- ⑤ Tarifas estimadas De \$ a \$. *Marque uno de los siguientes enunciados en relación con las tarifas:*

- No hay otros costos que sean parte del servicio.
- Es posible que haya otros costos. También es posible que deba pagarlos usted. Otros costos pueden ser para (*marque todas las opciones que correspondan*):
- Análisis de laboratorio Radiografías Hospital Anestesia Otro:

- ⑥ Como proveedor tratante o proveedor que emite la receta:
- Intenté todos los tratamientos razonables que están cubiertos para su afección.
 - Confirmé que el o los servicios propuestos no están cubiertos para su afección.
 - Le informé a usted de los tratamientos que sí están cubiertos para su afección y usted optó por un tratamiento que no está cubierto.
- Como cualquier otro proveedor (*marque uno de los siguientes enunciados*):
- Comprendo que su proveedor habló con usted sobre otras opciones y que completó un formulario de *Acuerdo de pago por separado*.
- Hable con su proveedor acerca de otras opciones y complete un formulario de *Acuerdo de pago por separado*.

Nombre del (de la) proveedor(a):

NPI:

Firma del (de la) proveedor(a):

Fecha:

Sección para clientes del OHP

| | | |
|-------------------------------|----------------------|-----------------------|
| ⑦ Nombre del (de la) cliente: | Fecha de nacimiento: | N.º de ID de cliente: |
|-------------------------------|----------------------|-----------------------|

- ⑧ Comprendo lo siguiente y aún así decido recibir el o los servicios antes mencionados:
- Los servicios antes mencionados no están cubiertos para el pago por parte del OHP ni por mi plan.
 - Si recibo dichos servicios, acepto pagar los costos. Después de haber recibido los servicios, recibiré las facturas correspondientes que deberé pagar.
 - Mi proveedor(a) me explicó mis otras alternativas, que están escritas en el reverso de este formulario.
 - El tratamiento médicamente adecuado que puedo recibir, incluidos los servicios que la OHA o mi entidad de atención administrada pueden pagar.

Firma del cliente (o su representante) – *El representante debe tener una constancia de su poder legal para firmar por este cliente*

Fecha

Si firma el representante del cliente, indique aquí su nombre, en letra imprenta:

⑨ Firma del testigo:

Fecha:

Nombre del testigo:

Este acuerdo tiene validez solo si las tarifas calculadas antes mencionadas no cambian y los servicios están programadas dentro de los 30 días a partir de la fecha de firma del miembro.

Cliente – Conserve una copia de este formulario como constancia.

Atención cliente del OHP – Lea esta información detenidamente antes de firmar.

Antes de firmar, debe asegurarse de que cada servicio no está cubierto por el OHP, ni por su organización de atención coordinada (CCO), ni por su plan de atención administrada. Algunos ejemplos de lo que puede hacer:

① **Averigüe para asegurarse de que el servicio no está cubierto**

La OHA, su CCO o su plan le enviará un Aviso de Acción si no cubren el servicio que su proveedor ha solicitado. Si usted no recibe un Aviso de Acción, pídale a su CCO, plan o proveedor que se lo envíe a usted para poder estar seguro de que el servicio no está cubierto por el OHP.

② **Solicite una apelación o audiencia**

Una vez que haya recibido un Aviso de Acción, usted puede solicitar una apelación o audiencia. Lea el Aviso de Acción detenidamente. Este le explicará por qué se le ha negado el servicio. Asimismo, le proporcionará información sobre su derecho de apelar la negación o cómo solicitar una audiencia.

Si usted tiene Medicare, podría tener otros derechos de apelación. Si está inscrito en el OHP y Medicare, llame al 800-Medicare (800-633-4227) o marque TTY (personas con problemas auditivos) 711.

③ **Averigüe si hay alguna otra manera de recibir el servicio**

Pregúntele a su proveedor si:

- Ha intentado todas las opciones cubiertas que están disponibles para tratar su afección.
- Hay algún hospital, escuela de medicina, organización de servicios, clínica de servicios gratuitos o departamento de salud del condado que puedan prestarle este servicio o ayudarlo a pagarlo.

¿Es posible que cambien pronto sus beneficios del OHP o algún otro seguro médico que pueda usted tener? De ser así, procure averiguar si el servicio estará cubierto cuando cambien sus beneficios.

④ **Pregunte acerca de tasas reducidas y descuentos**

Pregúntele a su proveedor si puede ofrecerle una tasa reducida por el servicio o si ofrece algún descuento para las personas que pagan de su propio bolsillo. Quizá no tenga nada que ofrecerle, pero no lo sabrá a menos que pregunte.

⑤ **Obtenga una segunda opinión**

Puede buscar a otro proveedor que le cobre menos por el mismo servicio.

Costos adicionales

Podría haber servicios de otros proveedores como servicios de hospital, de anestesia, terapéuticos o análisis de laboratorio, que van de la mano con el servicio que usted desea recibir. También deberá pagar por dichos servicios. Pídale a su proveedor el nombre y teléfono de dichos proveedores. Comuníquese con dichos proveedores para averiguar cuáles son sus cargos.

¿Tiene preguntas?

- Llame al departamento de atención al cliente de su plan o CCO, o bien
- Llame a la unidad de atención al cliente del OHP al 800-273-0557, TTY 711
- Llame a la línea telefónica de beneficios públicos (Public Benefits Hotline) al 800-520-5292 si desea asesorarse legalmente sobre sus beneficios del OHP y el pago de los servicios.

Atención proveedor – Reglas Administrativas de Oregon (OAR) pertinentes

Los requisitos del presente acuerdo se describen en las OAR 410-120-1280, Billing (Facturación) y en 410-141-3540, Member Protection (Protección de los miembros). Estas reglas se pueden consultar en línea en <https://secure.sos.state.or.us/oard/displayChapterRules.action?selectedChapter=87>.