

El presente es un acuerdo entre *Cliente* y *Proveedor*, según se define en OAR 410-120-0000. El cliente accede a pagar al proveedor por los servicios médicos que no estén cubiertos por el Plan de Salud de Oregon (Oregon Health Plan u OHP), organizaciones de atención coordinada (Coordinated Care Organization o CCO) o planes de cuidado administrado. Para fines del presente acuerdo, entre los *servicios* en cuestión se hallan, aunque no de forma exclusiva, tratamientos y equipos de salud, suministros médicos y medicamentos.

## Sección para el proveedor

- ① El proveedor que llena este formulario es (*marque una respuesta*):
- |  |   |
|--|---|
| <input checked="" type="checkbox"/> El proveedor tratante ( <i>el proveedor que presta el servicio</i> ) | <input type="checkbox"/> El proveedor prescriptor |
| <input type="checkbox"/> Un hospital   | <input type="checkbox"/> Una farmacia             |
| <input type="checkbox"/> Un proveedor auxiliar ( <i>otro</i> ):  |   |
- 
- ② Servicios solicitados:  
Códigos de servicio (CDT/CPT/HCPCS/NDC):
- 
- ③ Fecha(s) esperada(s) de servicio (*si se prestarán servicios durante varios meses, mencione la frecuencia, así como las fechas de inicio y terminación*):
- 
- ④ Afección en tratamiento:
- 
- ⑤ Costos estimados De \$        a \$        . *Marque una de las afirmaciones siguientes con relación a los costos:*
- No hay otros costos que son parte del servicio(s).
- Puede haber otros costos que son parte del servicio(s) y usted puede tener que pagarlos, también. Otros procedimientos que por lo general son parte del *servicio(s)* pueden incluir los siguientes (*marcar todos los que correspondan*):
- Análisis     Radiografías     un hospital     Anestesia     Otro:
- 
- ⑥  Como proveedor tratante o prescriptor:
- He intentado todos los tratamientos para su afección que están cubiertos.
  - He verificado que el(los) servicio(s) propuesto(s) no está(n) cubierto(s).
  - Le he informado a usted de los tratamientos cubiertos para su afección y usted ha optado por un tratamiento que no está cubierto.
- Como otro proveedor (*marque una de las afirmaciones siguientes*):
- Entiendo que su proveedor habló con usted sobre otras opciones y que llenó un *Acuerdo de pago* por separado.
- Hable con su proveedor acerca de otras opciones y llene un *Acuerdo de pago* por separado.
- Nombre del proveedor: \_\_\_\_\_ NPI: \_\_\_\_\_
- Firma del proveedor: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

## Sección para el cliente del OHP

⑦ Nombre del cliente: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ No. de ID del cliente: \_\_\_\_\_

⑧ Entiendo:

- Que los servicios que se indican arriba no están cubiertos para su pago por el OHP, mi CCO ni mi plan de cuidado administrado.
- Si recibo dichos servicios, accedo pagar yo los costos. Después de haber recibido los servicios, recibiré las facturas correspondientes que deberé pagar.
- He leído el dorso del presente formulario y entiendo las otras opciones a mi disposición.

El proveedor me ha informado plenamente sobre todos los tratamientos médicamente adecuados, incluidos los servicios que la Autoridad de Salud de Oregon (OHA, por sus siglas en inglés), o las Organizaciones de Atención Coordinada (CCO, por sus siglas en inglés) o planes de atención administrada contratados por la OHA podrían tener que pagar y aún así elijo recibir el(los) servicio(s) indicado(s) arriba.

Firma del cliente (o su representante) – *El representante debe tener una constancia de su poder legal para firmar por el 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 cuotas pronosticadas antes mencionadas no cambian y los servicios son programadas dentro de 30 días a partir la fecha de firma del miembro.

**Cliente – Conserve una copia para sus archivos.**

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

Antes de firmar, debe asegurarse que cada servicio no está cubierto por el OHP ni por su Organización de Atención Coordinada (CCO) o plan de atención administrada. He aquí lo que usted puede hacer:

### ① **Averigüe si el servicio no está cubierto**

La OHA, su CCO o 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. Le explicará por qué se le ha denegado el servicio. Asimismo, le proporcionará información sobre su derecho de apelar la denegación 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

ayudarle a costearlo.

¿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**

Podría encontrar a otro proveedor que le cobre menos por el mismo servicio.

**Costos adicionales**

Podría haber servicios de otros proveedores como servicios hospitalarios, de anestesia, terapéuticos o 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 ellos para averiguar los costos.

**¿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 OAR 410-120-1280, Billing (Facturación) y en 410-141-3395, Member Protection Provisions (Estipulaciones para la protección de los miembros). Hallará estas reglas en Internet, en

[http://arcweb.sos.state.or.us/pages/rules/oars\\_400/oar\\_410/410\\_tofc.html](http://arcweb.sos.state.or.us/pages/rules/oars_400/oar_410/410_tofc.html).