

## INSTRUCCIONES

Complete este formulario SOLO para pacientes inscritos en planes de Horizon Blue Cross Blue Shield of New Jersey que incluyan beneficios fuera de red. NO UTILICE este formulario para pacientes inscritos en planes de Horizon BCBSNJ que NO incluyan beneficios fuera de la red (incluyendo, pero no limitados a planes Horizon HMO, planes Horizon EPO, planes de salud Horizon OMNIA<sup>SM</sup>, planes Medicare Advantage HMO).

Cuando se trata a un paciente inscrito en un plan de Horizon BCBSNJ que incluye beneficios fuera de la red, los médicos participantes y otros profesionales del cuidado de la salud están **obligados** a:

**1. Completar este formulario:**

- Antes de referir a un paciente con un médico, un centro u otro proveedor de atención médica fuera de la red.
- Antes de enviar una muestra de laboratorio del paciente a un laboratorio clínico fuera de la red.
- Antes de solicitar a un médico fuera de la red (por ejemplo, a un anestesiólogo, cocirujano o un asistente de cirugía) que preste un servicio.

**2. Hablar con el paciente** (o sus padres, tutor o representante personal) **antes** de consultar a un proveedor fuera la red e informarle que:

- Un médico, centro u otros profesionales del cuidado de la salud fuera de la red estarán involucrados en la atención del paciente.
- Las reclamaciones por los servicios proporcionados por proveedores fuera de la red serán procesados al nivel de beneficios fuera de la red del paciente.
- El paciente será responsable de los montos de sus costos compartidos fuera de la red (montos de copagos, deducibles y coseguros, según corresponda) Y de la diferencia entre la asignación<sup>1</sup> de Horizon BCBSNJ para servicios elegibles y los montos facturados por el proveedor fuera de la red.

**3. Pedir que el paciente** (o sus padres, guardián o representante personal) **que coloque sus iniciales/firme** en este formulario para certificar que el paciente:

- Conoce y acepta el uso de un médico, centro u otro proveedor de atención médica fuera de la red.
- Comprende el impacto financiero del uso de un médico, centro u otro proveedor de atención médica fuera de la red.

**4. Guardar el formulario original completado** en el expediente médico del paciente y proporcionarle una copia al paciente.

## PARA REVISIÓN DEL PACIENTE:

### ¿Cuál es el impacto de consultar un médico, hospital u otro proveedor de atención médica fuera de la red?

Horizon BCBSNJ promueve el uso de médicos, centros y otros proveedores de atención médica dentro de la red para ayudarle a maximizar sus beneficios y ahorrar dinero. Si usted decide utilizar un médico, centro u otro proveedor de atención médica fuera de la red, es importante que comprenda el impacto financiero de esta decisión.

Cuando usted utiliza los beneficios fuera de la red, además de ser responsable de cualquier monto de costos compartidos fuera de la red (montos de copagos, deducible y coseguros, según corresponda), también es responsable de la diferencia entre la asignación<sup>1</sup> de Horizon BCBSNJ para servicios elegibles y los montos facturados por el proveedor fuera de la red.

Consulte el ejemplo en la tabla que aparece a continuación. En ella se compara el costo de utilizar un centro quirúrgico dentro de la red con un centro quirúrgico fuera de la red.

*Este ejemplo solo tiene fines informativos. Los beneficios pueden cambiar.*

	Centro quirúrgico dentro de la red	Centro quirúrgico fuera de la red
<b>Montos facturados por el centro quirúrgico</b>	\$5,000	\$5,000
<b>Asignación<sup>1</sup> de Horizon BCBSNJ</b>	\$1,500	\$1,500
<b>Costo compartido del paciente</b>	\$35 de copago	\$500 de deducible y \$200 de coseguro (\$200 de coseguro = 20% de los \$1,000 restantes después del deducible)
<b>Horizon BCBSNJ paga</b>	\$1,465	\$800
<b>Usted paga</b>	<b>\$35</b>	<b>\$4,200</b>

En este ejemplo:

- **Utilizar un centro quirúrgico fuera de la red:** después de alcanzar el deducible de \$500, usted es responsable de \$200 de coseguro y de la diferencia entre lo que Horizon BCBSNJ paga (\$800) y el monto facturado por el centro quirúrgico fuera de la red (\$3500). Al usar sus beneficios fuera de la red, usted paga \$4,200.
- **Al utilizar un centro quirúrgico dentro de la red:** usted solo paga \$35 de copago. El centro quirúrgico dentro de la red no le cobrará más de \$35. Utilizar sus beneficios dentro de la red le permite ahorrar \$4,165.

(continuación)

<sup>1</sup> Una **asignación** es la cantidad que Horizon BCBSNJ ha determinado como el reembolso apropiado para un servicio o suministro determinado. Cuando nuestra asignación es menor que los cargos presentados por el proveedor dentro de la red, dicho proveedor acepta nuestra asignación, menos cualquier monto de cotos compartidos del asegurado (copagos, deducibles y coseguros). Los proveedores fuera de la red no tienen un acuerdo con nosotros y no aceptan nuestras asignaciones como pago completo. Los pacientes que utilicen proveedores fuera de la red son responsables del pago del total del monto facturado (menos cualquier monto que Horizon BCBSNJ pague).

**PARA SER COMPLETADO POR EL MÉDICO/OTRO PROFESIONAL DEL CUIDADO DE SALUD REMITENTE:**

El médico/otro profesional del cuidado de la salud remitente debe completar esta sección y hablar al respecto con el paciente antes de que se proporcionen los servicios fuera de la red.

Nombre del médico/otro profesional del cuidado de la salud remitente \_\_\_\_\_ NPI \_\_\_\_\_

Teléfono \_\_\_\_\_ Correo electrónico \_\_\_\_\_

Nombre del paciente \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento del paciente \_\_\_\_\_

Nombre del suscriptor \_\_\_\_\_ # de identificación del suscriptor \_\_\_\_\_

Nombre del proveedor fuera de la red al que se remite \_\_\_\_\_ Tipo de proveedor \_\_\_\_\_

Dirección del proveedor fuera de la red \_\_\_\_\_

Servicio que el proveedor fuera de la red va a proporcionar (por ejemplo, diálisis, anestesia) \_\_\_\_\_

Recomendé/ofrecí a mi paciente la opción de consultar a un proveedor dentro de la red. Sí No

Motivo para consultar un proveedor fuera de la red:

La especialidad del proveedor no está disponible dentro de la red participante de Horizon BCBSNJ

Preferencia del proveedor

Preferencia/conveniencia del asegurado

Otro (explique) \_\_\_\_\_

Yo, el médico/otro profesional del cuidado de la salud:

TENGO NO TENGO Interés financiero en el proveedor fuera de la red referido (mencionado arriba)

TENGO NO TENGO Compensación del proveedor fuera de la red referido (mencionado arriba)

TENGO NO TENGO Que utilizar un proveedor fuera de la red producirá un aumento de la responsabilidad financiera de mi paciente.

**PARA SER COMPLETADO POR EL PACIENTE (O LOS PADRES, GUARDIÁN O REPRESENTANTE PERSONAL):**

Después de hablar y analizar con su médico/otro profesional del cuidado de la salud remitente los detalles mencionados anteriormente (y antes de que se proporcionen los servicios fuera de la red), revise y coloque sus iniciales en las declaraciones y firme abajo.

Al colocar mis iniciales, firmar y poner la fecha a continuación, yo, el asegurado (a), (o sus padres, tutor o representante personal designado), confirmo que soy consciente y comprendo lo siguiente:

\_\_\_\_\_  
Iniciales .....Mi médico/otro profesional del cuidado de la salud remitente completó las secciones de este formulario y hablamos acerca de utilizar el médico fuera de la red, centro u otro proveedor de atención médica mencionado anteriormente.

\_\_\_\_\_  
Iniciales .....El médico, centro u otro proveedor de atención médica que consultaré para mi atención **no está** dentro de la red y/o **no** participa en mi plan de seguro médico de Horizon BCBSNJ.

\_\_\_\_\_  
Iniciales .....Mi médico/otro profesional del cuidado de la salud remitente me ofreció la oportunidad de consultar un médico, centro u otro proveedor de atención médica dentro de la red, pero no acepté esta opción.

\_\_\_\_\_  
Iniciales .....Las reclamaciones del médico, centro u otro proveedor de atención médica serán procesadas al nivel de mis beneficios fuera de la red. Seré responsable del pago de los montos de todos los costos compartidos fuera de la red (copagos, deducibles y/o coseguros que apliquen), al igual que la diferencia entre la asignación de Horizon BCBSNJ y el total de los montos facturados por el proveedor fuera de la red.

\_\_\_\_\_  
Iniciales .....Si los servicios *fuero*n proporcionados por un médico, centro u otro proveedor de atención médica dentro de la red, y que aplique mi nivel de beneficios dentro de la red y que *no* recibiré facturas por cualquier monto que exceda la asignación de Horizon BCBSNJ

\_\_\_\_\_  
Iniciales .....**Horizon BCBSNJ puede comunicarse conmigo para preguntar acerca de los montos que pagué al médico fuera de la red, centro u otro proveedor de atención médica mencionado.**

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente, padre (si el asegurado es menor de 18 años) o tutor legal

\_\_\_\_\_  
Fecha

Una **asignación** es la cantidad que Horizon BCBSNJ ha determinado como el reembolso apropiado para un servicio o suministro determinado. Cuando nuestra asignación es menor que los cargos presentados por el proveedor dentro de la red, dicho proveedor acepta nuestra asignación, menos cualquier monto de costos compartidos del asegurado (copagos, deducibles y coseguros). Los proveedores fuera de la red no tienen un acuerdo con nosotros y no aceptan nuestras asignaciones como pago completo. Los pacientes que utilicen proveedores fuera de la red son responsables del pago del total del monto facturado (menos cualquier monto que Horizon BCBSNJ pague).