

Formulario de Aviso Previo al Miembro de la Inclusión de un Proveedor No Participante
Member Advance Notice Form for the Involvement of a Nonparticipating Provider

Su médico u otro profesional de atención de la salud ha decidido incluir a un médico, establecimiento u otro proveedor de atención de la salud no participante en su atención. Para ayudarle a tomar decisiones informadas con respecto a su atención de la salud, le pedimos que firme este formulario para indicar que usted ha conversado con su médico u otro profesional de atención de la salud sobre su opción de utilizar un proveedor participante y usted ha aceptado recibir servicios de un proveedor no participante a pesar de que es posible que tenga mayores costos de desembolso personal relacionados con esa decisión.¹

Your physician or other healthcare professional has decided to involve a nonparticipating physician, facility or other healthcare provider in your care. In order to assist you in making informed decisions regarding your healthcare, we ask that you sign this form to indicate you have had a discussion with your physician or other healthcare professional about your option to utilize a participating provider and you have agreed to receive services from a nonparticipating provider despite the potential increased out-of-pocket costs associated with that decision.¹

Tenga en cuenta que si usted tiene beneficios fuera de la red conforme a las condiciones de su plan de beneficios, puede utilizar esos beneficios para recibir servicios de un proveedor no participante. Sin embargo, creemos que es importante que usted comprenda que podría tener mayores costos de desembolso personal si utiliza un proveedor no participante de acuerdo con su plan de beneficios. Además, tenga en cuenta que si no tiene beneficios fuera de la red conforme a las condiciones de su plan de beneficios y recibe servicios de un proveedor no participante, es posible que sea responsable del costo total de los servicios.

Please note that if you have out-of-network benefits under the terms of your benefit plan, you may utilize those benefits to receive services from a nonparticipating provider. However, we believe it is important you understand that you may have higher out-of-pocket costs when using a non-participating provider based on your benefit plan. Please also note that if you do not have out-of-network benefits under the terms of your benefit plan and you receive services from a nonparticipating provider, you may be responsible for the entire cost of the services.

Si tiene preguntas o quiere encontrar un proveedor participante que pueda prestar los servicios que usted necesita, pídale a su médico u otro profesional de atención de la salud que haga los arreglos necesarios para el uso de un proveedor participante. Para confirmar si los proveedores son participantes o no, comuníquese con el Servicio al Cliente al número de teléfono que se encuentra en el reverso de su tarjeta de identificación del plan de salud. También puede iniciar sesión en oxfordhealth.com para buscar un proveedor participante en su área en el directorio de proveedores en línea.

If you have questions or would like to find a participating provider who can perform the services you require, please ask your physician or other healthcare professional to arrange for the use of a participating provider. You can confirm the participation status of providers by contacting Customer Service at the telephone number on the back of your health plan ID card. You may also log onto oxfordhealth.com to search the online provider directory for a participating provider in your area.

El médico u otro profesional de atención de la salud del miembro debe llenar esta sección:!
To be completed by the member's physician or other healthcare professional:

Nombre del Médico/Profesional de Atención de la Salud/ <i>Physician/Healthcare Professional Name</i>	
N.º de Id. Fiscal del Médico/Profesional de Atención de la Salud/ <i>Physician/Healthcare Professional Tax ID #</i>	
Nombre del Miembro/ <i>Member Name</i>	
N.º de Identificación del Miembro/ <i>Member ID #</i>	
Nombre del Médico/Establecimiento/Proveedor de Atención de la Salud No Participante/ <i>Nonparticipating Physician/Facility/Healthcare Provider Name</i>	

¹ Los proveedores de atención de la salud participantes deben mantener archivada una copia de este formulario llenado. **Los miembros pueden solicitar una copia de este formulario llenado a su proveedor participante.** Participating healthcare providers are required to keep a copy of this completed form on file. **Members may request a copy of this completed form from their participating provider.**

Tipo de Servicio que Prestará el Proveedor No Participante/ <i>Type of Service Nonparticipating Provider will Render</i>	
Fecha de Servicio/ <i>Date of Service</i>	
Motivo para Incluir un Proveedor No Participante/ <i>Reason for Involving a Nonparticipating Provider</i>	

El miembro o el tutor legal del miembro debe llenar esta sección:

To be completed by the member or the member's legal guardian:

Tengo conocimiento de que el médico, establecimiento u otro proveedor de atención de la salud antes mencionado tomará parte en mi atención en la fecha de servicio indicada arriba y entiendo que este proveedor de atención de la salud no es un proveedor participante en la red de Oxford. **Me dieron** la oportunidad de elegir un proveedor participante para que preste los servicios de atención de la salud indicados anteriormente y la rechacé. Elijo voluntariamente recibir los servicios de un proveedor no participante. **Sé que puedo ser responsable** de cualquier costo adicional que surja por utilizar un proveedor no participante, si está estipulado en mi plan de beneficios. **Entiendo** que los proveedores no participantes generalmente tienen prohibido anular las cantidades de costo compartido del miembro como copagos, deducibles y coaseguro.

I am aware that the physician, facility or other healthcare provider listed above will be involved in my care on the date of service listed above and I understand that this healthcare provider is not a participating provider in the Oxford network. I was provided and declined the opportunity to select a participating provider to provide the healthcare services indicated above and am voluntarily choosing to obtain services from a nonparticipating provider. I am aware that I may be responsible for any additional costs resulting from my use of a nonparticipating provider, if provided in my benefit plan. I understand that nonparticipating providers are generally prohibited from waiving member cost share amounts such as copayments, deductibles and coinsurance.

Firma del Miembro, Padre/Madre (si el miembro es menor de 18 años) o Tutor Legal:/
Signature of Member, Parent (if the member is under age 18) or Legal Guardian:

Aclaración en Letra de Imprenta del Miembro, Padre/Madre (si el miembro es menor de 18 años) o Tutor Legal:/
Printed Name of Member, Parent (if the member is under age 18) or Legal Guardian:

Fecha:/
Date:

Número de Teléfono:/
Telephone Number:

Los productos HMO de Oxford están asegurados por Oxford Health Plans (NY), Inc., Oxford Health Plans (NJ), Inc. y Oxford Health Plans (CT), Inc. Los productos de seguros de Oxford están asegurados por Oxford Health Insurance, Inc. Copyright © 2012 Oxford Health Plans LLC. Todos los derechos reservados./
Oxford HMO products are underwritten by Oxford Health Plans (NY), Inc., Oxford Health Plans (NJ), Inc. and Oxford Health Plans (CT), Inc. Oxford insurance products are underwritten by Oxford Health Insurance, Inc. Copyright © 2012 Oxford Health Plans LLC. All rights reserved.

MS-12-217