

### Convenio de Responsabilidad de Pago del Miembro (Paciente)

La ley prohíbe a los profesionales clínicos y establecimientos contratados (los “Proveedores”) de OptumHealth Behavioral Solutions of California (“OptumHealth”) cobrarles a los Miembros de OptumHealth cualquier servicio o suministro que OptumHealth determine que no es **Medicamento Necesario**, ***a menos que*** el Miembro (o su representante autorizado) acepte específicamente hacerse responsable del pago al llenar y firmar este Convenio de Responsabilidad de Pago.

Este Convenio de Responsabilidad de Pago se DEBE celebrar con anticipación a la prestación del servicio o suministro que el Miembro será financieramente responsable de pagar al Proveedor, y el Miembro debe haber sido informado y haber reconocido específicamente que tiene conocimiento de que OptumHealth ha determinado que el servicio o suministro no era **Medicamento Necesario**. Para que se considere vigente y válido, este Convenio de Responsabilidad de Pago se debe celebrar **antes** de la prestación de cualquier servicio o suministro, y el Miembro debe haber recibido un aviso de la denegación (que incluya información sobre sus derechos de apelación).

El Proveedor debe usar este Convenio de Responsabilidad de Pago en tales casos y por separado de cualquier información de responsabilidad de pago del paciente que deba firmar el Miembro al inicio del tratamiento o que sea parte del o de los formularios de admisión del establecimiento o del proveedor.

Nombre del Miembro (Paciente): \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_  
 Identificación del Suscriptor: \_\_\_\_\_ Número de Grupo: \_\_\_\_\_  
 Proveedor: \_\_\_\_\_  
 Identificación Fiscal/NPI del Proveedor: \_\_\_\_\_  
 Teléfono del Proveedor: \_\_\_\_\_

#### **Miembro:**

**Al firmar a continuación, acepto pagar al Proveedor los servicios o suministros que OptumHealth Behavioral Solutions of California determinó que no eran **Medicamento Necesarios**.**

Entiendo que, conforme al Código de Salud y Seguridad de California § 1379 y el Título 28, Código de Reglamentos de California, § 1300.71 (g)(4), un Proveedor no puede cobrarme un servicio o suministro que OptumHealth determine que no es **Medicamento Necesario** ***a menos que*** yo haya aceptado específicamente, por escrito, antes de la prestación de dichos servicios o suministros, ser personalmente responsable de ellos y pagarlos. Antes de firmar este Convenio de Responsabilidad de Pago, entiendo que OptumHealth determinó que los servicios y suministros que se enumeran a continuación no eran **Medicamento Necesarios** y, por lo tanto, no están cubiertos por mi plan o seguro de salud. Entiendo también que el Proveedor y/o yo podemos apelar cualquier determinación de que un servicio o suministro no es **Medicamento Necesario** mediante la presentación de una queja formal o apelación ante OptumHealth o el Departamento de Cuidado de la Salud Administrado (Department of Managed Health Care, DMHC) conforme a los procedimientos de queja formal y apelación descritos en mi Comprobante de Cobertura (Evidence of Coverage, EOC). Además, entiendo que tal vez tenga derecho a una Revisión Médica Independiente a través del DMHC, según lo descrito en mi Comprobante de Cobertura. Por otra parte, entiendo que ninguna parte de este Convenio puede interpretarse como una limitación a ningún otro derecho que yo tenga conforme a las leyes estatales o federales. Además, entiendo que, sin mi firma a continuación, no se me puede cobrar personalmente la prestación de dichos servicios o suministros.

Entiendo que, por los servicios y suministros específicos que se detallan abajo, recibidos después de la fecha de la firma a continuación, seré financiera y personalmente responsable de pagarlos directamente al Proveedor, y que no están cubiertos por mi plan o seguro de salud, aunque el costo de estos servicios y suministros no se detalle en mi Explicación de Beneficios (Explanation of Benefits, EOB) como mi responsabilidad financiera. Asimismo, entiendo que una apelación de una determinación de Falta de Necesidad Médica no asegura que yo no sea financiera y personalmente responsable de los servicios o suministros relacionados con la apelación.

Fecha del Servicio	Descripción del Servicio y/o Suministro

\_\_\_\_\_  
Firma del Miembro o Representante Autorizado

\_\_\_\_\_  
Fecha

## **Nondiscrimination Notice and Access to Communication Services**

OptumHealth Behavioral Solutions of California does not exclude people or treat them unfairly because of their sex, age, race, color, national origin, or disability.

Free services are available to help you communicate with us. Such as, letters in other languages, or in other formats like large print. Or, you can ask for an interpreter. To ask for help, please call the toll-free number 1-800-999-9585. TTY 711.

If you think you weren't treated fairly because of your sex, age, race, color, national origin, or disability, you can send a complaint to:

Optum Civil Rights Coordinator  
11000 Optum Circle  
Eden Prairie, MN 55344  
Phone: 888-445-8745, TTY 711  
Fax: 855-351-5495  
Email: [Optum\\_Civil\\_Rights@Optum.com](mailto:Optum_Civil_Rights@Optum.com)

If you need help with your complaint, please call the toll-free number 1-800-999-9585. TTY 711. You must send the complaint within 60 days of when you found out about the issue.

You can also file a complaint with the U.S. Dept. of Health and Human services.

**Online** <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>

Complaint forms are available at <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.

**Phone:** Toll-free **1-800-368-1019, 800-537-7697** (TDD)

**Mail:** U.S. Dept. of Health and Human Services, 200 Independence Avenue, SW Room 509F, HHH Building Washington, D.C. 20201

## **Language Assistance Services and Alternate Formats**

This information is available in other formats like large print. To ask for another format, please call the toll-free number 1-800-999-9585. TTY 711.

You have the right to get help and information in your language at no cost. To request an interpreter, call 1-800-999-9585, press 0. TTY 711.

This letter is also available in other formats like large print. To request the document in another format, please call the toll-free member phone number listed on your health plan ID card, TTY 711, Monday through Friday, 8 a.m. to 8 p.m.

1	Spanish	Tiene derecho a obtener ayuda e información en su idioma sin costo alguno. Para solicitar un intérprete, llame al 1-800-999-9585 y presione el cero (0). TTY 711
2	Chinese	您有權利免費以您的母語得到幫助和訊息。洽詢一位翻譯員，請撥電話 1-800-999-9585，再按 0。聽力語言殘障服務專線 711
3	Vietnamese	Quý vị có quyền được giúp đỡ và cấp thông tin bằng ngôn ngữ của quý vị miễn phí. Để yêu cầu được thông dịch viên giúp đỡ, vui lòng gọi 1-800-999-9585, bấm số 0. TTY 711
4	Tagalog	May karapatan kang makatanggap ng tulong at impormasyon sa iyong wika nang walang bayad. Upang humiling ng tagasalin, tumawag sa 1-800-999-9585, pindutin ang 0. TTY 711
5	Korean	귀하는 도움과 정보를 귀하의 언어로 비용 부담없이 얻을 수 있는 권리가 있습니다. 통역사를 요청하기 위해서는 1-800-999-9585로 전화하여 0 번을 누르십시오. TTY 711
6	Armenian	Դուք իրավունք ունեք անվճար օգնություն և տեղեկություններ ստանալու Ձեր նախընտրած լեզվով: Թարգմանիչ պահանջելու համար զանգահարե՛ք 1-800-999-9585 սեղմե՛ք 0: TTY 711
7	Persian	شما حق دارید که کمک و اطلاعات به زبان خود را به طور رایگان دریافت نمایید. برای درخواست مترجم شفاهی با شماره 1-800-999-9585 تماس حاصل نموده و 0 را فشار دهید. TTY 711
8	Russian	Вы имеете право на бесплатное получение помощи и информации на вашем языке. Чтобы подать запрос переводчика позвоните по телефону 1-800-999-9585 и нажмите 0. Линия TTY 711
9	Japanese	ご希望の言語でサポートを受けたり、情報を入手したりすることができます。料金はかかりません。通訳をご希望の場合は、1-800-999-9585までお電話の上、0を押してください。TTY 専用番号は711です。
10	Arabic	لك الحق في الحصول على المساعدة والمعلومات بلغتك دون تحمل أي تكلفة. لطلب مترجم فوري، اتصل بالرقم 1-800-999-9585، واضغط على 0. الهاتف النصي (TTY) 711

11	Panjabi	ਤੁਹਾਡੇ ਕੋਲ ਆਪਣੀ ਭਾਸ਼ਾ ਵਿੱਚ ਸਹਾਇਤਾ ਅਤੇ ਜਾਣਕਾਰੀ ਮੁਫਤ ਪ੍ਰਾਪਤ ਕਰਨ ਦਾ ਅਧਿਕਾਰ ਹੈ। ਦੁਆਰਾ ਲਈ 1-800-999-9585 ਫੋਨ ਨੰਬਰ ਟੀਟੀਵਾਈ 711 ਤੇ ਕਾਲਿ ਕਰੋ, 0 ਦਿੱਬੇ।
12	Mon-Khmer, Cambodian	អ្នកមានសិទ្ធិទទួលបានព័ត៌មាននិងជំនួយសេរីរបស់អ្នកដោយមិនអស់ថ្លៃ។ ដើម្បីស្នើសុំអ្នកបកប្រែសូមហៅលេខ 1-800-999-9585 រួចហើយ ចុចលេខ 0។ TTY 711
13	Hmong	Koj muaj cai tau kev pab thiab tau cov ntaub ntawv sau ua koj hom lus pub dawb. Yog xav tau ib tug neeg txhais, hu rau 1-800-999-9585, nias 0. TTY 711
14	Hindi	आप के पास अपनी भाषा में सहायता एवं जानकारी निःशुक्ति पराप्त करने का अधिकार है। दुआषिए के लिए 1-800-999-9585 पर फ़ोन करें, 0 दबाएं। TTY 711
15	Thai	คุณมีสิทธิที่จะได้รับความช่วยเหลือและข้อมูลในภาษาของคุณได้โดยไม่มีค่าใช้จ่าย หากต้องการขอล่ามแปลภาษา โปรดโทรศัพท์ถึงหมายเลข 1-800-999-9585 และกด 0 สำหรับผู้ที่มีความบกพร่องทางการได้ยิน หรือการพูด โปรดโทรฯถึงหมายเลข 711