



30 W. Century Road,

Paramus NJ 07652

Non-Participating Facility Form

Your physician is referring you to, or arranging for you to receive services from, a non-participating physician, provider or facility for certain healthcare services. You have the right to receive services at a participating facility or by a participating physician or provider in order to obtain full benefits under your health coverage. If you have questions or would like to locate an in-network physician, provider or facility to provide the service or procedure, please contact your customer service provider on the back of your insurance card.

By placing my signature on this waiver form below, I acknowledge the following:

1. I am aware that the non-participating facility/provider that will be involved in my care does not participate with my insurance company.
2. I understand that I may be responsible for additional costs for all services provided by the non-participating facility/provider, as specified in my benefit contract.
3. I was given an opportunity to contact my insurance company before obtaining these services to confirm my benefits for these non-network services and to obtain names of participating facilities and/or participating providers that can provide the recommended service or procedure.
4. I understand that absent special circumstances (e.g., financial hardship), the non-participating facility/provider is prohibited from waiving co-payments, deductibles, coinsurance or other member cost sharing amounts.
5. I am voluntarily choosing on behalf of myself or my child/legal guardian to obtain the service or procedure from the non-participating facility and/or physician.

Please check the type of referral (check all that apply):

Non-Par Physician or Provider Non-Par Facility Both

Referring Physician:	NPI #:
Patient Name:	Member ID#:
Non-Participating Facility: Orthopaedic and Spine Institute	Type of Facility: Ambulatory Surgery Center
Reason for Non-par Referral:	Date of Service:

Patient/ Responsible Party Signature

Date



30 W. Century Road,

Paramus NJ 07652

Formulario de

instalación no

participante

Su médico lo está recomendando o haciendo arreglos para que usted reciba servicios de, un médico, proveedor o centro no participante para ciertos servicios de atención médica. Usted tiene derecho a recibir servicios en un centro participante o por un médico o proveedor participante a fin de obtener los beneficios completos de su cobertura de salud. Si tiene alguna pregunta o desea ubicar a un médico, proveedor o centro dentro de la red para proporcionar el servicio o procedimiento, por favor, póngase en contacto con su proveedor de servicio al cliente en el reverso de su tarjeta de seguro.

Al colocar mi firma en este formulario de exención a continuación, reconozco lo siguiente:

1. Soy consciente de que la instalación / proveedor no participante que participará en mi cuidado no participa con mi compañía de seguros.
2. Entiendo que puedo ser responsable de los costos adicionales de todos los servicios prestados por el establecimiento / proveedor no participante, como se especifica en mi contrato de beneficios.
3. Se me brindó la oportunidad de contactar a mi compañía de seguros antes de obtener estos servicios para confirmar mis beneficios para estos servicios fuera de la red y para obtener los nombres de las instalaciones participantes y / o proveedores participantes que pueden brindar el servicio o procedimiento recomendado.
4. Entiendo que, en ausencia de circunstancias especiales (por ejemplo, dificultades financieras), el establecimiento / proveedor no participante tiene prohibido renunciar a los copagos, deducibles, coseguros u otros montos de costo compartido de los miembros.
5. Estoy eligiendo voluntariamente en mi nombre o el de mi hijo / tutor legal para obtener el servicio o procedimiento del centro y / o médico no participante.

Verifique el tipo de referencia (marque todas las que correspondan):

Médico o proveedor no par Instalación sin par Ambos

Médico de referencia:	NPI #:
Nombre del paciente:	Identificación de miembro #:
Facilidad no participante: Orthopaedic and Spine Institute	Tipo de instalación: Centro de Cirugía Ambulatoria
Motivo de la referencia no normal:	Fecha de servicio:

Patient/ Responsible Party Signature

Date

Print Name of Patient/ Responsible Party