

Estimado de Buena Fe - Consultas Dentales Subsiguentes

**Estimado de Buena Fe (GFE) para Artículos y Servicios Médicos**

Identificador Nacional de Proveedores (NPI): 1588606305

Número de Identificación Fiscal (NIF): 521638592

{DATESTAMP}

{PATIENT.LABELNAME}

{PATIENT.LABELADDRESS}

[INS\_NAME("P")]

Estimado/a {PATIENT.NICKNAME},

Servicios Primarios Solicitados/Programados:

Servicio no Programado     Médico     Salud Mental/Uso de Sustancias

Paciente Dental Nuevo/Existente     Ginecología/Obstetricia

Anticonceptivos Reversibles de Larga Duración

**Diagnóstico:**

Z76.89: Personas que acuden a los servicios médicos en circunstancias específicas

**Próxima cita:**

{APPTS\_BY\_STATUS("Confirmed","FULL")}

{APPTS\_BY\_STATUS("Scheduled","FULL")}

**Costo Total Estimado:**

**Este estimado de buena fe, o GFE por su sigla en inglés, aplica a la(s) visita(s) al consultorio para los servicios seleccionados. Estará cubierto para la fecha (#/#/#/#/#), esta fecha se considera su periodo de atención. Cualquier costo estimado se debe pagar en el momento del servicio para cada consulta durante su período de atención.**

**Introduzca aquí los servicios dentales que se realizan.**

**Código del procedimiento // Nombre del servicio // Costo de cada procedimiento**

**Descargo de Responsabilidad:**

Este estimado de buena fe muestra los costos de los artículos y servicios que razonablemente pueden ser necesarios para responder a sus necesidades de salud para un artículo o servicio. La estimación se basa en la información conocida en el momento de su elaboración.

Este estimado de buena fe no incluye ningún costo desconocido o inesperado que pueda surgir durante el tratamiento. Podrían cobrarle más si surgen complicaciones o circunstancias especiales. Si esto ocurre, la ley federal le permite disputar (apelar) la factura.

## Estimado de Buena Fe - Consultas Dentales Subsiguentes

Si se le factura más de lo que indica este estimado de buena fe, tiene derecho a disputar la factura.

Puede ponerse en contacto con el proveedor de servicios médicos o centro de atención indicado para hacerles saber que los gastos facturados son superiores al estimado de buena fe (*Good Faith Estimate*). Puede pedirles que actualicen la factura para que coincida con el estimado de buena fe, solicitar la financiación de la factura o consultar si hay ayuda financiera disponible.

También puede iniciar un proceso de resolución de disputas con el Departamento de Salud y Servicios Humanos de Estados Unidos (*U.S. Department of Health and Human Services, HHS*). Si decide apelar al proceso de resolución de disputas, deberá iniciar la disputa en un plazo de 120 días calendario (unos 4 meses) a partir de la fecha de la factura original.

Existe un cargo de \$25 por utilizar el proceso de disputa. Si la agencia que revisa su disputa está de acuerdo con usted, tendrá que pagar el precio indicado en este estimado de buena fe. Si la agencia no está de acuerdo con usted y le da la razón al proveedor de servicios médicos o centro de atención, usted tendrá que pagar el importe más elevado.

Para obtener más información y acceder a un formulario para iniciar el proceso, visite [www.cms.gov/nosurprises](http://www.cms.gov/nosurprises), [en inglés] o llame al 877-696-6775. Si tiene preguntas o necesita más información sobre su derecho a un estimado de buena fe o sobre el proceso de disputa, visite [www.cms.gov/nosurprises](http://www.cms.gov/nosurprises), o llame al 877-696-6775.