

Plantilla de Carta: Autopago

Estimado de Buena Fe - Autopago

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 otras circunstancias específicas

Próxima cita:

{APPTS_BY_STATUS("Confirmed","FULL")}

{APPTS_BY_STATUS("Scheduled","FULL")}

Costo Total Estimado:

Este estimado de buena fe, o GFE, aplica a las visitas en el consultorio para los servicios seleccionados arriba a los que usted acceda como paciente en nuestras instalaciones. Estará cubierto durante el ##/##/####. 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.

Médico/Ginecólogo por consulta - \$110.00

Salud Mental por consulta, inicial - \$265.00-360.00

Salud Mental/Uso de Sustancias por consulta, subsiguientes- \$125.00-\$190.00

Grupo de Salud Mental/Uso de Sustancias por consulta, subsiguientes - \$80

Evaluación Dental Inicial - \$150-\$245.00

Consultas Dentales Subsiguientes - se calculará en el momento de programar cualquier seguimiento

Gastos de Farmacia - se proporcionarán después de que se haga la compra en la farmacia

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

Plantilla de Carta: Autopago

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.

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, [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, o llame al 877-696-6775.

Guarde una copia de este estimado de buena fe en un lugar seguro o tómele una foto. Puede necesitarla si le facturan una cantidad mayor.