

**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/Usos de Sustancias

Paciente Nuevo/Existente     Ginecología/Obstetricia     Anticonceptivos

Reversibles de Larga Duración

**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 que el paciente pueda requerir bajo la cobertura de nuestra escala de tarifas móviles (SFS). 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.**

**Servicios de Obstetricia (Indique a continuación el nivel de contrato de escala de tarifas móviles correspondiente):**

**SFS Nivel A: \$1,000 por embarazo**

**SFS Nivel B: \$1,050 por embarazo**

**SFS Nivel C: \$1,130 por embarazo**

**SFS Nivel D: \$1,230 por embarazo**

**SFS Nivel E: \$2,200 por embarazo**

**N/A - Únicamente consulta de ultrasonido/Medicina Materno Fetal (MFM)**

**Consulta de Ultrasonido/MFM (Indique el nivel de contrato correcto):**

**SFS Nivel A: \$60.00**

**SFS Nivel B: \$90.00**

**SFS Nivel C: \$120.00**

**SFS Nivel D: \$165.00**

**[ ] SFS Nivel E: \$210.00**

**[ ] SFS Nivel E: \$255.00**

**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.

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.

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.