

|Estimación de Buena Fe 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 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 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.

Los precios que figuran a continuación representan el rango de costos asociados a su visita.

Médico/Ginecólogo por consulta - \$20.00

Salud Mental por consulta - \$10.00

Grupo de Salud Mental/Uso de Sustancias por consulta - \$5.00

Únicamente Evaluación Inicial Dental - \$40.00

Gastos de Farmacia - Precio de adquisición + tarifa de servicio de \$1

Descargo de Responsabilidad:

Plantilla de Carta: Escala de Tarifas Móviles Nivel A

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 [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 or 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.