

Estimado de Buena Fe - Métodos Anticonceptivos Reversibles de Larga Duración (LARC) - Dispositivo Intrauterino (IUD)

[Date]

[Patient Name]

[Patient Address]

[Insurance Name]

Estimado/a [patient name],

Servicios Primarios Solicitados/Programados:

Inserción o Extracción de Anticonceptivos Reversibles de Larga Duración

LARC

Diagnóstico:

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

Próxima cita:

[Next Appointment]

Costo Total Estimado:

Este estimado de buena fe, o GFE por su sigla en inglés, aplica a los procedimientos indicados a continuación. Este costo estimado se debe pagar en el momento del servicio. El costo total estimado incluye un cargo por procedimiento y un cargo por dispositivo.

Procedimiento Coloque una "X" en la casilla	Escala A	Escala B	Escala C	Escala D	Escala E	Escala F	Autopago
Inserción	\$40.00	\$60.00	\$80.00	\$110.00	\$140.00	\$170.00	\$170.00
Extracción	\$40.00	\$60.00	\$80.00	\$110.00	\$140.00	\$170.00	\$170.00
Dispositivo Coloque una "X" en la casilla	Escala A	Escala B	Escala C	Escala D	Escala E	Escala F	Autopago
Liletta® (J7297)	\$101.00	\$101.50	\$102.00	\$103.00	\$104.00	\$105.00	\$152.86
Mirena® (J7298)	\$1,050.24	\$1,050.74	\$1,051.24	\$1,052.24	\$1,053.24	\$1,054.24	\$1,075.24
Skyla® (J7301)	\$874.67	\$875.17	\$875.67	\$876.67	\$877.67	\$878.67	\$898.67
Kyleena® (J7296)	\$1,050.24	\$1,050.74	\$1,051.24	\$1,052.24	\$1,053.24	\$1,054.24	\$1,075.24

Plantilla de Carta

Paragard® (J7300)	\$ 247.25	\$ 247.75	\$ 248.25	\$ 249.25	\$ 250.25	\$ 251.25	\$285.25
Nexplanon® (J7307)	\$ 400.00	\$ 400.50	\$ 401.00	\$ 402.00	\$ 403.00	\$ 404.00	\$425.00

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. 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 tómese una foto. Puede necesitarla si le facturan una cantidad mayor.