



## **You have the Right to Receive a “Good Faith Estimate”** **Explaining how much your Medical Care will Cost**

Under the law, health care providers need to give **patients who don't have insurance or who are not using insurance** an estimate of the bill for medical its erVICES.

- You have the right to receive a Good Faith Estimate for the total expected cost of any non-emergency items or services. This includes related costs like medical tests, prescription drugs, equipment, and hospital fees.
- Make sure your health care provider gives you a Good Faith Estimate in writing at least 1 business day before your medical service or item. You can also ask your health care provider, and any other provider you choose, for a Good Faith Estimate before you schedule an item or service.
- If you receive a bill that is at least \$400 more than your Good Faith Estimate, you can dispute the bill.
- Make sure to save a copy or picture of your Good Faith Estimate.

For questions or more information about your right to a Good Faith Estimate, visit [www.cms.gov/nosurprises](http://www.cms.gov/nosurprises) or call 1-800-985-3059.



## Good Faith Estimate of Patient Responsibility for Provider Services

**Patient Name:** \_\_\_\_\_ **Date of Birth:** \_\_\_\_\_

Date of Estimate: \_\_\_\_\_ Estimate Expiration: \_\_\_\_\_

Service Type: \_\_\_\_\_

Provider Name: \_\_\_\_\_ NPI: \_\_\_\_\_ TIN: \_\_\_\_\_

Provider Name: \_\_\_\_\_ NPI: \_\_\_\_\_ TIN: \_\_\_\_\_

Provider Name: \_\_\_\_\_ NPI: \_\_\_\_\_ TIN: \_\_\_\_\_

Address where services will be provided:  
\_\_\_\_\_

**DETAILS OF ESTIMATE:**

The following is a detailed list of expected estimated charges. Although we have done our best to include a complete and accurate estimate of charges for the services you are due to receive, unexpected charges may occur due to a variety of circumstances. These unexpected charges are not included in this Good Faith Estimate but may occur on the invoice you receive from our practice for the services performed.

| Provider Name                  | Service Expected | Est. Diagnosis Code | Est. Service Code | Qty | Unit Cost | Est. Cost |
|--------------------------------|------------------|---------------------|-------------------|-----|-----------|-----------|
|                                |                  |                     |                   |     | \$        | \$        |
|                                |                  |                     |                   |     | \$        | \$        |
|                                |                  |                     |                   |     | \$        | \$        |
|                                |                  |                     |                   |     | \$        | \$        |
|                                |                  |                     |                   |     | \$        | \$        |
|                                |                  |                     |                   |     | \$        | \$        |
|                                |                  |                     |                   |     | \$        | \$        |
| <b>Total Estimated Amount:</b> |                  |                     |                   |     |           | <b>\$</b> |

**PATIENT ACKNOWLEDGEMENT OF ESTIMATE RECEIPT:**

Patient Signature: \_\_\_\_\_

Date: \_\_\_\_\_



**CONTACT INFORMATION - If you have questions about this estimate, please contact us at:**

Kenia Torres Suarez, *Billing and Coding Supervisor, 9250 NW 36<sup>th</sup> Street, Suite 420, Miami, Florida 33178, Office Phone Number (305) 266-2929 Ext. 23408; Email [kenia.torres@neuehealth](mailto:kenia.torres@neuehealth).*

## **Why Are You Receiving This Good Faith Estimate?**

This **Good Faith Estimate** complies with the **Department of Health and Human Services (HHS) No Surprises Act**.

**This is not a contract. It does not obligate you to accept the services listed.** The purpose of the Good Faith Estimate you are receiving is to provide you with an approximate cost of services you will receive from our practice that will not be paid by health insurance. Reasonably expected costs have been included in your estimate and are based on information known to our practice when it was prepared.

Any unknown or unexpected costs that may arise during treatment due to complications or unusual circumstances have NOT been included in this estimate. If they occur, and you are billed at least \$400 above the amount indicated on this Good Faith Estimate (per provider), federal law allows you to dispute (appeal) your invoice for services in the following two ways:

- **Contact Us:** You may direct any questions or concerns you have regarding this estimate or any invoice to our practice. Please find our contact information below. Federal law permits you to ask that we update your invoice to match the Good Faith Estimate you received. You can also ask to negotiate the invoice amount or inquire about the availability of financial assistance.
- **File a Formal Dispute Resolution:** You may also file a formal dispute online with the **Centers for Medicare & Medicaid Services (CMS)** ([www.cms.gov/nosurprises](http://www.cms.gov/nosurprises)) or by calling 1-800-985-3059.

If you choose to file a formal dispute resolution, you must **start the process within 120 calendar days** of the date on the original invoice you receive. There is a **\$25 fee** to use the dispute process. If your dispute **is approved**, you may be eligible to pay the lower amount on the Good Faith Estimate you received. If it is **not approved**, you will be obligated to pay the higher invoiced amount.

**IMPORTANT:** It is recommended that you keep a hard or electronic version of this Good Faith Estimate in a safe place. You may need it should you choose to file a formal dispute.

Thank you for trusting us with your medical care. Please find your Good Faith Estimate on the back of this page. If you have any questions about this Good Faith Estimate or future invoices, **please do not hesitate to contact us:**

Kenia Torres Suarez, *Billing and Coding Supervisor, 9250 NW 36<sup>th</sup> Street, Suite 420, Miami, Florida 33178, Office Phone Number (305) 266-2929 Ext. 23408; Email [kenia.torres@neuehealth](mailto:kenia.torres@neuehealth).*



## Tienes el Derecho de Recibir un "Estimado de Buena Fe" y Explicación de Cuánto Costará su Atención Médica

Según la ley, los proveedores de atención médica deben dar a **los pacientes que no tienen seguro o que no están usando el seguro** una estimación de la factura de los servicios médicos.

- Usted tiene derecho a recibir un estimado de buena fe para el costo total esperado de cualquier artículo o servicio que no sea de emergencia. Esto incluye costos relacionados como pruebas médicas, medicamentos recetados, equipos y tarifas hospitalarias.
- Asegúrese de que su proveedor de atención médica le dé un presupuesto de buena fe por escrito al menos 1 día hábil antes de su servicio o artículo médico. También puede pedirle a su proveedor de atención médica, y a cualquier otro proveedor que elija, un presupuesto de buena fe antes de programar un artículo o servicio.
- Si recibe una factura que es más de \$400 que su estimado de buena fe, puede disputar la factura.
- Asegúrese de guardar una copia o imagen de su estimación de buena fe.

Para preguntas o más información sobre su derecho a un estimado de buena fe, visite [www.cms.gov/nosurprises](http://www.cms.gov/nosurprises) o llame al 1-800-985-3059.



**Estimado de Buena fe de Responsabilidad del Paciente por los Servicios del Proveedor**

**Nombre del paciente:** \_\_\_\_\_ **Fecha de nacimiento:** \_\_\_\_\_

**Fecha de estimación:** \_\_\_\_\_ **Vencimiento estimado:** \_\_\_\_\_

**Tipo de servicio:** \_\_\_\_\_

**Nombre del proveedor:** \_\_\_\_\_ **NPI:** \_\_\_\_\_ **TIN:** \_\_\_\_\_

**Nombre del proveedor:** \_\_\_\_\_ **NPI:** \_\_\_\_\_ **TIN:** \_\_\_\_\_

**Nombre del proveedor:** \_\_\_\_\_ **NPI:** \_\_\_\_\_ **TIN:** \_\_\_\_\_

**Dirección donde se prestarán los servicios:**  
\_\_\_\_\_

**DETALLES DE EL ESTIMADO:**

La siguiente es una lista detallada de los cargos estimados esperados. Aunque hemos hecho todo lo posible para incluir un estimado completo y preciso de los cargos por los servicios que debe recibir, pueden ocurrir cargos inesperados debido a una variedad de circunstancias. Estos cargos inesperados no están incluidos en este Estimado de Buena Fe, pero pueden ocurrir en la factura que recibe de nuestra práctica por los servicios prestados.

| <b>Nombre del Proveedor</b>  | <b>Servicio Esperado</b> | <b>Código de Diagnóstico</b> | <b>Código de Servicio Est.</b> | <b>Qty</b> | <b>Coste unitario</b> | <b>Costo est.</b> |
|------------------------------|--------------------------|------------------------------|--------------------------------|------------|-----------------------|-------------------|
|                              |                          |                              |                                |            | \$                    | \$                |
|                              |                          |                              |                                |            | \$                    | \$                |
|                              |                          |                              |                                |            | \$                    | \$                |
|                              |                          |                              |                                |            | \$                    | \$                |
|                              |                          |                              |                                |            | \$                    | \$                |
|                              |                          |                              |                                |            | \$                    | \$                |
|                              |                          |                              |                                |            | \$                    | \$                |
|                              |                          |                              |                                |            | \$                    | \$                |
|                              |                          |                              |                                |            | \$                    | \$                |
| <b>Monto total estimado:</b> |                          |                              |                                |            |                       | <b>\$</b>         |

**ACUSE DE RECIBO DEL PACIENTE:**

**Firma del paciente:**  
\_\_\_\_\_



**INFORMACIÓN DE CONTACTO - Si tiene preguntas sobre este presupuesto, contáctenos en:**

*Kenia Torres Suarez, Supervisora de Facturación y Codificación, 9250 NW 36<sup>th</sup> Street, Suite 420, Miami, Florida 33178, Número de teléfono de la oficina (305) 266-2929 Ext. 23408; Correo electrónico [kenia.torres@neuehealth](mailto:kenia.torres@neuehealth).*

## ¿Por qué está recibiendo esta estimación de buena fe?

Esta **Estimado de Buena Fe** cumple con la **Ley de No Sorpresas del Departamento de Salud y Servicios Humanos (HHS)**.

**Esto no es un contrato. No le obliga a aceptar los servicios enumerados.** El propósito de el Estimado de Buena Fe es que está recibiendo es proporcionarle un costo aproximado de los servicios que recibirá de nuestra práctica que no será pagado por el seguro de salud. Los costos razonablemente esperados se han incluido en su estimado y se basan en información conocida por nuestra práctica cuando se preparó.

Cualquier costo desconocido o inesperado que pueda surgir durante el tratamiento debido a complicaciones o circunstancias inusuales NO se ha incluido en este estimado. Si ocurren y se le factura al menos \$ 400 por encima de la cantidad indicada en este estimado de buena fe (por proveedor), la ley federal le permite disputar (apelar) su factura por servicios de las siguientes dos maneras:

- 1. Contáctenos:** Puede dirigir cualquier pregunta o inquietud que tenga con respecto a este presupuesto o cualquier factura a nuestra práctica. Encuentre nuestra información de contacto a continuación. La ley federal le permite solicitar que actualicemos su factura para que coincida con el estimado de buena fe que recibió. También puede solicitar negociar el monto de la factura o preguntar sobre la disponibilidad de asistencia financiera.
- 2. Presentar una resolución formal de disputas:** También puede presentar una disputa formal en línea con los **Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS)** ([www.cms.gov/nosurprises](http://www.cms.gov/nosurprises)) o llamando al 1-800-985-3059. Si elige presentar una resolución formal de disputas, debe **iniciar el proceso dentro de los 120 días calendario** posteriores a la fecha en la factura original que recibe. Hay una **tarifa de \$ 25** para usar el proceso de disputa. Si se aprueba su disputa, puede ser elegible para pagar la cantidad más baja en el Estimado de Buena Fe que recibió. Si no se **aprueba**, estará obligado a pagar el monto facturado más alto.

**IMPORTANTE:** Se recomienda que guarde una versión impresa o electrónica del Estimado de Buena Fe en un lugar seguro. Es posible que lo necesite si decide presentar una disputa formal.

Gracias por confiar en nosotros con su atención médica. Encuentre su estimado de buena fe en la parte posterior de esta página. Si tiene alguna pregunta sobre este presupuesto de buena fe o facturas futuras, **no dude en ponerse en contacto con nosotros:**

*Kenia Torres Suárez, Supervisora de Facturación y Codificación, 9250 NW 36<sup>ésimo</sup> Calle, Suite 420, Miami, Florida 33178, Número de teléfono de la oficina (305) 266-2929 Ext. 23408; Correo electrónico [kenia.torres@neuehealth](mailto:kenia.torres@neuehealth).*