



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 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.

Nombre del Proveedor	Servicio Esperado	Código de Diagnóstico	Código de Servicio Est.	Qty	Coste unitario	Costo est.
					\$	\$
					\$	\$
					\$	\$
					\$	\$
					\$	\$
					\$	\$
					\$	\$
					\$	\$
					\$	\$
Monto total estimado:						\$

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 36th Street, Suite 420, Miami, Florida 33178, Número de teléfono de la oficina (305) 266-2929 Ext. 23408; Correo electrónico 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) 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^{ésimo} Calle, Suite 420, Miami, Florida 33178, Número de teléfono de la oficina (305) 266-2929 Ext. 23408; Correo electrónico kenia.torres@neuehealth.