



Número de control OMB _____ - _____
Fecha de caducidad

Estimación de buena fe para artículos y servicios de atención médica

Descargo de responsabilidad

Esta estimación de buena fe (Good Faith Estimate, en inglés) muestra los costos de artículos y servicios que razonablemente se esperan para sus necesidades de atención médica. Se basa en la información conocida en el momento en que se creó la estimación.

La estimación de buena fe no incluye ningún costo desconocido o inesperado que pueda surgir durante el tratamiento. Se le podría cobrar más si ocurren complicaciones o circunstancias especiales. Si esto sucede, y la factura para cualquier proveedor o centro de atención es de \$400 o más por encima de lo indicado en la estimación de buena fe, la ley federal le permite disputar esa factura.

Si le cobran más de esta estimación de buena fe, tiene derecho a disputar la factura.

Puede comunicarse con el proveedor o el centro de atención médica para informarles que los cargos facturados son más altos que la estimación de buena fe. Puede pedirles que actualicen la factura para que coincida con la estimación de buena fe, solicitar negociar la factura o preguntar si hay asistencia financiera disponible.

También puede iniciar un proceso de resolución de disputas con el Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU. (HHS, por sus siglas en inglés). Si decide usar el proceso de resolución de disputas, debe iniciar el proceso dentro de los 120 días calendario (aproximadamente 4 meses) posteriores a la fecha de la factura original.

Si usted disputa la factura, el proveedor o centro de atención no puede transferir la factura por el artículo o servicio en disputa a las colecciones o amenazar con hacerlo, o si la factura ya se transfirió a las colecciones, el proveedor o centro de atención tiene que detener los esfuerzos de cobro. El proveedor o centro de atención también debe suspender la acumulación de cargos por pago atrasado sobre los montos de las facturas impagas hasta después de que haya concluido el proceso de resolución de disputas. El proveedor o centro de atención no puede tomar ni amenazar con tomar ninguna acción retributiva contra usted por disputar la factura.

Hay una tarifa de \$25 para el uso del proceso de disputa. Si la entidad de resolución de disputas seleccionada (SDR, por sus siglas en inglés) que revisa su disputa está de acuerdo consigo, usted tendrá que pagar el precio de esta estimación de buena fe, menos la tarifa de \$25. Si la entidad SDR no está de acuerdo con usted y sí está de acuerdo con el proveedor o centro de atención, usted tendrá que pagar la cantidad más alta.

Para obtener más información y el formulario para iniciar el proceso, visite www.cms.gov/nosurprises/consumers o llame al 1-800-985-3059.

Para preguntas o más información sobre su derecho a una estimación de buena fe o el proceso de disputa, visite www.cms.gov/nosurprises/consumers, envíe un correo electrónico a FederalPPDDRQuestions@cms.hhs.gov o llame al 1-800-985-3059.

Mantenga una copia de esta estimación de buena fe en un lugar seguro o tome fotos de ella. Es posible que lo necesite si le facturan un monto mayor.

DECLARACIÓN DE LA LEY DE PRIVACIDAD: CMS está autorizado a recopilar la información en este formulario y cualquier documentación de respaldo en virtud de la sección 2799B-7 de la Ley del Servicio de Salud Pública (Public Health Service Act), según lo agregado por la sección 112



Número de control OMB _____ - _____
Fecha de caducidad

de la Ley Sin Sorpresas (No Surprises Act), título I de la División BB de las Asignaciones Consolidadas Ley, 2021 (Pub. L. 116-260). Necesitamos la información en el formulario para procesar su solicitud, iniciar la disputa de pago, verificar si su disputa califica para el proceso PPDR y determinar si existe algún conflicto de intereses con la entidad independiente de resolución de disputas seleccionada para resolver su disputa. La información también se puede usar para: (1) respaldar una decisión sobre su disputa; (2) apoyar la operación continua y la supervisión del programa PPDR; (3) evaluar el cumplimiento de las reglas del programa por parte de la entidad IDR seleccionada. Proporcionar la información solicitada es opcional. Pero no proporcionarlo puede retrasar o impedir el procesamiento de su disputa, o podría causar que su disputa se decida a favor del proveedor o centro de atención médica.



Número de control OMB ____ - ____
Fecha de caducidad

Estimación de buena fe para artículos y servicios de atención médica

INFORMACIÓN DEL PACIENTE:	Cita:
----------------------------------	--------------

Detalles de los servicios y artículos:				
Fecha de cita	Servicio/Artículo	Código de diagnóstico	Cantidad	Costo esperado
Cargos totales esperados:				