



Usted tiene derecho a recibir una "Estimación de buena fe" que explique cuánto costará su atención médica

Según la ley, los proveedores de atención médica deben dar a los pacientes que no tienen ciertos tipos de cobertura de atención médica o **que no están usando ciertos tipos de cobertura** de atención médica una estimación de su factura de artículos y servicios de atención médica antes de que se proporcionen esos artículos o servicios.

- Usted tiene derecho a recibir una estimación de buena fe por el costo total esperado de cualquier artículo o servicio de atención médica a pedido o al programar dichos artículos o servicios. Esto incluye costos relacionados como pruebas médicas, medicamentos recetados, equipos y tarifas hospitalarias.
- Si programa un artículo o servicio de atención médica con al menos 3 días hábiles de anticipación, asegúrese de que su proveedor o centro de atención médica le dé una estimación de buena fe por escrito dentro de 1 día hábil después de la programación. Si programa un artículo o servicio de atención médica con al menos 10 días hábiles de anticipación, asegúrese de que su proveedor o centro de atención médica le dé un Estimado de buena fe por escrito dentro de los 3 días hábiles posteriores a la programación. También puede solicitar a cualquier proveedor o centro de atención médica una estimación de buena fe antes de programar un artículo o servicio. Si lo hace, asegúrese de que el proveedor de atención médica o el centro le den una estimación de buena fe por escrito dentro de los 3 días hábiles posteriores a su solicitud.

**Tenga en cuenta que los servicios en el mismo día no son elegibles para Estimaciones de Buena Fe de conformidad con 45 CFR 149.610 (c)*

- Si recibe una factura que es al menos \$400 más para cualquier proveedor o instalación que su Estimación de Buena Fe de ese proveedor o instalación, puede disputar la factura.

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

DECLARACIÓN DE LA LEY DE PRIVACIDAD: CMS está autorizado a recopilar la información en este formulario y cualquier documentación de respaldo bajo la sección 2799B-7 de la Ley del Servicio de Salud Pública, según lo agregado por la sección 112 de la Ley de No Sorpresas, título I de la División BB de la Ley de Asignaciones Consolidadas, 2021 (Pub. L. 116-260). Necesitamos la información en el formulario para procesar su solicitud de iniciar una disputa de pago, verificar la elegibilidad de su disputa para el proceso PPDR y determinar si existe algún conflicto de intereses con la entidad independiente de resolución de disputas seleccionada para decidir su disputa. La información también se puede utilizar para: (1) apoyar una decisión sobre su disputa; (2) apoyar la operación y supervisión en curso del programa PPDR; (3) evaluar el cumplimiento de las reglas del programa por parte de una entidad seleccionada de IDR. Proporcionar la información solicitada es voluntario. Pero no proporcionarlo puede retrasar o evitar el procesamiento de su disputa, o podría hacer que su disputa se decida a favor del proveedor o instalación.