

Usted tiene derecho a recibir una “estimación de buena fe” donde se explique cuánto costará su atención médica

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

- Usted tiene derecho a recibir una estimación de buena fe por el costo total esperado de cualquier artículo o servicio de atención médica a solicitud o al programar la recepción de dichos artículos o servicios. Esto incluye costos relacionados como los de pruebas médicas, medicamentos recetados, equipos y tarifas hospitalarias.
- Si programa la recepción de un artículo o servicio de atención médica con una anticipación de al menos 3 días hábiles, asegúrese de que la instalación o su proveedor de atención médica le brinde un estimado de buena fe por escrito dentro de 1 día hábil después de haberlo programado. Si programa la recepción de un artículo o servicio de atención médica con una anticipación de al menos 10 días hábiles, asegúrese de que la instalación o su proveedor de atención médica le brinde un estimado de buena fe por escrito dentro de 3 días hábiles después de haberlo programado. También puede solicitarle a cualquier instalación o proveedor de atención médica un estimado de buena fe antes de programar la recepción un artículo o servicio. Si lo hace, asegúrese de que el proveedor de atención médica o el centro le dé una estimación de buena fe por escrito dentro de los 3 días hábiles posteriores a su solicitud.
- Si recibe una factura de al menos \$400 más para cualquier proveedor o instalación que su estimación de buena fe para ese proveedor o instalación, puede rechazar la factura.
- Asegúrese de guardar una copia o imagen de su estimación de buena fe y de la factura.

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

DECLARACIÓN DE LA LEY DE PRIVACIDAD: CMS está autorizado a recopilar la información de este formulario y cualquier documentación de respaldo conforme a la sección 2799B-7 de la Ley del Servicio de Salud Pública, según lo agregado por la sección 112 de la Ley No Sorpresas, título I de la División BB de las Asignaciones Consolidadas Ley, 2021 (Pub. L. 116-260). Necesitamos la información del formulario para procesar su solicitud para 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 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 voluntario. 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 la instalación.