

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

En virtud de la ley, los prestadores de atención médica deben brindar a los **pacientes que no tienen seguro o que no utilizan su seguro** un estimativo de la factura por los ítems y servicios médicos.

- Usted tiene derecho a recibir un Estimativo de buena fe por el costo total que se espera para cualquier ítem o servicio que no sea de emergencia. Esto incluye los costos relacionados, como los exámenes médicos, medicamentos recetados, equipos y tarifas del hospital.
- Asegúrese de que su prestador de atención médica le brinde un estimativo de buena fe por escrito al menos 1 día hábil antes de su servicio o ítem médico. También puede solicitarle a su prestador de atención médica y a cualquier otro prestador que elija un estimativo de buena fe antes de programar un ítem o un servicio.
- Si recibe una factura que supera en al menos \$400 su estimativo de buena fe, puede disputar la factura.
- Asegúrese de guardar una copia o fotografía de su estimativo de buena fe.

Si tiene preguntas o desea obtener más información sobre su derecho a un estimativo de buena fe, visite www.cms.gov/nosurprises o llame al 1-800-985-3059.

Descargo de responsabilidad

Este estimativo de buena fe muestra los costos de los ítems y servicios que se esperan razonablemente para sus necesidades de atención médica por un ítem o servicio. El estimativo se basa en la información conocida al momento en que se creó el estimativo.

El estimativo de buena fe no incluye cualquier costo desconocido o inesperado que pueda surgir durante el tratamiento. Es posible que se le cobre más si ocurren complicaciones o circunstancias especiales. Si esto sucede y su factura supera en \$400 o más para cualquier prestador o centro a su estimativo de buena fe para ese prestador o centro, la ley federal permite que usted dispute la factura.

Si se le cobra más que este estimativo de buena fe, usted puede tener derecho a disputar la factura.

Usted puede contactarse con el prestador de salud o centro para informarles que los gastos facturados son mayores que el estimativo de buena fe. Puede solicitarles que actualicen la factura para que coincida con el estimativo de buena fe, solicitar negociar la factura, o preguntar si hay ayuda 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 elige utilizar el proceso de resolución de disputas, debe iniciar el proceso de disputa dentro de los 120 días corridos (alrededor de 4 meses) a partir de la fecha de la factura original.

Si disputa su factura, el prestador o centro no puede procesar la factura por el ítem o servicio en disputa para cobrarla o amenazar con hacerlo, o si la factura ya ha sido procesada, el prestador o el centro debe detener los esfuerzos de cobranza. El prestador o el centro también debe suspender la acumulación de cualquier tarifa por pago atrasado de cualquier monto facturado impago hasta después de que haya concluido el proceso de resolución de la disputa. El prestador o el centro no puede tomar ninguna acción punitiva contra usted ni amenazar con hacerlo por disputar su factura.

Existe una tarifa de \$25 por utilizar el servicio de disputa. Si la entidad Seleccionada de resolución de disputas (SDR, por sus siglas en inglés) que revisa su disputa está de acuerdo con usted, usted deberá pagar el precio del estimativo de buena fe, con el descuento de la tarifa de \$25. Si la entidad SDR no está de acuerdo con usted, pero sí lo está con el prestador o centro de atención médica, usted deberá pagar el monto más alto.

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

Si tiene preguntas o desea obtener más información sobre su derecho a un estimativo de buena fe o sobre el proceso de disputa, visite www.cms.gov/nosurprises/consumers , envíe un correo electrónico a FederalPPDRQuestions@cms.hhs.gov o llame al 1-800-985-3059.

Guarde una copia de su estimativo de buena fe en un lugar seguro o tómelo fotos. Es posible que lo necesite si se le cobra un monto mayor.

DECLARACIÓN DE LA LEY DE PRIVACIDAD: CMS está autorizado a recolectar la información en este formulario y cualquier documentación de respaldo en virtud del artículo 2799B-7 de la Ley de Servicios de Salud Pública, según se añade en el artículo 112 de la Ley Sin Sorpresas, título I de la Sección BB de la Ley de Apropiaciones Consolidadas, 2021 (Pub. L. 116-260). Necesitamos la información en el formulario para procesar su solicitud para iniciar la disputa del pago, verificar la elegibilidad de su disputa para el proceso PPDR, y para determinar si existe un conflicto de interés con la entidad independiente de resolución de disputas seleccionada para resolver su disputa. La información también puede utilizarse para:

- (1) respaldar una decisión de su disputa;
- (2) apoyar la operación y supervisión en curso del programa PPDR; (3) evaluar el cumplimiento de las normas del programa por parte de la entidad IDR seleccionada. Proporcionar la información solicitada es optativo. Pero no proporcionarla puede retrasar o impedir el procesamiento de su disputa, o puede ocasionar que su disputa se resuelva en favor del prestador o centro.