A close up of a sign

Description automatically generated

# Presupuesto de buena fe para elementos y servicios de atención médica

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Nombre del paciente | Segundo nombre | | Apellido | |
| Fecha de nacimiento del paciente: | | | | |
| Dirección del paciente: |  | |  | |
| Ciudad: | Estado: | | Código postal: | |
| Teléfono: Celular: | | | | |
| Dirección de correo electrónico: | | | | |
| Descripción del servicio principal y Código CPT del servicio principal | | | | |
| Diagnóstico principal del paciente |  | | Código de diagnóstico principal | |
| Diagnóstico secundario del paciente |  | | Código de diagnóstico secundario | |
| Si está programado, indicar la fecha del servicio:  [ ] Marque esta casilla si este servicio o elemento aún no está programado | | | |
| Lighthouse Surgery Center | | Costo total estimado | |
| Médico o cirujano | | Costo total estimado | |
| Woodland Anesthesia | | Costo total estimado | |
| **Fecha: Costo total estimado: $** | | | |

**Detalle de servicios de Lighthouse Surgery Center**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Servicio o elemento | Dirección donde se prestará el servicio o elemento | Código de diagnóstico | Código del servicio | Cantidad | Costo previsto |
|  | 129 Woodland Street, Hartford, CT 06105 |  |  |  |  |
|  | 129 Woodland Street, Hartford, CT 06105 |  |  |  |  |
|  | 129 Woodland Street, Hartford, CT 06105 |  |  |  |  |
|  | 129 Woodland Street, Hartford, CT 06105 |  |  |  |  |

|  |
| --- |
| **Cargos totales esperados de Lighthouse Surgery Center $** |

**Detalle de servicios de Woodland Anesthesia**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Servicio o elemento | Dirección donde se prestará el servicio o elemento | Código de diagnóstico | Código del servicio | Cantidad | Costo previsto |
|  | 129 Woodland Street, Hartford, CT 06105 |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

|  |
| --- |
| **Cargos totales esperados de Woodland Anesthesia $** |

**Detalle de servicios del cirujano**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Servicio o elemento | Dirección donde se prestará el servicio o elemento | Código de diagnóstico | Código del servicio | Cantidad | Costo previsto | |
|  | 129 Woodland Street  Hartford, CT 06105 |  |  |  |  | |
| **Total de cargos esperados del cirujano $** | | | | | |

# Descargo de responsabilidad

El presente presupuesto de buena fe muestra los costos de los elementos y servicios que se prevén dentro de lo razonable para sus necesidades de atención médica con respecto a un elemento o servicio. El presupuesto toma como base la información conocida en el momento en que se creó.

El presupuesto de buena fe no incluye ningún costo desconocido o inesperado que pueda surgir durante el tratamiento. Es posible que se le cobre más si surgen complicaciones o circunstancias especiales. Si esto ocurre, la ley federal le permite impugnar (apelar) la factura.

# Si le facturan más de lo indicado en este presupuesto de buena fe, usted tiene derecho a impugnar la factura.

Puede ponerse en contacto con el proveedor de atención médica o el centro indicado para comunicarles que los gastos facturados son superiores al presupuesto de buena fe. Puede pedirles que actualicen la factura para que coincida con el presupuesto de buena fe, solicitar negociar la factura o preguntar si hay ayuda financiera disponible.

También puede iniciar un proceso de resolución de conflictos ante el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos (HHS). Si decide utilizar el proceso de resolución de conflictos, debe iniciarlo en un plazo de 120 días calendario (unos 4 meses) a partir de la fecha de la factura original.

El proceso de resolución de conflictos tiene un costo de $25. Si la agencia que revisa su disputa está de acuerdo con usted, tendrá que pagar el precio que obra en este presupuesto de buena fe. Si la agencia no está de acuerdo con usted y sí lo está con el proveedor o centro de atención médica, tendrá que pagar la cantidad más alta.

Si desea obtener más información y recibir un formulario para iniciar el proceso, visite

[www.cms.gov/nosurprises/consumers](https://www.cms.gov/nosurprises/consumers) o llame al 1-800-985-3059.

**Si tiene alguna pregunta o desea obtener más información** sobre su derecho a un presupuesto de buena fe o el proceso de resolución de conflictos, visite [www.cms.gov/nosurprises/consumers](https://www.cms.gov/nosurprises/consumers) o llame al 1-800-985-3059.

Conserve una copia de este presupuesto de buena fe en un lugar seguro o tómele una foto. Es posible que lo necesite si le facturan un importe superior.

129 WOODLAND STREET HARTFORD, CT 06105 | CENTRAL TELEFÓNICA: 860-714-3939 | FAX: 860-244-2040