



DERECHO A RECIBIR UN PRESUPUESTO DE BUENA FE RIGHT TO RECEIVE A GOOD FAITH ESTIMATE

Usted tiene el derecho de recibir un “presupuesto de buena fe” que explique cuánto costará su atención médica.

Según la ley, los proveedores de servicios médicos deben dar a **los pacientes que no tienen seguro médico o que no usaran el seguro médico**, un presupuesto de lo que se cobrará por artículos y servicios médicos.

Usted tiene el derecho a recibir un Presupuesto de Buena Fe por el costo total esperado de cualquier artículo o servicio médico no de emergencia. Esto incluye los costos relacionados con exámenes médicos, medicamentos, y cargos hospitalarios.

Asegúrese que su proveedor de servicios médicos le dé un Presupuesto de Buena Fe por escrito por lo menos 1 día hábil antes de recibir su servicio o artículo médico. También puede pedirle a su proveedor de servicios médicos, y a cualquier otro proveedor de servicios médicos que elija, un Presupuesto de Buena Fe antes de programar un servicio o artículo médico.

Si recibe una cuenta que es por lo menos \$400 más de su Presupuesto de Buena Fe, puede disputar la cuenta.

Asegúrese de guardar una copia o fotografía de su Presupuesto de Buena Fe.

Si tiene alguna pregunta o desea más información sobre su derecho a recibir un Presupuesto de Buena Fe, vaya a www.cms.gov/no-surprises o llame al 1 (800) 985-3059.

NO RETENER COMO PARTE DEL HISTORIAL MÉDICO PERMANENTE



RIGHT TO RECEIVE A GOOD FAITH ESTIMATE

You have the right to receive a “Good Faith Estimate” explaining how much your medical care will cost.

Under the law, health care providers need to give **patients who don’t have insurance or who are not using insurance** an estimate of the bill for medical items and services.

You have the right to receive a Good Faith Estimate for the total expected cost of any non-emergency items or services. This includes related costs like medical tests, prescription drugs, equipment, and hospital fees.

Make sure your health care provider gives you a Good Faith Estimate in writing at least 1 business day before your medical service or item. You can also ask your health care provider, and any other provider you choose, for a Good Faith Estimate before you schedule an item or service.

If you receive a bill that is at least \$400 more than your Good Faith Estimate, you can dispute the bill.

Make sure to save a copy or picture of your Good Faith Estimate.

For questions or more information about your right to a Good Faith Estimate, visit www.cms.gov/nosurprises or call 1 (800) 985-3059.

DO NOT RETAIN AS PART OF THE PERMANENT MEDICAL RECORD