

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.

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 us.

You may contact our office for a copy of your Good Faith Estimate.

ESTIMADO DE BUENA FE

Tiene derecho a recibir un "Estimado de buena fe" que explique cuánto costará su atención médica.

De acuerdo con la ley, los proveedores de atención médica deben brindarles a los pacientes que no tienen seguro o que no utilizan un seguro una estimación del costo de artículos y servicios médicos.

Tiene derecho a recibir una estimación de buena fe del costo total esperado de cualquier artículo o servicio que no sea de emergencia. Esto también incluye costos relacionados, como pruebas médicas, medicamentos de receta, equipos y tarifas hospitalarias.

Si recibe una factura que es al menos \$400 más que su estimado de buena fe, puede disputar la factura.

Asegúrese de guardar una copia o una imagen de su estimado de buena fe.

Para preguntas o más información sobre su derecho a una estimado de buena fe, visite www.cms.gov/nosurprises o llámenos.

Puede comunicarse con nuestra oficina para obtener una copia de su estimado de buena fe.