

**Usted tiene derecho a recibir un “valor estimativo de buena fe”  
que explica cuánto costará su atención médica  
You have the right to receive a “Good Faith Estimate”  
explaining how much your health care will cost**

Conforme a la ley, los proveedores de atención médica deben brindar a **los pacientes que no tienen ciertos tipos de cobertura de atención médica o que no están utilizando ciertos tipos de cobertura de atención médica** un valor estimativo de su factura por los artículos y servicios de atención médica antes de que se proporcionen dichos artículos o servicios.

- Usted tiene derecho a recibir un valor estimativo de buena fe del costo total que se espera de cualquier artículo o servicio de atención médica a pedido o cuando programe dichos artículos o servicios. Esto incluye los costos relacionados, como pruebas médicas, medicamentos recetados, equipos y honorarios hospitalarios.
- Si programa un artículo o servicio de atención médica con al menos 3 días hábiles de anticipación, asegúrese de que su proveedor o centro de atención médica le brinde un valor estimativo de buena fe por escrito en el plazo de 1 día hábil después de programarlo. Si programa un artículo o servicio de atención médica con al menos 10 días hábiles de anticipación, asegúrese de que su proveedor o centro de atención médica le brinde un valor estimativo de buena fe por escrito en el plazo de 3 días hábiles después de programarlo. También puede solicitar a cualquier proveedor o centro de atención médica un valor estimativo de buena fe antes de programar un artículo o servicio. Si lo hace, asegúrese de que el proveedor o centro de atención médica le proporcionen un valor estimativo de buena fe por escrito en el plazo de los 3 días hábiles después de haber preguntado.
- Si recibe una factura de cualquier proveedor o centro que sea, al menos, \$400 superior a su valor estimativo de buena fe de ese proveedor o centro, puede presentar una disputa sobre la factura.
- Asegúrese de guardar una copia o fotografía de su valor estimativo de buena fe y la factura.

Si tiene preguntas o desea obtener más información sobre su derecho a un valor estimativo de buena fe, visite [www.cms.gov/nosurprises/consumers](http://www.cms.gov/nosurprises/consumers), envíe un correo electrónico a [FederalPPDRQuestions@cms.hhs.gov](mailto:FederalPPDRQuestions@cms.hhs.gov) o llame al 1-800-985-3059.

**DECLARACIÓN RESPECTO A LA LEY DE PRIVACIDAD:** Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid están autorizados a recopilar la información de este formulario y cualquier documentación de respaldo en virtud de la sección 2799B-7 de la Ley de Servicios de Salud Pública, según se agrega en la sección 112 de la Ley de No Sorpresas, título I de la División BB de la Ley de Apropiedades Consolidadas, 2021 (Publicación L. 116-260). Necesitamos la información del formulario para procesar su solicitud de iniciar una disputa sobre pagos, verificar la elegibilidad de su disputa para el proceso de resolución de disputas entre pacientes y proveedores (Patient-Provider Dispute Resolution, PPDR) y determinar si existe algún conflicto de intereses con la entidad independiente de resolución de disputas seleccionada para tomar una decisión sobre su disputa. La información también puede usarse para: (1) respaldar una decisión sobre su disputa; (2) respaldar la operación y supervisión continuas del programa de PPDR; (3) evaluar el cumplimiento de determinadas normas del programa por parte de la entidad de IDR. No es obligatorio proporcionar la información solicitada. Sin embargo, si no la proporciona, puede retrasar o impedir el procesamiento de su disputa, o podría generar que su disputa se decida a favor del proveedor o del centro.