



ESTIMACIÓN DE BUENA FE

Dental

819 Bloomington Rd. Champaign, IL 61820

Fecha de la estimación de buena fe: _____

Si está programado, enumere las fechas en las que se proporcionará el Servicio o Artículo Principal:

¿Con qué Proveedor está programado el Servicio o Artículo Principal?:

NPI del proveedor: _____

Marque esta casilla si este Servicio o Artículo aún no está programado.

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____ Med Rec #: ____

Dirección: Ciudad _____: ____ Estado: _____ Código postal: ____

Esta información proporcionada por la Estimación de Buena Fe (GFE) de Promise Healthcare (PHC) es una estimación de los posibles cargos cuando un paciente es atendido en nuestra clínica. Todos los proveedores médicos utilizan un conjunto de códigos (códigos CPT) establecidos por el gobierno para determinar la complejidad y el valor de una visita al consultorio o procedimiento. Estos códigos pueden variar según el tipo de visita que se realice.

X	Servicio	Código	Tarifa completa	Tarifa con descuento
	PROPHYLAXIS - ADULT	D1110	\$110.00	
	PROPHYLAXIS - CHILD	D1120	\$88.00	
	Topical Fluoride Varnish	D1206	\$46.00	
	SEALANT - PER TOOTH	D1351	\$61.00	
	COMP ORAL EVALUATION - NEW EST PT	D0150	\$109.00	
	Limit oral eval problem focused	D0140	\$110.00	
	Periodic oral evaluation	D0120	\$66.00	
	INTRAORAL PERIAPICAL FIRST FILM	D0220	\$32.00	
	INTRAORAL-COMPLETE SERIES	D0210	\$148.00	
	BITEWINGS - FOUR FILMS	D0274	\$72.00	
	PANORAMIC FILM	D0330	\$130.00	
	BITEWINGS - TWO FILMS	D0272	\$50.00	
	EXTRACTION ERUPTED TOOTH EXPOSED ROOT	D7140	\$200.00	
	SURGICAL REMOVAL ERUPTED TOOTH	D7210	\$314.00	
	RESIN COMPOSITE - 1 SURFACE POSTERIOR	D2391	\$200.00	
	RESIN COMPOSITE - 2 SURFACES POSTERIOR	D2392	\$248.00	
	RESIN COMPOSITE - 3 SURFACES POSTERIOR	D2393	\$310.00	

Renuncias:

PHC ha tratado de estimar la codificación y el valor adjunto a partir de la información proporcionada en el momento de la programación. PHC no siempre puede predecir cómo se facturará cada visita. Por lo tanto, al proporcionar esta estimación, revelamos que hemos hecho todo lo posible para proporcionar al paciente el costo total estimado de la cita. *Será responsabilidad del paciente pagar cualquier costo adicional por encima de esta estimación.*

Tenga en cuenta que la Estimación de Buena Fe que se le proporciona incluye los costos anticipados de los artículos y servicios enumerados. Sin embargo, es posible que haya artículos o servicios adicionales recomendados por su proveedor o centro coordinador como parte de su curso de atención. Estos artículos o servicios adicionales deben programarse o solicitarse por separado y no se reflejan en esta estimación. Para obtener una comprensión completa de sus costos potenciales, hable con su proveedor o centro.

La Estimación de Buena Fe que se le proporciona no es un contrato. No lo obliga a usted, como persona sin seguro (o que paga por cuenta propia), a obtener los artículos o servicios de cualquiera de los proveedores o instalaciones enumerados en el presupuesto. Usted es libre de buscar atención de cualquier proveedor o centro de su elección.

Si se le ha facturado más de \$400 por encima del monto de este GFE, comuníquese con el departamento de Facturación de Promesas al 217-403-5403. También puede iniciar un proceso de resolución de disputas con el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos (HHS). Si elige utilizar el proceso de resolución de disputas, debe iniciar el proceso de disputa dentro de los 120 días calendario posteriores a la fecha de la factura original. Hay una tarifa de \$25 para usar el proceso de disputa. Si la agencia que revisa su disputa está de acuerdo con usted, tendrá que pagar el precio de este GFE. Si la agencia no está de acuerdo con usted y está de acuerdo con el proveedor de atención médica, tendrá que pagar la cantidad más alta. Para iniciar el proceso de disputa, vaya a www.cms.gov/nosurprises o llame al HHS al 312-353-5160.

Guarde una copia de esta Estimación de Buena Fe en un lugar seguro o tómela una fotografía. Es posible que lo necesite si se le factura una cantidad mayor.

Firmado por el representante de Promise Healthcare: _____

Fecha de firma: _____

GFE proporcionado al paciente a través de: Correo electrónico US Mail Vía Hand On ___ # de días antes de la cita programada. Copia enviada al Departamento de Registros Médicos: