

Cantidad total estimada para el paciente: _____

Todos los costos deben pagarse en el momento del servicio. PHC ofrece planes de pago, ya que queremos asegurarnos de que nuestros pacientes reciban la atención que necesitan con la capacidad de trabajar con el

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 provided to patient via: Correo electrónico Correo de EE. UU. Via Hand On ___ # de días antes de la cita programada. Copia enviada al Departamento de Registros Médicos: