



## Ley de No Sorpresa -

Usted tiene derecho a recibir un "Estimado de Buena Fe" que explique cuánto costará su atención médica.

Bajo la ley, los proveedores de atención médica necesitan dar a los pacientes que no van a usar seguro o no tienen seguro una estimación de su factura por artículos y servicios de atención médica antes de que esos artículos o servicios sean proporcionados.

- Usted tiene el derecho de recibir una Estimación de Buena Fe para el costo total esperado de cualquier artículo o servicios de atención médica que no sean de emergencia a petición o cuando programe tales artículos o servicios. Esto incluye costos relacionados como pruebas médicas, medicamentos recetados, equipo y honorarios de hospital.
- Si usted programa un artículo o servicio de cuidado de salud por lo menos 3 días hábiles de anticipación, asegúrese de que su proveedor de cuidado de salud o centro le da una Estimación de Buena Fe por escrito dentro de 1 día hábiles después de la programación. Si usted programa un artículo o servicio de atención médica por lo menos 10 días antes, asegúrese de que su proveedor de atención médica o centro le da una Estimación de Buena Fe por escrito 3 días después de la programación. Usted también puede pedir a cualquier proveedor de atención médica o centro de salud una Estimación de Buena Fe antes de programar un artículo o servicio. Si lo hace, asegúrese de que el proveedor de atención médica o el centro le dé una Estimación de Buena Fe por escrito dentro de los 3 días hábiles después de preguntar.
- Si recibe una factura que es de al menos \$400 más para cualquier proveedor o instalación que su Estimación de Buena Fe de ese proveedor o instalación, puede disputar la factura.
- Asegúrese de guardar una copia o imagen de su Estimación de Buena Fe y su factura.

## QUESTIONS

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

## DECLARACIÓN DE LEY DE PRIVACIDAD

CMS está autorizado a recopilar la información en este formulario y cualquier documentación de respaldo bajo la sección 2799B-7 de la Ley de Servicios de Salud Pública, según lo agregado por la sección 112 de la Ley de No Sorpresas, título I de la División BB de la Ley de Asignaciones Consolidadas, 2021 ( Pub. L. 116-260). Necesitamos la información del formulario para procesar su solicitud para iniciar un pago, verificar la elegibilidad de su disputa para el proceso PPDR y determinar si existe algún conflicto de intereses con la entidad independiente de resolución de disputas seleccionada para decidir su disputa. La información también se puede usar para: (1) respaldar una decisión sobre su disputa; (2) apoyar la operación continua y la supervisión del programa PPDR; (3) evaluar el cumplimiento de las reglas del programa por parte de la entidad IDR seleccionada. Proporcionar la información solicitada es voluntario. Pero no proporcionarlo puede retrasar o impedir el procesamiento de su disputa, o podría hacer que su disputa se decida a favor del proveedor o la instalación.