



**DENVER HEALTH™**

est. 1860

ESTAMOS AQUÍ EN TU CAMINO POR LA VIDA

## **Usted tiene derecho a recibir un “Cálculo de Buena Fe” en el que le expliquen cuánto costaría su atención médica**

Conforme a la ley, los proveedores de atención médica deben informar **a los pacientes que no tengan determinados tipos de cobertura de atención médica o que no estén usando determinados tipos de cobertura de atención médica** un cálculo aproximado del costo de los bienes o servicios médicos que prevean facturarles.

- Usted tiene derecho a recibir un Cálculo de Buena Fe del costo total previsto de los bienes o servicios de atención médica a petición o cuando se programen esos bienes o servicios. Estos costos incluyen cargos relacionados con pruebas médicas, medicamentos recetados, equipo y gastos de hospitalización.
- Si programa un artículo o servicio de atención médica con al menos 3 días de anticipación, asegúrese de que su proveedor o centro de atención médica le de un Cálculo de Buena Fe por escrito en un plazo de 1 día hábil después de programar. Si programa un artículo o servicio de atención médica con al menos 10 días de anticipación, asegúrese de que su proveedor o centro de atención médica le dé un Cálculo de Buena Fe por escrito en un plazo de 3 días hábiles después de programar. También puede pedirle a cualquier proveedor o centro de atención médica un Cálculo de Buena Fe antes de programar el suministro de un bien o servicio. Si lo hace, asegúrese de que el proveedor o centro de atención médica le dé un Cálculo de Buena Fe por escrito en un plazo de 3 días hábiles después de pedirlo.
- Si recibe una factura que supere por lo menos en \$400 para cualquier proveedor o centro el cálculo de Buena Fe de ese proveedor o centro, usted puede impugnarla.
- Asegúrese de guardar una copia o fotografía de su Cálculo de Buena Fe y la factura

Si tiene preguntas o desea obtener más información acerca de su derecho a recibir un Cálculo de Buena Fe, visite [www.cms.gov/nosurprises/consumers](http://www.cms.gov/nosurprises/consumers), envíe un correo a [FederalPPDRQuestions@cms.hhs.gov](mailto:FederalPPDRQuestions@cms.hhs.gov), o llame al 1-800-985-3059.

**DECLARACIÓN DE LEY DE PRIVACIDAD:** CMS tiene autorización para recopilar la información de este formulario y cualquier documentación de comprobación de conformidad con el artículo 2799B-7 de la Ley de Servicios de Salud Pública, tal como fue agregada por el artículo 112 de la Ley Contra Facturas Médicas Inesperadas, título I de la División BB de la Ley de Asignaciones Consolidadas, 2021 (Pub. 116- 260). Necesitamos la información del formulario para procesar su solicitud para iniciar una impugnación por pagos, verificar si su impugnación cumple los requisitos para el proceso PPDR, y para determinar si existe cualquier conflicto de intereses con la entidad independiente de resolución de impugnaciones seleccionada para su impugnación. La información también se puede usar para: (1) apoyar una decisión para su impugnación; (2) apoyar la operación y supervisión constantes del programa PPDR; (3) evaluar el cumplimiento de la entidad de IDR seleccionada con las reglas del programa. La información solicitada se suministra de forma voluntaria. Pero al no proporcionar esa información puede demorar o impedir el procesamiento de su impugnación, o podría hacer que su impugnación se decidiera en favor del proveedor o el centro.