

Usted tiene derecho a recibir un «Presupuesto aproximado de buena fe de los gastos», en el que se le explique cuánto le va a costar la atención médica que reciba

En virtud de la ley, los profesionales médicos deben facilitar a **los pacientes que no cuentan con determinada cobertura médica o que no emplean determinados tipos de cobertura médica** un presupuesto aproximado de los gastos correspondientes a los servicios y asistencia médica antes de que estos se presten.

- Usted tiene derecho a recibir un presupuesto aproximado de buena fe del precio total que se espera que pague por los servicios o asistencia médica previa solicitud o cuando programe la cita para recibir esos servicios o asistencia. En el presupuesto se incluyen los gastos relacionados con las pruebas médicas, los medicamentos de venta con receta médica, el equipo y las tarifas hospitalarias.
- Si usted programa un servicio o asistencia médica con al menos 3 días laborables de antelación, confirme que el profesional médico o el centro médico le facilite por escrito un presupuesto aproximado de buena fe de los gastos, en el plazo de 1 día laborable después de la programación de la cita. Si usted programa un servicio o asistencia médica con al menos 10 días laborables de antelación, confirme que el profesional médico o el centro médico le facilite por escrito un presupuesto aproximado de buena fe de los gastos, en el plazo de 3 días laborables después de la programación de la cita. Además, puede pedirle al profesional médico o al centro médico que le facilite el presupuesto aproximado de los gastos antes de programar el servicio o asistencia. De ser así, confirme que el profesional médico o el centro le facilite por escrito un presupuesto aproximado de buena fe de los gastos, en el plazo de 3 días laborables después de haberlo pedido.
- Si recibe una factura que supera en al menos \$400 el presupuesto aproximado de buena fe de los gastos que le facilitó el profesional médico o el centro médico, usted puede refutar el valor de la factura.
- Guarde una copia o fotografía del presupuesto aproximado de buena fe de los gastos y de la factura.

Si tiene preguntas o desea más información sobre su derecho a recibir un presupuesto aproximado de los gastos de gastos, visite www.cms.gov/nosurprises/consumers, envíe un correo electrónico a FederalPPDRQuestions@cms.hhs.gov o llame al 800-895-3059.

Declaración de la Ley de Privacidad: Los CMS [*Centers for Medicare and Medicaid Services* o Centros de Servicios de Medicare y Medicaid] están autorizados para recoger los datos de este formulario y toda la documentación justificativa en virtud del artículo 2799B-7 de la Ley de Servicios de Salud Pública, según se añadió en el artículo 112 de la Ley Sin Sorpresas (*No Surprises Act*), título I de la División BB de la Ley de Apropriaciones Consolidadas de 2021 (ley pública 116-260). Los datos del formulario son necesarios para tramitar su solicitud de iniciar la disputa, verificar la idoneidad durante el proceso de resolución de desacuerdos entre el paciente y el profesional médico, y para determinar si existe algún conflicto de interés con la entidad independiente de resolución de desacuerdos que se ha seleccionado para decidir el resultado del desacuerdo. Es posible que los datos también se utilicen para: 1) respaldar una decisión referente al desacuerdo; 2) respaldar la operación continua y la supervisión del programa de resolución de desacuerdos entre el paciente y el profesional médico; 3) evaluar el cumplimiento de las reglas del programa correspondiente a la entidad independiente de resolución de desacuerdos que se ha seleccionado. Brindar los datos solicitados es voluntario, pero no hacerlo podría retrasar o impedir la tramitación del desacuerdo, o podría causar que el resultado del desacuerdo favorezca al profesional médico o al centro médico.