

Estimado de buena fe

Estimado individual de cargos por servicios de salud

01 Paciente y período de atención

Nombre completo del paciente

Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA)

Folio o referencia

Fecha de emisión

Fecha de solicitud o de programación

Representante autorizado, si corresponde

Servicio principal solicitado o programado (descripción clara)

Fecha(s) de la cita, si ya se programó

☐ Aún no programado

Inicio del período

Fin del período (máximo 12 meses)

Número total previsto de sesiones

Frecuencia prevista

02 Proveedor o centro principal incluido

Nombre legal del proveedor o centro

NPI de este proveedor o centro

TIN de este proveedor o centro

Profesional tratante y credenciales; supervisor si corresponde

Estado(s), modalidad y lugar donde se prestarán los servicios

Detalle de cargos

Proveedor 1 | Importes en dólares estadounidenses (USD)

Folio del estimado	Nombre del paciente

Describa cada servicio previsto. La tarifa neta debe reflejar los descuentos aplicables. No hay cálculo automático; revise cantidades y sumas antes de entregar.

01 Servicio o artículo

Código de servicio / CPT	ICD, si corresponde*	Cantidad	Tarifa neta \$	Cargo previsto \$

Lugar, modalidad y fecha(s) o período de este servicio

02 Servicio o artículo

Código de servicio / CPT	ICD, si corresponde*	Cantidad	Tarifa neta \$	Cargo previsto \$

Lugar, modalidad y fecha(s) o período de este servicio

03 Servicio o artículo

Código de servicio / CPT	ICD, si corresponde*	Cantidad	Tarifa neta \$	Cargo previsto \$

Lugar, modalidad y fecha(s) o período de este servicio

04 Servicio o artículo

Código de servicio / CPT	ICD, si corresponde*	Cantidad	Tarifa neta \$	Cargo previsto \$

Lugar, modalidad y fecha(s) o período de este servicio

* Incluya el diagnóstico cuando se conozca y sea necesario para calcular el estimado. Si no se ha determinado o no es necesario para el cálculo, indíquelo; el código de servicio y los cargos siguen siendo necesarios.

Descuentos incluidos y otras aclaraciones	TOTAL PREVISTO DEL PROVEEDOR 1 \$

Resumen del estimado

Otro proveedor, si corresponde, y total del estimado (complete siempre el total)

Folio del estimado

Nombre del paciente

☐ No se incluye otro proveedor en este estimado

Nombre legal del proveedor o centro

NPI de este proveedor o centro

TIN de este proveedor o centro

Estado(s), modalidad y lugar donde se prestarán los servicios

Persona de contacto

Teléfono

Tipo de proveedor o centro

01 Servicio o artículo

Código de servicio / CPT

ICD, si corresponde*

Cantidad

Tarifa neta \$

Cargo previsto \$

Lugar, modalidad y fecha(s) o período de este servicio

02 Servicio o artículo

Código de servicio / CPT

ICD, si corresponde*

Cantidad

Tarifa neta \$

Cargo previsto \$

Lugar, modalidad y fecha(s) o período de este servicio

TOTAL PREVISTO DEL PROVEEDOR 2 \$

OTROS PROVEEDORES EN ANEXOS \$

Identifique cualquier anexo (proveedor y folio); o indique ninguno

TOTAL DE ESTE ESTIMADO \$

Incluya los anexos del mismo proveedor en el subtotal de ese proveedor. Total del estimado = proveedor 1 + proveedor 2 + otros proveedores en anexos. Complete el total aunque solo haya un proveedor.

Alcance y sus derechos

Guarde este documento y todas sus páginas y anexos

Folio del estimado

Nombre del paciente

Servicios que se programarán por separado

Se prevé que los servicios o artículos de la lista siguiente deban programarse por separado, antes o después del período cubierto. Se proporcionarán estimados de buena fe separados al programarlos o solicitarlos. Los nombres e identificadores de los proveedores o centros, códigos de diagnóstico aplicables, códigos de servicio y cargos se incluirán en esos estimados. Use los datos de contacto de la lista para solicitar cada uno; para servicios de nuestra clínica, llame al 405-338-7674.

Servicio, proveedor si se conoce, cuándo se prevé y cómo solicitar su estimado; o indique ninguno

Qué significa este estimado

Este documento refleja los servicios, artículos y cargos razonablemente previstos con la información disponible al prepararlo. Los servicios o cargos reales pueden variar; podrían surgir costos imprevistos o circunstancias especiales. Los servicios adicionales recomendados que deban programarse o solicitarse por separado no están incluidos. **Este estimado no es un contrato y no le obliga a recibir atención de ningún proveedor o centro indicado.**

Si la factura supera lo estimado

Si la factura de un proveedor o centro supera por **\$400 o más** el total previsto para ese mismo proveedor o centro, usted podría reunir los requisitos del proceso federal de resolución de disputas entre pacientes y proveedores. Puede pedir al proveedor que corrija la factura, negociar el monto o preguntar por ayuda financiera.

Para iniciar una disputa federal, presente el aviso requerido dentro de **120 días calendario después de recibir la factura inicial** con los cargos en disputa. Consulte las instrucciones y el formulario en cms.gov/nosurprises/consumers o llame al **1-800-985-3059**. La tarifa administrativa actual es de **\$25**. Si la decisión es a su favor, se descuenta del monto que deba al proveedor. Un revisor independiente determina el pago. Contactar a la clínica no sustituye presentar la disputa a tiempo.

Durante la disputa, el proveedor o centro no puede enviar la factura en disputa a cobranza ni amenazar con hacerlo; debe suspender las gestiones de cobranza ya iniciadas y la acumulación de cargos por atraso sobre saldos pendientes. No puede tomar represalias ni amenazar con ellas. **Iniciar una disputa no afectará negativamente la calidad de su atención.**

Conserve el estimado y las facturas. Puede solicitar otra copia a la clínica. Para ayuda con su estimado, llame al 405-338-7674.

Preparado y revisado por

Fecha de entrega y medio solicitado (papel / electrónico)