



Nombre del Cliente: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Estimación de Buena Fe

Tiene derecho a recibir un “Estimado de Buena Fe” explicando cuánto costará su atención médica.

Según la ley, los proveedores de atención médica deben brindar a los **pacientes que no tienen ciertos tipos de cobertura de atención médica o que no utilizan ciertos tipos de cobertura de atención médica** una estimación de su factura por artículos y servicios de atención médica antes de que se proporcionen dichos artículos o servicios.

- Tiene derecho a recibir una Estimación de Buena Fe del costo total esperado de cualquier atención médica o servicios pedido o al programar dichos artículos o servicios. Esto incluye lo relacionado costos como pruebas médicas, medicamentos recetados, equipos y tarifas hospitalarias.
- Si programa un artículo o servicio de atención médica con al menos 3 días hábiles de anticipación, asegúrese de que su el proveedor o centro de atención de la salud le proporciona un Estimado de Buena Fe por escrito dentro de 1 día hábil después de la programación. Si programa un artículo o servicio de atención médica con al menos 10 días hábiles de anticipación, asegúrese de que su proveedor de atención médica o centro le proporcione un Estimado de Buena Fe por escrito dentro de los 3 días hábiles después de la programación. También puede pedirle a cualquier proveedor o centro de atención médica una Buena Estimación de Fe antes de programar un artículo o servicio. Si lo hace, asegúrese de que el proveedor de atención médica o el centro le proporciona un Estimado de Buena Fe por escrito dentro de los 3 días hábiles posteriores a su solicitud.
- Si recibe una factura de al menos \$400 más por cualquier proveedor o centro que su Buena Fe Estimación de ese proveedor o centro, puede disputar la factura.

Para preguntas o más información sobre su derecho a una Estimación de Buena Fe, visite www.cms.gov/nosurprices/consumers, y envíe un correo electrónico a FederalPPDRQuestions@cms.hhs.gov o llame al 1-800-985-3059.

DECLARACIÓN DE LA 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 del Servicio de Salud Pública, según lo agregado por 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 en el formulario para procesar su solicitud para iniciar una disputa de pago, verificar la elegibilidad de su disputa para el proceso PPDR, y determinar si existe algún conflicto de interés 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 IDR seleccionado el cumplimiento de la entidad con las reglas del programa. Proporcionar la información solicitada es voluntario. Pero no proporcionarlo puede retrasar o impedir el procesamiento de su disputa, o podría hacer que su disputa decidirse a favor del proveedor o establecimiento.

Obtener una estimación de buena fe de los costos de asesoramiento no lo compromete, de ninguna manera, a recibiendo servicios de Family Houston. Si no recibió el costo del servicio por papel o medios electrónicos, puede obtenerlo comunicándose con el personal de servicios de citas de Family Houston al (713) 861-4849.



Nombre del Cliente: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Servicios de asesoramiento profesional de pago propio

Ingreso Anual de Familia	Mensual	Quincenal	Semanal	Por la hora	Tamaño De Familia	Tarifa Profesional
\$0-19,999	\$1,240-1,667	\$625-833	\$288-285	\$7.21-9.61	1-2 3+	\$30 \$25
\$20,000-24,999	\$1,667-2,083	\$833-1,042	\$385-481	\$9.62-12.02	1-2 3+	\$35 \$30
\$25,000-29,999	\$2,083-2,500	\$1,042-1,250	\$481-577	\$12.02-14.71	1-2 3+	\$40 \$35
\$30,000-34,999	\$2,500-2,917	\$1,250-1,458	\$577-673	\$14.71-17.16	1-2 3+	\$45 \$40
\$35,000-49,999	\$2,917-4,167	\$1,458-2,083	\$673-962	\$16.83-24.04	1-2 3+	\$55 \$50
\$50,000-64,999	\$4,167-5,417	\$2,083-2,708	\$962-1,250	\$25-31.86	NA	\$70
\$65,000-79,999	\$5,417-6,667	\$2,708-3,333	\$1,250-1,538	\$31.86-39.22	NA	\$80
\$80,000-94,999	\$6,667-7,917	\$3,333-3,3958	\$1,538-1,979	\$39.22-49.48	NA	\$90
\$95,000-249,999	\$7,917-20,833	\$3,958-10,417	\$1,827-4,808	\$45.67-120.19	NA	\$105
\$250,000+	\$20,833+	\$10,417+	\$4,808+	\$120.19+	NA	\$125

Para clientes que no tienen seguro o eligen ser autónomos. Deberá proporcionar su W-2 del año anterior o deberá proporcionar 2 talones de pago recientes para la verificación. Todos los clientes que pagan por su cuenta propia serán re-verificados en sus ingresos en enero de cada año. Si su tarifa de auto pagó cambia, recibirá una nueva estimación de Buena Fe con la nueva tarifa. Si elige aceptar la nueva tarifa se agregará a su cuenta. Si decide no aceptar el Estimado de Buena Fe, luego se le proporcionará una lista de terapeutas para la transición.