



**DERECHO A RECIBIR UN PRESUPUESTO  
DE BUENA FE  
RIGHT TO RECEIVE A GOOD FAITH ESTIMATE**

**Usted tiene el derecho de recibir un “presupuesto de buena fe” que explique cuánto costará su atención médica.**

Según la ley, los proveedores de servicios médicos deben dar a **los pacientes que no tienen seguro médico o que no usaran el seguro médico**, un presupuesto de lo que se cobrará por artículos y servicios médicos.

Usted tiene el derecho a recibir un Presupuesto de Buena Fe por el costo total esperado de cualquier artículo o servicio médico no de emergencia. Esto incluye los costos relacionados con exámenes médicos, medicamentos, y cargos hospitalarios.

Asegúrese que su proveedor de servicios médicos le dé un Presupuesto de Buena Fe por escrito por lo menos 1 día hábil antes de recibir su servicio o artículo médico. También puede pedirle a su proveedor de servicios médicos, y a cualquier otro proveedor de servicios médicos que elija, un Presupuesto de Buena Fe antes de programar un servicio o artículo médico.

Si recibe una cuenta que es por lo menos \$400 más de su Presupuesto de Buena Fe, puede disputar la cuenta.

Asegúrese de guardar una copia o fotografía de su Presupuesto de Buena Fe.

Si tiene alguna pregunta o desea más información sobre su derecho a recibir un Presupuesto de Buena Fe, vaya a [www.cms.gov/no-surprises](http://www.cms.gov/no-surprises) o llame al 1 (800) 985-3059.

**DO NOT RETAIN AS PART OF THE PERMANENT MEDICAL RECORD**

## RIGHT TO RECEIVE A GOOD FAITH ESTIMATE

**You have the right to receive a “Good Faith Estimate” explaining how much your medical care will cost.**

Under the law, health care providers need to give **patients who don’t have insurance or who are not using insurance** an estimate of the bill for medical items and services.

You have the right to receive a Good Faith Estimate for the total expected cost of any non-emergency items or services. This includes related costs like medical tests, prescription drugs, equipment, and hospital fees.

Make sure your health care provider gives you a Good Faith Estimate in writing at least 1 business day before your medical service or item. You can also ask your health care provider, and any other provider you choose, for a Good Faith Estimate before you schedule an item or service.

If you receive a bill that is at least \$400 more than your Good Faith Estimate, you can dispute the bill.

Make sure to save a copy or picture of your Good Faith Estimate.

For questions or more information about your right to a Good Faith Estimate, visit [www.cms.gov/nosurprises](http://www.cms.gov/nosurprises) or call 1 (800) 985-3059.

**DO NOT RETAIN AS PART OF THE PERMANENT MEDICAL RECORD**