

Estimación de Buena Fe para Servicios de Tratamiento de Trastornos por Uso de Sustancias

Nombre Completo del Paciente (impreso): _____

Fecha de Nacimiento: ____/____/____ Número de Identificación: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Número de Teléfono Primario: _____ Correo Electrónico _____

- Cobertura de Seguro: Sin seguro/auto pago - Aplicación de descuento de escala móvil de tarifas Nivel: _____
 Medicaid - MCO: _____ Proporcionar copia del seguro
 Medicare B Plan – Proporcione una copia de la tarjeta de seguro y otra información
 Otro Seguro: _____ Proporcione una copia de la tarjeta de seguro

Los pacientes asegurados son responsables de comprender su cobertura de seguro, incluidos los deducibles y copagos. La cobertura de seguro de terceros puede variar según los servicios. La siguiente es una lista de los Servicios para Trastornos por Uso de Sustancias (SUD, por sus siglas en inglés) que se ofrecen únicamente en Access Carroll. Esta estimación de buena fe se basa en la información financiera proporcionada por el paciente, incluida cualquier prueba de ingresos para descuentos de escala móvil de tarifas o cobertura de seguro para cada visita al consultorio. Se pueden proporcionar otras tarifas de servicios integrados, incluida la atención médica, de salud mental y dental, previa solicitud. Este Estimado de Buena Fe es válido por 12 meses o cuando el estado del seguro puede cambiar, momento en el cual se debe notificar a Access Carroll y se puede proporcionar un Estimado de Buena Fe actualizado.

SERVICIOS EN SITIO	MEDICAID	MEDICARE*	NIVEL A	NIVEL B	NIVEL C	NIVEL D	PRECIO COMPLETO
Detox/MAT - 30 Min Visita	\$0	20% Precio completo	\$20.00	\$30.00	\$40.00	\$50.00	\$132.00
Detox/MAT - 45 Min Visita	\$0	20% Precio completo	\$20.00	\$30.00	\$40.00	\$50.00	\$194.00
Detox/MAT - 60 Min Visita	\$0	20% Precio Completo	\$20.00	\$30.00	\$40.00	\$50.00	\$256.00
Prueba de Drogas en la orina	\$0	20% Precio Completo	\$0	\$0	\$0	\$0	\$25.00
Breathalyzer alcoholímetro	\$0	20% Precio Completo	\$0	\$0	\$0	\$0	\$20.00
Detección de abstinencia	\$0	20% Precio Completo	\$0	\$0	\$0	\$0	\$40 - \$82
SUD (BHI) Evaluación	\$0	\$170.00	\$20.00	\$30.00	\$40.00	\$50.00	\$170.00
SUD Individual/15 min	\$0	\$30.00 / 15	\$20.00	\$30.00	\$40.00	\$50.00	\$30.00/15
SUD Grupo	\$0	\$60.00 /grp	\$20.00	\$30.00	\$40.00	\$50.00	\$60.00/grp
SUD Grupo IOP/Día	\$0	\$140 / día	\$20.00	\$30.00	\$40.00	\$50.00	\$140 /día
SUD Consejo de Familia	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0
Evaluación de Psiquiatría	\$0	20% Precio Completo	\$20.00	\$30.00	\$40.00	\$50.00	\$230.00
Psychiatry – 30 min Visita	\$0	20% Precio Completo	\$20.00	\$30.00	\$40.00	\$50.00	\$132.00
Psychiatry – 60 min Visita	\$0	20% Precio Completo	\$20.00	\$30.00	\$40.00	\$50.00	\$256.00

* Los beneficiarios de Medicare también son responsables del deducible anual.** Los servicios de laboratorio fuera del sitio requieren estimaciones adicionales.

Fecha de Estimación de Buena Fe: ____/____/____ Valido Hasta: ____/____/____ Iniciales del Personal: _____

 Esta información se proporcionó al Paciente a través de: Teléfono: Correo: Eléctronico/Email:

 Correo Postal: En Persona/Copia Impresa: Portal del Paciente:

Reconozco haber recibido este Estimado de Buena Fe. (El personal confirma si se proporciona por teléfono o virtualmente).

Firma del Paciente/Tutor: _____ Fecha: _____

Descargo de responsabilidad: Esta estimación de buena fe muestra los costos de artículos y servicios que se esperan razonablemente para sus necesidades de atención médica para un artículo o servicio. La estimación se basa en la información conocida en el momento en que se creó la estimación. La estimación de buena fe no incluye ningún costo desconocido o inesperado que pueda surgir durante el tratamiento. Se le podría cobrar más si ocurren complicaciones o circunstancias especiales. Si esto sucede, la ley federal le permite disputar (apelar) la factura. Si le facturan \$400.00 o más que su estimación de buena fe, tiene derecho a disputar la factura. Puede comunicarse con el proveedor de atención médica o el centro que se indica para informarles que los cargos facturados son más altos que el Estimado de buena fe. Puede pedirles que actualicen la factura para que coincida con el Estimado de buena fe, solicitar negociar la factura o preguntar si hay asistencia financiera disponible. Puede iniciar un proceso de resolución de disputas con el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU. (HHS). Si elige utilizar el proceso de resolución de disputas, debe iniciar el proceso de disputa dentro de los 120 días calendario (alrededor de 4 meses) a partir de la fecha de la factura original. Hay una tarifa de \$25 para usar el proceso de disputa. Si la agencia que revisa su disputa está de acuerdo con usted, tendrá que pagar el precio total de la estimación de buena fe. Si la agencia no está de acuerdo con usted y está de acuerdo con el proveedor o centro de atención médica, deberá pagar la cantidad más alta. Para obtener más información y obtener un formulario para iniciar el proceso, visite www.cms.gov/nosurprises o llame al 877-696-6775.

Para preguntas o más información sobre su derecho a una estimación de buena fe o el proceso de disputa, visite www.cms.gov/nosurprises o llame al 877-696-6775.