

Estimación de Buena Fe para servicios de tratamiento de trastorno por uso de sustancias

Nombre Completo del paciente (en letra imprenta): _____

Fecha de nacimiento del paciente: ____/____/____ Numero de identificación del paciente: _____

Cobertura del seguro: ☐ Sin seguro o pago particular — Nivel de la solicitud de descuento de la escala de tarifas: _____
☐ Medicaid - MCO: _____ Proporcione una copia de la tarjeta del seguro
☐ Medicare B Plan – Proporcione una copia de la tarjeta del seguro y otra información
☐ Otro Seguro: _____ Proporcione una copia de la tarjeta del 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 el servicio. La siguiente es una lista únicamente de los servicios para el trastorno por uso de sustancias (SUD) ofrecidos en Access Carroll. Esta Estimación de Buena Fe se basa en la información financiera proporcionada por el paciente, incluido cualquier comprobante de ingresos para descuentos de la escala de tarifas o la cobertura del seguro para cada visita al consultorio. Se pueden proporcionar, previa solicitud, otras tarifas de servicios integrados, incluidos servicios médicos, de salud mental y dentales. Esta Estimación de Buena Fe es válida durante 12 meses o hasta que cambie el estado del seguro; en ese momento se debe notificar a Access Carroll y puede proporcionarse una Estimación de Buena Fe actualizada.

VISITA/CITA EN PERSONA	MEDICAID	MEDICARE*	Tarifa Completa	NIVEL D	NIVEL C	NIVEL B	NIVEL A
Detox/MAT - Visita 30 Min	\$0	20% Full Fee	\$149.00	\$50.00	\$40.00	\$30.00	\$20.00
Detox/MAT - Visita 45 Min	\$0	20% Full Fee	\$224.00	\$50.00	\$40.00	\$30.00	\$20.00
Detox/MAT - Visita 60 Min	\$0	20% Full Fee	\$300.00	\$50.00	\$40.00	\$30.00	\$20.00
Prueba de detección de drogas en orina **	\$0	20% Full Fee	\$30.00	\$0	\$0	\$0	\$0
Alcoholímetro	\$0	20% Full Fee	\$24.00	\$0	\$0	\$0	\$0
Evaluación de abstinencia	\$0	20% Full Fee	\$47 - \$85	\$0	\$0	\$0	\$0
Evaluación de SUD (BHI)	\$0	\$204.00	\$204.00	\$50.00	\$40.00	\$30.00	\$20.00
SUD Individual / 15 min	\$0	\$36.00 / 15	\$36.00 / 15	\$50.00	\$40.00	\$30.00	\$20.00
SUD Grupo OP	\$0	\$72.00 / Grp	\$72.00 / Grp	\$50.00	\$40.00	\$30.00	\$20.00
SUD Grupo IOP / Día	\$0	\$168 / Day	\$168 / Day	\$50.00	\$40.00	\$30.00	\$20.00
SUD Consejería Familiar	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0
Evaluación psiquiátrica	\$0	20% Full Fee	\$252.00	\$50.00	\$40.00	\$30.00	\$20.00
Psiquiatra – Visita 30 min	\$0	20% Full Fee	\$149.00	\$50.00	\$40.00	\$30.00	\$20.00
Psiquiatra – Visita 60 min	\$0	20% Full Fee	\$300.00	\$50.00	\$40.00	\$30.00	\$20.00

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

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

Esta información fue proporcionada al paciente por: ☐ En persona ☐ Email ☐ Telefono ☐ Correo

Reconozco haber recibido esta Estimación de Buena Fe. (El personal confirma cómo se proporcionó la información anteriormente.)

Firma Paciente / Tutor: _____ Fecha: _____

Aviso legal: Esta Estimación de Buena Fe muestra los costos de los artículos y servicios que razonablemente se esperan 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 de Buena Fe no incluye costos desconocidos o inesperados que puedan 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 se le factura \$400.00 o más por encima de su Estimación de Buena Fe, tiene derecho a disputar la factura. Puede comunicarse con el proveedor de atención médica o centro indicado en la factura para informarle que los cargos facturados son superiores a la Estimación de Buena Fe puede pedirles que actualicen la factura para que coincida con la Estimación de Buena Fe, pedir negociar la factura o preguntar si existe 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 decide utilizar el proceso de resolución de disputas, debe iniciarlo dentro de los 120 días calendario (aproximadamente 4 meses) a partir de la fecha de la factura original. Hay una tarifa de \$25 para utilizar el proceso de disputa. Si la agencia que revisa su disputa está de acuerdo con usted, tendrá que pagar el precio completo indicado en 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, tendrá que pagar el monto más alto. Para obtener más información y el 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 sobre el proceso de disputa, visite www.cms.gov/nosurprises o llame al 877-696-6775.