

**Usted tiene derecho a recibir una “estimación de buena fe”
que explique cuánto costará su atención médica**

Conforme a la ley, los profesionales de la salud deben proporcionar a **pacientes que no tienen o no están usando un seguro** una estimación del costo de las prestaciones y los servicios médicos.

- Usted tiene derecho a recibir una “estimación de buena fe” que indique el costo total esperado de servicios y prestaciones sin carácter de emergencia. Esto incluye costos relacionados como exámenes médicos, medicamentos recetados, equipos y gastos hospitalarios.
- Asegúrese de que el profesional de la salud le entregue una estimación de buena fe por escrito, al menos un (1) día hábil antes de recibir el servicio o la prestación. También puede pedirle a su profesional de la salud y a cualquier otro profesional de la salud que elija una estimación de buena fe antes de programar un servicio o una prestación.
- Si recibe una factura por un total de al menos \$400 más que su estimación de buena fe, podrá objetarla.
- Asegúrese de guardar una copia o imagen de la estimación de buena fe que le hayan entregado.

Ante cualquier pregunta o para más información sobre su derecho a recibir una estimación de buena fe, visite cms.gov/nosurprises o llame a Estes Park Patient Estimates al (970)235-3100.

Patient Identification Label	
Name	_____
MRN	_____
DOB	_____
Date of service	_____

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 [cms.gov/nosurprises](https://www.cms.gov/nosurprises) or call UCHealth Patient Estimates at 877.349.8520.

My signature acknowledges receiving this notice and does not waive my rights under the law.

_____		_____	
Name of patient (printed)		Relationship to patient	
_____		_____	
Signature of patient or legally authorized representative	Date	Time	
Interpretation: Discussion interpreted for patient/representative by (name or #) _____			

