Nielsen Chiropractic Health Center

Dusty Nielsen, D.C.

NPI: 1184801623

1502 Oklahoma Avenue

Woodward, OK 73801

(580) 256-3122

**Formulario de estimación y divulgación de buena fe**

Nombre del paciente(Imprime): Fecha de nacimiento:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Si no tiene seguro de salud o decide no facturar a su seguro de salud; o bien, su plan de beneficios de salud puede o no proporcionar cobertura para todos los servicios de atención médica que está programado para recibir; o bien, nuestra práctica no participa con su seguro:

Su plan de beneficios de salud puede o no reembolsar a un proveedor por todos los servicios prestados si el proveedor no está en su red de planes de beneficios de salud. Usted puede ser responsable de los costos de los servicios que no están cubiertos por su plan de beneficios de salud.

Un proveedor no participante debe proporcionar estimaciones de buena fe del costo de los servicios de atención médica que se proporcionarán. Una estimación de buena fe no tiene en cuenta circunstancias imprevistas, que pueden afectar el costo de los servicios de atención médica prestados.

También tiene derecho a solicitar que los servicios de atención médica sean realizados por un proveedor que participe con su red de planes de beneficios de salud. También puede comunicarse con su proveedor para organizar que esos servicios se brinden a lo que puede ser un costo menor y para recibir información sobre los proveedores dentro de la red que pueden realizar los servicios de atención médica que necesita.

**Servicios y artículos estimados**

**Descripción (en claro, Código de servicio Cantidad Esperado**

**lenguaje comprensible) (CPT, HCPCS, DRG) Costar**

Ajuste quiropráctico (R) 98940,98941 $45.00

Ajuste quiropráctico columna vertebral adicional (R) 98942 $40.00

Radiografías quiroprácticas (P) 72040,72070,72100 Por conjunto $100.00

Radiografías quiroprácticas (P) 72050 Por conjunto $140.00

Examen quiropráctico (P) 99202,99203,99204 uno $75.00-$85.00

Examen quiropráctico, establecido (R) 99212, 99213, 99214 uno $20.00-$55.00

Urinálisis (P,R) 81002 uno $15.00

Tracción por descompresión (R) 97012 uno $40.00

Terapia Therastim (R) 97032 uno $30.00

Ultrasonido (R) 97035 uno $30.00

Láser (R) 97026 uno $30.00

Inyecciones (R) uno $20.00-$45.00

Almohadas (R) por almohada $40.00-$50.00

DME/Vitaminas/Suministros (R) por artículo $varía el artículo

(Estos servicios no están cubiertos por el seguro)

Cita Perdida o Sin Cancelacion $45

P - Servicio Primario (motivo inicial de la visita) Total de cargos esperados $

R - Servicios o elementos recurrentes (válido para hasta

12 meses a partir de la fecha en este formulario) Fecha de estimación de buena fe:

Nielsen Chiropractic Health Center

Dusty Nielsen, D.C.

NPI: 1184801623

1502 Oklahoma Avenue

Woodward, OK 73801

(580) 256-3122

Descargos de responsabilidad: Puede haber artículos o servicios adicionales que recomendamos como parte del curso de atención que deben programarse o solicitarse por separado y no se reflejan en esta estimación de buena fe.

Esta estimación de buena fe muestra los costos de los artículos y servicios que se esperan razonablemente para sus necesidades de atención médica para un artículo o servicio. La estimación se basa en información conocida en el momento en que se creó la estimación. Los artículos, servicios o cargos reales pueden diferir de la estimación de buena fe. Guarde una copia de esta Estimación de Buena Fe en un lugar seguro o tome fotos de ella. Es posible que lo necesite si se le factura una cantidad más alta.

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, y su factura es de $400 o más que su estimación de buena fe, la ley federal le permite disputar la factura.

Si se le factura más de esta estimación de buena fe, es posible que tenga derecho a disputar la factura.

Puede comunicarse con nosotros, hacernos saber que los cargos facturados son más altos que la Estimación de Buena Fe y pedirnos que actualicemos la factura para que coincida con la Estimación de Buena Fe, solicitar negociar la factura o preguntar si hay asistencia financiera disponible.

También puede iniciar un proceso de resolución de disputas con el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos (HHS). Si elige utilizar el proceso de resolución de disputas, debe comenzar el proceso de disputa dentro de los 120 días calendario (aproximadamente cuatro meses) posteriores a la fecha en la factura original.

Si disputa su factura, no podemos mover la factura del artículo o servicio en disputa al cobro o amenazar con hacerlo, o si la factura ya se ha movido a cobro, estamos obligados a cesar los esfuerzos de cobro. También debemos suspender la acumulación de cualquier cargo por pago atrasado en los montos de las facturas impagas hasta después de que haya concluido el proceso de resolución de disputas. Tampoco podemos tomar o amenazar con tomar ninguna acción retributiva contra usted por disputar su factura.

Hay una tarifa de $25 para usar el proceso de disputa. Si la entidad de Resolución de Disputas Seleccionadas (DEG) que revisa su disputa está de acuerdo con usted, usted tendrá que pagar el precio de esta Estimación de Buena Fe, reducido por la tarifa de $25. Si la entidad de DEG no está de acuerdo con usted y está de acuerdo con nosotros, tendrá que pagar la cantidad más alta.

Para obtener más información y obtener un formulario para comenzar el proceso, vaya a www.cms.gov/nosurprises/consumers o llame al 1-800-985-3059. Para preguntas o más información sobre su derecho a un estimado de buena fe o el proceso de disputa, visite www.cms.gov/nosurprises/consumers, envíe un correo electrónico a FederalPPDRQuestions@cms.hhs.gov o llame al 1-800-985-3059

El inicio del proceso de resolución de disputas no afectará negativamente la calidad de los servicios de atención médica que le brinda nuestra práctica.

Esta estimación de buena fe no es un contrato y no requiere que la persona sin seguro (o autopagada) obtenga los artículos o servicios de ninguno de los proveedores o instalaciones identificadas en la estimación de buena fe.

He recibido, leído y entiendo esta revelación.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma del paciente o representante del paciente Fecha

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Escriba o imprima el nombre del paciente o representante del paciente