

Advertencia

Este Estimado de Buena Fe (GFE, por sus siglas en inglés) muestra el costo individual de los artículos y servicios que usualmente son necesarios para tratar sus necesidades de salud. El estimado se basa en la información que tenemos disponible al momento de elaborar este estimado. El cargo final puede variar de lo que está estipulado en este estimado. Este estimado no es un contrato ni requiere que Health West sea el proveedor de estos servicios.

Este Estimado de Buena Fe no incluye ningún costo desconocido o inesperado que pueda surgir durante el tratamiento. Los cargos podrían ser más altos si se presentan complicaciones o circunstancias especiales. Si esto sucede, la ley federal le permite disputar (apelar) la factura.

Si su factura muestra un costo total más alto que el total estipulado en este Estimado de Buena Fe, usted tiene derecho a disputar la factura.

Comuníquese con su proveedor o centro de atención médica listado para informarles que los cargos facturados son más altos que los que estipula este Estimado de Buena Fe. Luego puede pedirles lo siguiente: ajustar la factura que recibió para que coincida con este Estimado de Buena Fe, negociar los costos facturados o preguntar si hay asistencia financiera disponible.

Si su factura sobrepasa el total que aparece en este Estimado de Buena Fe por más de \$400, también podría iniciar un proceso de resolución de disputas con el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU. (HHS, por sus siglas en inglés). Si decide iniciar el proceso de resolución de disputas, debe comenzarlo en un plazo de 120 días (aproximadamente 4 meses) a partir de la fecha de la factura original.

Iniciar el proceso de disputas tiene un costo de \$25.00. Si la agencia que revisa su disputa está de acuerdo con usted, solo tendrá que pagar el total estipulado en este Estimado de Buena Fe. Si la agencia está de acuerdo con el proveedor/centro de atención médica y no con usted, tendrá que pagar la cantidad más alta.

Para obtener más información y recibir un formulario para iniciar el proceso, visite www.cms.gov/nosurprises o llame al teléfono 1-206-615-2010

Si tiene alguna pregunta o desea obtener más información sobre su derecho a recibir un Estimado de Buena Fe o el proceso de resolución de disputas, visite www.cms.gov/nosurprises o llame al 1-206-615-2010.

Nota Importante: Este Estimado de Buena Fe ha sido preparado utilizando como base la información que tenemos sobre sus necesidades médicas hasta el día de hoy. Mientras esté bajo nuestro cuidado, nuestros proveedores pueden recomendarle servicios adicionales que no se mencionan aquí. Los servicios de laboratorio y de radiología que pudiera recibir no están incluidos en este estimado y el proveedor externo es responsable de enviarle una factura por separado. Favor de ponerse en contacto con el proveedor externo para solicitar precios.

Estimado de Buena Fe | Desglose de cargos que pagaría usted

Fecha: [Haga clic o toque aquí para ingresar la fecha](#)

Haga clic aquí para ingresar su nombre., nacido(a) *el* Haga clic o toque aquí para ingresar la fecha

- programó una cita con Health West para el [Haga clic o toque aquí para ingresar la fecha](#)Haga clic o toque aquí para ingresar texto.Choose an item.
- programó citas recurrentes con Health West para Haga clic o toque aquí para ingresar texto., y Haga clic o toque aquí para ingresar texto. Choose an item.
- solicitó un Estimado de Buena Fe de cuánto espera pagar

Para: [Haga clic o toque aquí para ingresar texto.](#)

Hasta el día de hoy:

- su(s) código(s) de diagnóstico son: [Haga clic o toque aquí para ingresar texto.](#)
- Health West aún no conoce los códigos de diagnóstico que corresponden a su consulta.

El total de cargos que usted pague dependerá de sus ingresos. Ofrecemos un descuento sobre nuestros cargos regulares en base a los ingresos del paciente y el número de personas que residen en su hogar. Cuando visite Health West, nuestro personal le ayudará a determinar el grupo de pago al que usted pertenece. **Consulte la página siguiente para obtener más información sobre nuestros grupos de pago y la información que debe llevar a su cita para determinar su grupo de pago.**

A continuación, hemos seleccionado los servicios que se espera recibirá durante su(s) consulta(s). El costo que deberá pagar por cada servicio es el costo que aparece bajo su grupo de pago correspondiente.

| | Servicio | Código | Cargos por Grupo de Pago | | | | |
|--------------------------|---|--------|--------------------------|------|-------|-------|----------|
| | | | A | B | C | D | E |
| | Usted pertenece al Grupo de Pago: Choose an item. | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> | Paciente registrado Consulta estándar | 99213 | \$40 | \$70 | \$110 | \$160 | \$190.80 |
| <input type="checkbox"/> | Paciente registrado Consulta detallada | 99214 | \$40 | \$70 | \$110 | \$160 | \$272.50 |
| <input type="checkbox"/> | Paciente nuevo Consulta detallada | 99203 | \$40 | \$70 | \$110 | \$160 | \$272.50 |
| <input type="checkbox"/> | Paciente nuevo Consulta virtual | 99442 | \$40 | \$70 | \$110 | \$160 | \$191.80 |
| <input type="checkbox"/> | | | \$40 | \$70 | \$110 | \$160 | |
| <input type="checkbox"/> | | | \$40 | \$70 | \$110 | \$160 | |
| <input type="checkbox"/> | Servicios especiales Del - al | | \$40 | \$70 | \$110 | \$160 | |

Cómo Health West Determina su Grupo de Pago

El Grupo de Pago al que pertenece un paciente se basa en la cantidad de personas que residen en su hogar y sus ingresos totales, utilizando la tabla a continuación.

| Household Size | Payment Group | | | | |
|----------------|---------------|---------------------|---------------------|----------------------|-----------|
| | "A" | "B" | "C" | "D" | "E" |
| 1 | \$15,650 | \$15,651 - \$23,475 | \$23,476 - \$27,388 | \$27,389 - \$31,300 | \$31,301 |
| 2 | \$21,150 | \$21,151 - \$31,725 | \$31,726 - \$37,013 | \$37,014 - \$42,300 | \$42,301 |
| 3 | \$26,650 | \$26,651 - \$39,975 | \$39,976 - \$46,638 | \$46,639 - \$53,300 | \$53,301 |
| 4 | \$32,150 | \$32,151 - \$48,225 | \$48,226 - \$56,263 | \$56,264 - \$64,300 | \$64,301 |
| 5 | \$37,650 | \$37,651 - \$56,475 | \$56,476 - \$65,888 | \$65,889 - \$75,300 | \$75,301 |
| 6 | \$43,150 | \$43,151 - \$64,725 | \$64,726 - \$75,513 | \$75,514 - \$86,300 | \$86,301 |
| 7 | \$48,650 | \$48,651 - \$72,975 | \$72,976 - \$85,138 | \$85,139 - \$97,300 | \$97,301 |
| 8 | \$54,150 | \$54,151 - \$81,225 | \$81,226 - \$94,763 | \$94,764 - \$108,300 | \$108,301 |

Al calcular los ingresos de un paciente, Health West considera que las siguientes fuentes pueden funcionar como comprobantes de ingresos: talones de pago más recientes, declaración firmada de impuestos más reciente, estado de ingresos por dividendos. (Esta no es una lista completa de fuentes aceptables. Si no puede obtener las fuentes sugeridas, por favor hable con la recepcionista para explorar otras opciones.)

Si no ha sido asignado a un Grupo de Pago todavía, o si su ingreso familiar ha cambiado recientemente, por favor traiga los documentos de prueba de ingresos a su cita.

Una vez Health West le informe cuál es su Grupo de Pago y los servicios que debe esperar recibir, usted puede hacer el cálculo para tener una idea de cuánto tendrá que pagar. Por ejemplo:

Un paciente acude a una consulta médica regular. Tiene cuatro (4) personas que residen en su hogar y Health West calcula que la suma total de ingresos es de \$38,000. Usando el gráfico de arriba, el paciente pertenece al Grupo de Pago "B".

Los cargos de Health West por una consulta médica estándar son:

| Servicio | Cargos por Grupo de Pago | | | | |
|-------------------|--------------------------|------|-------|-------|----------|
| | A | B | C | D | E |
| Consulta estándar | \$40 | \$70 | \$110 | \$160 | \$190.80 |

Debido a que el paciente fue asignado al Grupo de Pago B, se le cobrarían \$70 por la visita.