

**GOOD FAITH ESTIMATE FOR HEALTH CARE ITEMS AND SERVICES
ESTIMACIÓN DE BUENA FE DE ARTÍCULOS Y SERVICIOS DE SALUD**


Complete **this page** for patients with
OUT-OF-NETWORK Health Plans, and for **UNINSURED** and **SELF-PAY** patients.

(1a) Patient Demographics/Datos demográficos del paciente		
First Name/Nombre	Middle Name/Segundo nombre	Last Name/Apellido
Date of Birth/Fecha de nacimiento	Medical Record Number/Número de expediente médico	
(1b) Patient Mailing Address, Phone # & Email Address/Dirección postal, teléfono y correo electrónico del paciente		
Street or PO Box/Calle o apartado postal	Apartment/Departamento	
City/Ciudad	State/Estado	Zip Code/Código postal
Phone Number/Número de teléfono	Email Address/Correo electrónico	
(1c) Patient Diagnosis/Diagnóstico del paciente		
Primary Service/Item Requested/Scheduled/Servicio o artículo primario solicitado/programado		
Primary Diagnosis/Diagnóstico primario	Primary Diagnosis Code/Código del diagnóstico primario	
Secondary Diagnosis/Diagnóstico secundario	Secondary Diagnosis Code/Código del diagnóstico secundario	
If scheduled, date(s) the Primary Service/Item will be provided (mm/dd/yyyy)/Si está programado, fecha(s) en que se brindará el servicio o artículo primario		
<input type="checkbox"/> Service/item is not yet scheduled/El servicio/artículo aún no se ha programado		
(1d) Estimated Cost/Costo estimado		
Provider/Facility Name/Nombre del proveedor/centro	Estimated Total Cost/Costo estimado total	
Provider/Facility Name/Nombre del proveedor/centro	Estimated Total Cost/Costo estimado total	
Provider/Facility Name/Nombre del proveedor/centro	Estimated Total Cost/Costo estimado total	
TOTAL ESTIMATED COST/COSTO ESTIMADO TOTAL: \$ _____		
THE ESTIMATED COSTS ARE VALID FOR 90 DAYS FROM THE DATE OF THE GOOD FAITH ESTIMATE LOS COSTOS ESTIMADOS TOTALES SON VÁLIDOS DURANTE 90 DÍAS DESDE LA FECHA DE LA ESTIMACIÓN DE BUENA FE		
Estimate prepared by: _____		
Estimación preparada por: STAFF MEMBER FIRST NAME/NOMBRE DEL EMPLEADPO		PHONE NUMBER/TELÉFONO
GFE was provided to patient: _____		<input type="checkbox"/> AM
La estimación se entregó al paciente: DATE/FECHA		<input type="checkbox"/> PM
(mm/dd/yyyy)	TIME/HORA	Delivery Method/Forma de entrega:
		<input type="checkbox"/> Email/Correo electrónico <input type="checkbox"/> In Person/En persona
		<input type="checkbox"/> USPS Mail/Correo postal <input type="checkbox"/> _____

THE FOLLOWING PAGES ARE USED TO DETAIL EXPECTED CHARGES FOR THE PRIMARY SERVICE OR ITEM.

* Pages 1 and 2 are for individuals with **OUT-OF-NETWORK** health plans

* Pages 1, 3 and 4 are for **UNINSURED AND SELF-PAYERS**

COMPLETE THIS PAGE FOR PATIENTS WITH HEALTH PLANS THAT ARE OUT-OF-NETWORK

This ("Good Faith Estimate") is only an estimate; it isn't an offer or contract for services. This estimate shows the full estimated costs of the items or services to be provided by MHC providers/facilities. It doesn't include any information about what your health plan may cover. There may be additional items or services not included in the Good Faith Estimate that are recommended as part of the course of care (see section (2c) below for more information). **The final cost of services/items may be different than this estimate. Contact your health plan to find out if your plan will pay any portion of these costs, and how much you may have to pay out-of-pocket.**

Esta («Estimación de Buena Fe») es solamente una estimación, no es una oferta ni un contrato de servicios. Esta estimación muestra los costos estimados totales de los artículos o servicios que serán brindados por los proveedores y centros de MHC. No incluye información sobre lo que su plan de salud podría cubrir. Pueden existir artículos o servicios adicionales no incluidos en la estimación de buena fe que sean recomendados como parte del tratamiento (ver más información en la sección (2c), más adelante). **El costo definitivo de los servicios y artículos podría ser diferente del estimado. Comuníquese con su plan de salud para averiguar si su plan pagará alguna parte de este costo, y cuánto podría tener que pagar usted de su bolsillo.**

(2) ITEMIZED LIST OF EXPECTED SERVICES AND CHARGES RELATED TO PRIMARY SERVICE/ITEM:

LISTA DESGLOSADA DE LOS SERVICIOS PREVISTOS Y LOS CARGOS RELACIONADOS CON EL SERVICIO O ARTÍCULO PRIMARIO:

DATE OF SERVICE FECHA DEL SERVICIO	ITEM/SERVICE DESCRIPTION DESCRIPCIÓN DEL ARTÍCULO O SERVICIO	SERVICE CODE CÓDIGO DE SERVICIO	EST. AMOUNT TO BE BILLED (MHC providers/facilities) MONTO ESTIMADO A FACTURAR
Subtotal for/Subtotal de _____ →			(2a)
PROVIDER/FACILITY/PROVEEDOR/CENTRO			
Total estimate of what you may owe/Estimación total de lo que usted podría deber..... →			(2b)

Total from (1d) must match total in section (2b)/El total de (1d) debe coincidir con el total de la sección (2b)

Additional items and/or services associated with your primary service may be recommended by the convening provider as part of the course of care. The items/services listed below will be provided by other providers or facilities (co-providers/co-facilities) and must be scheduled or requested separately. A list of those items and services is provided for you below (as indicated).

El proveedor encargado puede recomendar artículos o servicios adicionales relacionados con su servicio privado como parte de su atención. Los siguientes artículos o servicios serán provistos por otros proveedores o centros (coprovedores/cocentros) y deben programarse o solicitarse por separado. A continuación se muestra una lista de esos artículos y servicios (como se indica).

Indicated items/services below are not reflected in this good faith estimate. You should contact these providers directly if you would like a cost estimate from them.

Los artículos y servicios indicados a continuación no se reflejan en esta estimación de buena fe. Debe comunicarse directamente con esos proveedores si desea una estimación de sus costos.

(2c) OTHER ITEMS/SERVICES YOU CAN EXPECT TO RECEIVE IN CONJUNCTION WITH YOUR PRIMARY SERVICE/ITEM/:

OTROS ARTÍCULOS O SERVICIOS QUE PUEDE ESPERAR RECIBIR EN CONJUNTO CON SU SERVICIO O ARTÍCULO PRIMARIO:

- Other Physician/Surgeon/Otro médico o cirujano: _____
- Facility fee(s)/Tarifa(s) de instalaciones: _____

COMPLETE THIS PAGE FOR UNINSURED OR SELF-PAY PATIENTS

is ("Good Faith Estimate") is only an estimate; it isn't an offer or contract for services and does not require the uninsured (or self-pay) individual to obtain the items and services from any of the providers or facilities identified below. This estimate uses procedure information provided by your physician to help you understand your potential out-of-pocket costs before your visit. This estimate is not a guarantee of the final amount due. There may be additional items or services not included in the Good Faith Estimate that are recommended as part of the course of care. These items or services must be scheduled or requested separately. This means that the final cost of services may be different than this estimate.

Esta («Estimación de Buena Fe») es solamente una estimación, no es una oferta ni un contrato de servicios y no exige que la persona no asegurada (o que paga por cuenta propia) obtenga los artículos y servicios de alguno de los proveedores o centros que se identifican más adelante. Esta estimación usa información sobre los procedimientos provista por su médico, a fin de ayudarle a entender sus potenciales costos por cuenta propia antes de su visita. Esta estimación no es una garantía del monto adeudado definitivo. Pueden existir artículos o servicios adicionales no incluidos en la estimación de buena fe que sean recomendados como parte del tratamiento. Estos artículos o servicios deben programarse o solicitarse por separado. Eso significa que el costo definitivo de los servicios puede ser diferente a esta estimación.

(3) PRIMARY SERVICE/ITEM/SERVICIO/ARTÍCULO PRIMARIO:

DETAILED LIST OF EXPECTED CHARGES FOR: _____

LISTA DETALLADA DE CARGOS ESPERADOS POR: _____

PRIMARY SERVICE OR ITEM/SERVICIO O ARTÍCULO PRIMARIO

SCHEDULED FOR: _____

PROGRAMADO PARA: DATE OF SERVICE if scheduled/FECHA DEL SERVICIO si está programado
(mm/dd/yyyy)

Check if ITEM(S)/SERVICE(S) are reoccurring
Marcar si los ARTÍCULOS SERVICIOS son recurrentes

Provider/Facility Name/Nombre del proveedor/centro

Provider/Facility Type/Tipo de proveedor/centro

Street Address/Dirección

City/Ciudad

State/Estado

Zip Code/Código postal

National Provider Identifier/Identificador nacional de proveedor

Taxpayer Identification Number/Número de identificación de contribuyente

(3a) ITEMIZED LIST OF SERVICES AND CHARGES RELATED TO PRIMARY SERVICE/ITEM:

LISTA DESGLOSADA DE LOS SERVICIOS Y CARGOS RELACIONADOS CON EL SERVICIO O ARTÍCULO PRIMARIO:

SERVICE/ITEM SERVICIO O ARTÍCULO	DIAGNOSIS (ICD) CODE CÓDIGO DEL DIAGNÓSTICO	SERVICE CODE (code type: code#) CÓDIGO DE SERVICIO	QTY	ESTIMATED COST COSTO ESTIMADO

Subtotal for/Subtotal de _____ →

PROVIDER/FACILITY/PROVEEDOR/CENTRO

(3b)

Apply Uninsured/Self-Pay Discount/Aplicar sin seguro/pago por cuenta propia..... →

(3c)

Total estimated cost for all services/items (If approved for financial assistance cost estimate may change)
Costo estimado total de todos los servicios y artículos (si se aprueba la asistencia financiera, el costo estimado puede cambiar)

(3d)

Munson Healthcare works with patients to help pay their medical bills by providing payment plans and financial assistance for eligible patients. Financial Assistance applications are available at Registration areas, Emergency Rooms and are available to download at munsonhealthcare.org/patients-visitors/bill-pay/financial-assistance

Munson Healthcare colabora con los pacientes para ayudar a pagar sus facturas médicas ofreciendo planes de pagos y asistencia financiera a los pacientes elegibles. Las solicitudes de asistencia financiera están disponibles en las áreas de registro, en las salas de emergencia, y están disponibles para descarga en munsonhealthcare.org/patients-visitors/bill-pay/financial-assistance

COMPLETE THIS PAGE FOR UNINSURED OR SELF-PAY PATIENTS

<p>There may be additional items/services associated with your primary service that your provider anticipates as part of the course of your care. The items/services listed below will be provided by other providers or facilities (co-providers/co-facilities). A list of those items and services is provided for you below (as indicated).</p>	<p>Podrían existir otros artículos o servicios asociados con su servicio primario, que su proveedor prevé como parte de su atención médica. Los siguientes artículos y servicios serán prestados por otros proveedores o centros (coproveedores/cocentros). A continuación se muestra una lista de esos artículos y servicios (como se indica).</p>
<p>Indicated items/services below are not reflected in this good faith estimate. You should contact these providers directly if you would like a cost estimate from them.</p>	<p>Los artículos y servicios indicados a continuación no se reflejan en esta estimación de buena fe. Debe comunicarse directamente con esos proveedores si desea una estimación de sus costos.</p>

<p>(4) OTHER ITEMS/SERVICES YOU CAN EXPECT TO RECEIVE AS PART OF YOUR PRIMARY SERVICE/ OTROS ARTÍCULOS O SERVICIOS QUE PUEDE ESPERAR RECIBIR COMO PARTE DE SU SERVICIO PRIMARIO:</p>	
<p><input type="checkbox"/> Anesthesia/Anestesia: _____ (insert name of Provider)</p>	
<p><input type="checkbox"/> Radiology/Radiología: <i>Grand Traverse Radiologists, PC</i></p>	
<p><input type="checkbox"/> Pathology/Patología: <i>Grand Traverse Pathology, PC</i></p>	
<p><input type="checkbox"/> Hospitalist/Hospitalista: <i>Sound Physicians</i></p>	
<p><input type="checkbox"/> Other Physician/Surgeon/Otro médico o cirujano: _____</p>	
<p><input type="checkbox"/> Other Service/Otro servicio: _____</p>	
<p><input type="checkbox"/> Facility fee(s)/Tarifa(s) de instalaciones: _____</p>	

<p>This Good Faith Estimate does not include any unknown or unexpected costs that may arise during treatment. You could be charged more if complications or special circumstances occur. If this happens, federal law allows you to dispute (appeal) the bill.</p>	<p>Esta estimación de buena fe no incluye los costos desconocidos o inesperados que pueden surgir durante el tratamiento. Se le podrían hacer cobros adicionales si se presentan complicaciones o circunstancias especiales. Si eso ocurre, las leyes federales le permiten disputar (apelar) la factura.</p>
<p>If you are billed for more than this Good Faith Estimate, you have the right to dispute the bill.</p>	<p>Si se le factura una cantidad mayor a la mostrada en esta estimación de buena fe, usted tiene derecho a disputar la factura.</p>
<p>You may contact the health care provider or facility listed to let them know the billed charges are higher than the Good Faith Estimate. You can ask them to update the bill to match the Good Faith Estimate, ask to negotiate the bill, or ask if there is financial assistance available.</p>	<p>Puede comunicarse con el proveedor o centro de servicios de salud indicado para informarles que los cargos facturados son mayores a la estimación de buena fe. Puede pedirles que modifiquen la factura para que coincida con la estimación de buena fe, pedir que se negocie la factura o preguntar si hay asistencia financiera disponible.</p>
<p>You may also start a dispute resolution process with the U.S. Department of Health and Human Services (HHS). If you choose to use the dispute resolution process, you must start the dispute process within 120 calendar days (about 4 months) of the date on the original bill.</p>	<p>También puede iniciar un proceso de solución de disputas con el Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU. (HHS, por sus siglas en inglés). Si decide usar el proceso de resolución de disputas, debe iniciar el proceso de disputa en un plazo de 120 días calendario (unos 4 meses) de la fecha de la factura original.</p>
<p>There is a \$25 fee to use the dispute process. If the agency reviewing your dispute agrees with you, you will have to pay the price on this Good Faith Estimate. If the agency disagrees with you and agrees with the health care provider or facility, you will have to pay the higher amount.</p>	<p>Al usar el proceso de disputas incurrirá una cuota de \$25. Si la agencia que revisa su disputa está de acuerdo con usted, usted tendrá que pagar el precio en esta estimación de buena fe. Si la agencia no está de acuerdo con usted y está de acuerdo con el proveedor o centro de servicios de salud, tendrá que pagar la cantidad más alta.</p>
<p>To learn more about the No Surprises Act and the dispute process contact The Department of Health and Human Services (HHS) at 800-985-3059 or visit CMS.gov/nosurprises/consumers.</p>	<p>Para ver más información sobre la Ley de No Sorpresas y el proceso de disputa, comuníquese con el Departamento de Salud y Servicios Humanos (HHS) al teléfono 800-985-3059 o visite CMS.gov/nosurprises/consumers.</p>