

# Notice and Consent for Good Faith Estimate (GFE)

**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 [www.cms.gov/nosurprises](http://www.cms.gov/nosurprises) or call **[INSERT PHONE NUMBER]**.

---

Patient Representative

---

Date

## Notificación y consentimiento para la estimación de buena fe

Usted tiene derecho a recibir un "Estimado de Buena Fe" que explique cuánto costará su atención médica. Según la ley, los proveedores de atención médica deben dar a los pacientes que no tienen seguro o que no están usando el seguro una estimación de la factura de artículos y servicios médicos.

- Tiene derecho a recibir una estimación de buena fe para el costo total esperado de cualquier artículo o servicio que no sea de emergencia. Esto incluye costos relacionados como pruebas médicas, medicamentos recetados, equipos y tarifas hospitalarias.
- Asegúrese de que su proveedor de atención médica le dé una estimación de buena fe por escrito al menos 1 día hábil antes de su servicio o artículo médico. También puede pedirle a su proveedor de atención médica, y a cualquier otro proveedor que elija, un presupuesto de buena fe antes de programar un artículo o servicio.
- Si recibe una factura que es al menos \$400 más que su Estimación de Buena Fe, puede disputar la factura.
- Asegúrese de guardar una copia o imagen de su estimación de buena fe.

Para preguntas o más información sobre su derecho a un estimado de buena fe, visite [www.cms.gov/nosurprises](http://www.cms.gov/nosurprises) o llame a [INSERTAR NÚMERO DE TELÉFONO].

---

Representación del paciente

---

Fecha

\*Translation service provided via Microsoft Office™, which provides an automated translation of the content. The tool is not perfect, and the context of the text may not be taken into account during translation. As a result, the translation may lose some of its intended meaning. BCA, Inc. cannot guarantee the accuracy of the converted text. Where there is any question, the English version is always the authoritative version of this translation.

\*Servicio de traducción prestado a través de Microsoft Office™, que proporciona una traducción automática del contenido. La herramienta no es perfecta, y el contexto del texto puede no tenerse en cuenta durante la traducción. Como resultado, la traducción puede perder parte de su significado previsto. BCA, Inc. no puede garantizar la exactitud del texto convertido. Cuando hay alguna pregunta, la versión en inglés es siempre la versión autorizada de esta traducción.