

# 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 one (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).**



**Community  
Health  
Connections**

*We'll take great care of you!*

---

**978-878-8100  
WWW.CHCFHC.ORG**

# TIENE DERECHO A RECIBIR UNA “ESTIMACIÓN DE BUENA FE” QUE EXPLIQUE CUÁNTO LE COSTARÁ SU ATENCIÓN MÉDICA

SEGÚN LA LEY, LOS PROVEEDORES DE  
ATENCIÓN MÉDICA TIENEN QUE DAR  
**A LOS PACIENTES QUE NO TIENEN  
SEGURO O QUE NO LO UTILIZAN**  
UNA ESTIMACIÓN DE LA FACTURA DE LOS  
ARTÍCULOS Y SERVICIOS MÉDICOS.

- Usted tiene derecho a recibir una estimación de buena fe del costo total previsto de cualquier artículo o servicio que no sea de urgencia. Esto incluye los costos relacionados, como las pruebas médicas, los medicamentos recetados, el equipo y los honorarios del hospital.
- Asegúrese de que su proveedor de atención médica le proporcione una estimación de buena fe por escrito al menos un (1) día laborable antes de su servicio o artículo médico. También puede solicitar a su proveedor de atención médica, y a cualquier otro proveedor que usted elija, una estimación de buena fe antes de programar un artículo o servicio.
- Si recibe una factura que supere en al menos 400 dólares su estimación de buena fe, puede disputar la factura.
- Asegúrese de guardar una copia o una foto de su estimación de buena fe.

**SI TIENE PREGUNTAS O MÁS INFORMACIÓN  
SOBRE SU DERECHO A UNA ESTIMACIÓN DE  
BUENA FE,  
VISITE: [WWW.CMS.GOV/NOSURPRISES](http://WWW.CMS.GOV/NOSURPRISES).**



**Community  
Health  
Connections**

*We'll take great care of you!*

---

**978-878-8100  
WWW.CHCFHC.ORG**

# VOCÊ TEM O DIREITO DE RECEBER UMA “ESTIMATIVA DE BOA FÉ”

EXPLICANDO QUANTO SEUS  
CUIDADOS MÉDICOS VÃO CUSTAR

PELA LEI, OS PRESTADORES DE SERVIÇOS  
DE SAÚDE DEVEM FORNECER  
**AOS PACIENTES QUE NÃO TÊM OU  
NÃO ESTÃO USANDO PLANO DE SAÚDE**  
UMA ESTIMATIVA DA FATURA PELOS ITENS E  
SERVIÇOS MÉDICOS.

- Você tem o direito de receber uma Estimativa de Boa Fé pelo custo total esperado de qualquer item ou serviço que não seja de emergência. Isto inclui custos relacionados, como exames médicos, medicamentos, equipamento e tarifas hospitalares.
- Garanta que seu prestador de serviços de saúde ofereça uma Estimativa de Boa Fé por escrito pelo menos 1 (um) dia antes da data do seu serviço ou item médico. Você também pode pedir ao seu prestador de serviços de saúde, ou a qualquer outro prestador que escolher, uma Estimativa de Boa Fé antes de agendar um item ou serviço.
- Se você receber uma fatura que for pelo menos US\$ 400 mais alta que sua Estimativa de Boa Fé, você pode contestar a fatura.
- Certifique-se de guardar uma cópia ou foto da sua Estimativa de Boa Fé.

**PARA PERGUNTAS OU MAIS INFORMAÇÕES  
SOBRE SEU DIREITO A UMA ESTIMATIVA  
DE BOA FÉ,  
VISITE: [WWW.CMS.GOV/NOSURPRISES](http://WWW.CMS.GOV/NOSURPRISES).**



**Community  
Health  
Connections**

*Nós vamos cuidar bem de você!*

---

**978-878-8100  
WWW.CHCFHC.ORG**