

Nombre del paciente: _____ Fecha de la estimación: _____

Nro. de visita al hospital: _____ Fecha de nacimiento: _____

Diagnóstico: _____ Método de entrega de la estimación:

Elegir la preferencia del paciente

Ubicación del centro: 751 Medical Center Ct.
Chula Vista, CA 91911

Tax ID: 95-2367304
NPI: 1396728630

Artículos y servicios del centro	Nivel de Servicio	Cantidad	Cargo por unidad	Total
		10	\$ 10.00	\$ 100.00

Estimación de su parte del pago

\$ 100.00

Si sus servicios superan los servicios incluidos en esta Estimación de buena fe, usted será responsable de saldar la diferencia.

Artículos y servicios de co-proveedores Nivel de servicio Cantidad Cargo por unidad Total

No hay otros co-proveedores que participen en este plan de tratamiento

Reconocimiento

Le preparamos esta estimación de buena fe con base en la información que usted y / o su proveedor ha presentado. Esta estimación de buena fe no es un contrato. Es posible que en esta estimación no se incluyan artículos o servicios adicionales que se podrían proporcionar durante la prestación del servicio. Los artículos o servicios adicionales serían el resultado de cambios en su plan de atención en función de su condición médica u otros factores específicos.

Se espera que la tarifa concedida a los pacientes que pagan de su propio bolsillo se pague en el momento de recibir servicio. Sharp HealthCare ofrece varias opciones para satisfacer el saldo, incluida la aceptación de todas las principales tarjetas de crédito y débito. Esta estimación es válida por 30 días a partir de la fecha de la estimación. Si sus servicios superan la estimación, usted responderá por el costo de dichos servicios.

Su participación y acuerdo en este programa son voluntarios y aceptados por el hospital en función de esas declaraciones. Nada de lo establecido en esta carta pretende reemplazar los términos incluidos en las Condiciones de Admisión del hospital.

Si tiene preguntas relacionadas con la Estimación de tarifa fija del Cosmetic Lounge de Sharp Chula Vista, llámenos al 619-502-3638 de lunes a viernes de 8:00 a. m. a 5:00 p. m.

Entiendo que todos los pagos de estimaciones correspondientes a mi responsabilidad financiera se deberán pagar a Sharp HealthCare en la fecha del servicio o antes. He leído la información anterior y entiendo mis obligaciones financieras. La información proporcionada es una estimación de mi obligación financiera y se basa en la información que mi proveedor o yo proporcionamos y no constituye una garantía de los cargos finales.

Firma del paciente

Fecha

Representante del hospital

Fecha



Si el monto facturado supera esta Estimación de buena fe, nuestro equipo de Sharp HealthCare estará listo para asistirlo. Podemos ayudarlo si los cargos facturados son más altos que la Estimación de buena fe.

Comuníquese con el departamento de asesoramiento financiero de Sharp HealthCare por teléfono al 858-499-5901 o por correo electrónico a financialcounseling@sharp.com.

Según lo establece la ley, los proveedores de atención médica deben entregar **a los pacientes que no tengan ciertos tipos de cobertura de atención médica o que no estén usando ciertos tipos de cobertura de atención médica** una estimación de su factura por artículos y servicios antes de que se proporcionen dichos artículos o servicios.

- Usted tiene derecho a recibir una estimación de buena fe por el costo total esperado de cualquier artículo o servicio de atención médica bajo solicitud o al programar dichos artículos o servicios. Esto incluye los costos relacionados, como exámenes médicos, medicamentos recetados, equipos y tarifas hospitalarias.
- Si programa un artículo o servicio de atención médica con al menos 3 días hábiles de anticipación, asegúrese de que su proveedor o centro de atención médica le entregue una estimación de buena fe por escrito en 1 día hábil después de la programación. Si programa un artículo o servicio de atención médica con al menos 10 días hábiles de anticipación, asegúrese de que su proveedor o centro de atención médica le entregue una estimación de buena fe por escrito en los 3 días hábiles posteriores a la programación. También podrá solicitar una estimación de buena fe a cualquier proveedor o centro de atención médica antes de programar un artículo o servicio. Si lo hace, asegúrese de que el proveedor o el centro de atención médica le entregue una estimación de buena fe por escrito en los 3 días hábiles posteriores a su petición.
- Si recibe una factura de un proveedor o centro que sea por lo menos \$400 más alta que la estimación de buena fe de dicho proveedor o centro, entonces podrá disputar la factura.
- Asegúrese de guardar una copia o imagen de su Estimación de buena fe y de la factura.

En caso de tener preguntas o necesitar más información sobre su derecho a una Estimación de buena fe, visite www.cms.gov/nosurprises/consumers, envíe un correo electrónico a FederalPPDRQuestions@cms.hhs.gov o llame al 1-800-985-3059.

¿Cuánto Botox necesitare?

Todas las unidades a continuación son de dosis iniciales calculadas. Su proveedor le podrá recomendar más o menos unidades, dependiendo de cada caso.

Líneas en el ceño o glabellares	20 a 25 unidades*
Líneas horizontales en la frente	15 a 25 unidades*
Patas de gallo (total/bilateral)	15 a 25 unidades*
Arrugas de conejo o nasales	2.5 a 5 unidades
Líneas labiales o periorales	3.75 a 5 unidades
Sonrisa que muestra la encía, gingival (total / bilateral)	2.5 unidades
Líneas de marioneta (total / bilateral)	5 unidades
Arrugas en el mentón	5 unidades
Bandas en el cuello, platismales	7.5 a 12.5 unidades por banda plastimal o un total de 15 a 25 unidades para dos bandas plastimales

**El número de unidades depende de la superficie.*