



GOOD FAITH ESTIMATE FOR OFFICE VISITS

Please be advised that we are required to provide you with a “Good Faith Estimate” for services rendered on your upcoming visit with an OrthoLoneStar practice. These estimates are based on the average charges across all OrthoLoneStar’s practices. Changes to the estimate will be communicated to you in advance of your appointment, along with any amount the practice will require you to pay as a deposit upon arrival at your appointment.

- For an initial consultation with a new problem, the estimate for your office visit is \$725, discounted to \$290.
- The average estimate for an x-ray, if required, is \$258, discounted to \$103.
- For any reoccurring, follow-up care, the estimate for your office visit is \$505, discounted to \$202.

If your treatment requires additional unscheduled services to be performed during the visit, such as injections, casting or Durable Medical Equipment (DME), then a more detailed estimate will be provided upon request for those services.

Exact charges for the services rendered during your visit will be calculated at checkout and any balance or refund owed to you based on deposits you already paid will be determined at that time. Please be advised that not all charges may be posted immediately, resulting in a remaining balance that will be billed to you.

This estimate is for both initial consultation and subsequent follow-up visits and will remain valid for 12 months from the date of signature. Please note: This does not apply to any work-related injuries in which you have a claim under Workers’ Compensation.

DISCLAIMER: This “Good Faith Estimate” shows the costs of items and services that are reasonably expected for your healthcare needs for an item or service. The estimate is based on information known at the time the estimate was created.

If you are billed for substantially more than this “Good Faith Estimate,” you have the right to dispute the bill:

- You may contact the healthcare 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.
- 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.
- 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 healthcare provider or facility, you will have to pay the higher amount.
- To learn more and get a form to start the process, go to www.cms.gov/nosurprises or call 1-800-633-4227.

Patient Signature

Date

Printed Name

OrthoLoneStar, PLLC

NPI: 1942860176

TIN 84-2136648



Click the link(s) below to be redirected accordingly:

[Texas Orthopedics Home Page](#)

[Texas Orthopedics Forms & Policies](#)

OrthoLoneStar, PLLC

NPI: 1942860176

TIN 84-2136648



ESTIMADO DE BUENA FE PARA VISITAS AL CONSULTORIO

Por favor tenga en cuenta que estamos obligados a proporcionarle un presupuesto de buena fe por los servicios rendidos en su próxima visita a OrthoLoneStar. Estos estimados se basan en los precios promedio de todos los centros de OrthoLoneStar. Se le comunicarán los cambios en el estimado antes de su cita, junto con el depósito que el centro le solicitará al llegar.

- Para una consulta inicial por un problema nuevo, el estimado para su visita al consultorio es de \$725, con descuento a \$290.
- El estimado promedio para una radiografía, si es necesaria, es de \$258, con descuento a \$103.
- Para cualquier atención de seguimiento recurrente, el estimado para su visita al consultorio es de \$505, con descuento a \$202.

Si su tratamiento requiere que se realicen servicios adicionales no programados durante la visita, como inyecciones, yesos o equipo médico duradero, se le proporcionará un estimado más detallado si lo solicita para esos servicios.

Los cargos exactos por los servicios rendidos durante su visita se calcularán al finalizar la compra, y cualquier saldo o reembolso que se le debe, basado en los depósitos ya pagados, se determinará en ese momento. Tenga en cuenta que es posible que no todos los cargos se publiquen de inmediato, por lo que se le facturará un saldo restante.

Este estimado cubre tanto la consulta inicial como las visitas de seguimiento posteriores y tendrá una validez de 12 meses a partir de la fecha de firma. Nota: Esto no aplica a lesiones laborales por las que tenga derecho a una indemnización por accidente de trabajo.

DESCARGO DE RESPONSABILIDAD: Este "Estimado de Buena Fe" muestra los costos de los artículos y servicios que se esperan razonablemente para sus necesidades de atención médica. El estimado se basa en la información disponible al momento de su elaboración.

Si se le factura una cantidad superior a esta "Estimado de Buena Fe", tiene derecho a disputar la factura:

- Puede contactar al proveedor o centro de atención médica indicado para informarle que los cargos facturados son superiores al Estimado de Buena Fe. Puede solicitar que actualicen la factura para que coincida con el Estimado de Buena Fe, solicitar negociar la factura o preguntar si hay asistencia financiera disponible.
- También puede iniciar un proceso de resolución de disputas con el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos. Si decide utilizar este proceso, debe iniciarlo dentro de los 120 días calendario (aproximadamente 4 meses) a partir de la fecha de la factura original.
- El proceso de disputa tiene un costo de \$25. Si la agencia que revisa su disputa está de acuerdo con usted, deberá pagar el precio indicado en este Estimado de Buena Fe. Si la agencia no está de acuerdo con usted y está de acuerdo con el proveedor o centro de atención médica, deberá pagar la cantidad mayor.
- Para obtener más información y un formulario para iniciar el proceso, visite www.cms.gov/nosurprises o llamar [1-800-633-4227](tel:1-800-633-4227).

Firma del Paciente

Fecha

Nombre impreso

OrthoLoneStar, PLLC

NPI: 1942860176

TIN 84-2136648



Haga clic en el enlace(s) a continuación para ser redirigido según corresponda:

[Texas Orthopedics Home Page](#)

[Texas Orthopedics Forms & Policies](#)

OrthoLoneStar, PLLC

NPI: 1942860176

TIN 84-2136648