

## 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 877-267-2323.

**Utah Dental and Behavioral Health Clinic**  
7651 S. Main St.  
Midvale, Utah 84047

**Mid-Valley Health Clinic**  
8446 S. Harrison Street  
Midvale, Utah 84047

**Utah Partners for Health Family Clinic – West Jordan**  
9103 S. 1300 W., Ste 102  
West Jordan Utah 84088

801-417-0131 Phone  
801-255-5814 Fax

After Hours Nurse Line  
801-417-0131

[upfh.org](http://upfh.org)



«FirstName»«LastName»  
«MailingAddress1»  
«PtCityStateZip»

Estimate Date: «CurrentDate»  
Service Date: «NextAppt»

In accordance with the Federal No Surprises Act, Utah Partners for Health is happy to provide you with an estimate of the cost of services that you may receive in our clinic on «NextAppt». The Federal No Surprises Act supports patients in receiving an estimate, before their visit, to provide upfront knowledge and transparency about anticipated costs for services. ***These costs are an estimate based on the information you provide.***

#### Estimate Details:

| Service at Utah Partners for Health                                                                                                                                               | Estimated Charges | You Pay |         |         |         |         |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|---------|---------|---------|---------|---------|
| Any additional services required are NOT covered by the visit fee and will require additional payment. All charges are subject to review and correction by our billing personnel. |                   |         |         |         |         |         |
|                                                                                                                                                                                   |                   | Slide A | Slide B | Slide C | Slide D | Slide E |
| CPT 90837 – Behavioral Visit, 60 Minutes                                                                                                                                          | \$200             | \$15    | \$20    | \$30    | \$35    | \$45    |
|                                                                                                                                                                                   |                   |         |         |         |         |         |
| Total                                                                                                                                                                             | \$200             | \$15    | \$20    | \$30    | \$35    | \$45    |

**Depending on the complexity of your visit, you may also have some additional costs.**

| Diagnosis Code | Service | Cost |
|----------------|---------|------|
|                |         |      |
|                |         |      |
|                |         |      |

Actual charges for the service may be greater or less than the estimated amount due to your needs and medical circumstances. We have billing specialists that can assist you with any questions regarding the charges related to your care or making a payment. Staff members can connect you with a billing specialist.

Demonstrated prices are estimates only, based upon our current knowledge and according to the information provided at the time of scheduling. There may be additional services recommended by your clinical provider that will require separate scheduling and are not reflected in this estimate. Actual charges for the above procedures may be greater or less than the estimated amounts, due to each individual's needs and medical circumstances. Therefore, we are unable to guarantee the charges being equal to or less than the estimate provided.

Following your service, if you have questions regarding the actual charges or totals differ from the above estimate, please contact us for explanation and balance resolution. If you are uninsured or self-pay, you have the right to initiate a patient-provider dispute resolution process if the actual total billed charges are at least \$400 more than the total charges listed on the estimate. For information on initiating the dispute process please visit <https://www.nsa-idr.cms.gov> or <https://www.cms.gov/nosurprises/consumer-protections>. You can also contact the U.S. Department of Health and Human Services at 1-877-696-6775. Initiation of the patient-provider dispute resolution process will not adversely affect the quality of healthcare services furnished to you by a provider or facility.

This estimate is not a contract and does not require you to obtain the items or services from any of the providers or facilities identified in the estimate.

We are here to help, care, and serve!

Thank you,

Utah Partners for Health



<<Primer Nombre>><<Apellido>>  
 <<Direccion1>>  
 <<Ciudad,Estado,Codigo Postal>>

Fecha De Estimado: <<Fecha De Hoy>>  
 Fecha De Servicio: <<Cita Proxima>>

De acuerdo con la Ley Federal Sin Sorpresas, Utah Partners for Health se complace en brindarle una estimación del costo de los servicios que puede recibir en nuestra clínica en "Cita Proxima". La Ley Federal Sin Sorpresas ayuda a los pacientes a recibir un presupuesto, antes de su visita, para brindar conocimiento y transparencia por adelantado sobre los costos anticipados de los servicios. **Estos costos son una estimación basada en la información que proporciona.**

#### Detalles Del Estimado:

| Servicio En Utah Partners for Health                                                                                                                                                                                | Costos Estimados | Usted Paga |          |          |          |          |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------|------------|----------|----------|----------|----------|
| Cualquier servicio adicional requerido NO está cubierto por la tarifa de visita y requerirá un pago adicional. Todos los cargos están sujetos a revisión y corrección por parte de nuestro personal de facturación. |                  |            |          |          |          |          |
|                                                                                                                                                                                                                     |                  | Escala A   | Escala B | Escala C | Escala D | Escala E |
| CPT 90837 – Visita Consejeria Mental, 60 Minutos                                                                                                                                                                    | \$200            | \$15       | \$20     | \$30     | \$35     | \$45     |
|                                                                                                                                                                                                                     |                  |            |          |          |          |          |
| Total                                                                                                                                                                                                               | \$200            | \$15       | \$20     | \$30     | \$35     | \$45     |

**Dependiendo de la complejidad de su visita, también puede tener algunos costos adicionales**

| Codigo de Diagnostico | Servicio | Costo |
|-----------------------|----------|-------|
|                       |          |       |
|                       |          |       |
|                       |          |       |

|  |  |  |
|--|--|--|
|  |  |  |
|--|--|--|

Los cargos reales por el servicio pueden ser mayores o menores que el monto estimado debido a sus necesidades y circunstancias médicas. Contamos con especialistas en facturación que pueden ayudarlo con cualquier pregunta relacionada con los cargos relacionados con su atención o con la realización de un pago. Los miembros del personal pueden conectarlo con un especialista en facturación.

Los precios demostrados son solo estimados, basados en nuestro conocimiento actual y de acuerdo con la información proporcionada en el momento de la programación. Puede haber servicios adicionales recomendados por su proveedor clínico que requerirán una programación por separado y no se reflejan en esta estimación. Los cargos reales por los procedimientos anteriores pueden ser mayores o menores que los montos estimados, debido a las necesidades y circunstancias médicas de cada individuo. Por lo tanto, no podemos garantizar que los cargos sean iguales o inferiores a la estimación proporcionada.

Después de su servicio, si tiene preguntas sobre los cargos reales o los totales difieren de la estimación anterior, comuníquese con nosotros para obtener una explicación y la resolución del saldo. Si no tiene seguro o paga por cuenta propia, tiene derecho a iniciar un proceso de resolución de disputas entre el paciente y el proveedor si los cargos totales facturados reales son al menos \$400 más que los cargos totales enumerados en el presupuesto. Para obtener información sobre cómo iniciar el proceso de disputa, visite <https://www.nsa-idr.cms.gov> o <https://www.cms.gov/nosurprises/consumer-protections>. También puede comunicarse con el Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU. al 1-877-696-6775. El inicio del proceso de resolución de disputas entre el paciente y el proveedor no afectará negativamente la calidad de los servicios de atención médica que le brinda un proveedor o centro.

Este presupuesto no es un contrato y no requiere que usted obtenga los artículos o servicios de ninguno de los proveedores o instalaciones identificados en el presupuesto.

¡Estamos aquí para ayudar, cuidar y servir!

Gracias,

Utah Partners for Health



«FirstName»«LastName»  
«MailingAddress1»  
«PtCityStateZip»

Estimate Date: «CurrentDate»  
Service Date: «NextAppt»

In accordance with the Federal No Surprises Act, Utah Partners for Health is happy to provide you with an estimate of the cost of services that you may receive in our clinic on «NextAppt». The Federal No Surprises Act supports patients in receiving an estimate, before their visit, to provide upfront knowledge and transparency about anticipated costs for services. ***These costs are an estimate based on the information you provide.***

#### Estimate Details:

| Service at Utah Partners for Health                                                                                                                                               | Estimated Charges | You Pay |         |         |         |         |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|---------|---------|---------|---------|---------|
| Any additional services required are NOT covered by the visit fee and will require additional payment. All charges are subject to review and correction by our billing personnel. |                   |         |         |         |         |         |
|                                                                                                                                                                                   |                   | Slide A | Slide B | Slide C | Slide D | Slide E |
| CPT 90791 – Behavioral Initial Evaluation                                                                                                                                         | \$263             | \$15    | \$20    | \$30    | \$35    | \$45    |
|                                                                                                                                                                                   |                   |         |         |         |         |         |
| Total                                                                                                                                                                             | \$263             | \$15    | \$20    | \$30    | \$35    | \$45    |

**Depending on the complexity of your visit, you may also have some additional costs.**

| Diagnosis Code | Service | Cost |
|----------------|---------|------|
|                |         |      |
|                |         |      |
|                |         |      |

Actual charges for the service may be greater or less than the estimated amount due to your needs and medical circumstances. We have billing specialists that can assist you with any questions regarding the charges related to your care or making a payment. Staff members can connect you with a billing specialist.

Demonstrated prices are estimates only, based upon our current knowledge and according to the information provided at the time of scheduling. There may be additional services recommended by your clinical provider that will require separate scheduling and are not reflected in this estimate. Actual charges for the above procedures may be greater or less than the estimated amounts, due to each individual's needs and medical circumstances. Therefore, we are unable to guarantee the charges being equal to or less than the estimate provided.

Following your service, if you have questions regarding the actual charges or totals differ from the above estimate, please contact us for explanation and balance resolution. If you are uninsured or self-pay, you have the right to initiate a patient-provider dispute resolution process if the actual total billed charges are at least \$400 more than the total charges listed on the estimate. For information on initiating the dispute process please visit <https://www.nsa-idr.cms.gov> or <https://www.cms.gov/nosurprises/consumer-protections>. You can also contact the U.S. Department of Health and Human Services at 1-877-696-6775. Initiation of the patient-provider dispute resolution process will not adversely affect the quality of healthcare services furnished to you by a provider or facility.

This estimate is not a contract and does not require you to obtain the items or services from any of the providers or facilities identified in the estimate.

We are here to help, care, and serve!

Thank you,

Utah Partners for Health



<<Primer Nombre>><<Apellido>>  
 <<Direccion1>>  
 <<Ciudad,Estado,Codigo Postal>>

Fecha de Estimado: <<Fecha de Hoy>>  
 Fecha de Servicio: <<Fecha de Cita>>

De acuerdo con la Ley Federal Sin Sorpresas, Utah Partners for Health se complace en brindarle un estimado del costo de los servicios que puede recibir en nuestra clínica en <<Fecha de Cita>>. La Ley Federal Sin Sorpresas ayuda a los pacientes a recibir un presupuesto, antes de su visita, para brindar conocimiento y transparencia por adelantado sobre los costos anticipados de los servicios. **Estos costos son una estimación basada en la información que proporciona.**

#### Detalles de Estimado:

| Servicios en Utah Partners for Health                                                                                                                                                                               | Cargos Estimados | Usted Paga |          |          |          |          |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------|------------|----------|----------|----------|----------|
| Cualquier servicio adicional requerido NO está cubierto por la tarifa de visita y requerirá un pago adicional. Todos los cargos están sujetos a revisión y corrección por parte de nuestro personal de facturación. |                  |            |          |          |          |          |
|                                                                                                                                                                                                                     |                  | Escala A   | Escala B | Escala C | Escala D | Escala E |
| CPT 90791 – Evaluacion Inicial de Consejeria Mental                                                                                                                                                                 | \$263            | \$15       | \$20     | \$30     | \$35     | \$45     |
|                                                                                                                                                                                                                     |                  |            |          |          |          |          |
| Total                                                                                                                                                                                                               | \$263            | \$15       | \$20     | \$30     | \$35     | \$45     |

**Dependiendo de la complejidad de su visita, también puede tener algunos costos adicionales.**

| Codigo de Diagnostico | Servicio | Costo |
|-----------------------|----------|-------|
|                       |          |       |
|                       |          |       |
|                       |          |       |



|  |  |  |
|--|--|--|
|  |  |  |
|--|--|--|

Los cargos reales por el servicio pueden ser mayores o menores que el monto estimado debido a sus necesidades y circunstancias médicas. Contamos con especialistas en facturación que pueden ayudarlo con cualquier pregunta relacionada con los cargos relacionados con su atención o con la realización de un pago. Los miembros del personal pueden conectarlo con un especialista en facturación.

Los precios demostrados son solo estimados, basados en nuestro conocimiento actual y de acuerdo con la información proporcionada en el momento de la programación. Puede haber servicios adicionales recomendados por su proveedor clínico que requerirán una programación por separado y no se reflejan en esta estimación. Los cargos reales por los procedimientos anteriores pueden ser mayores o menores que los montos estimados, debido a las necesidades y circunstancias médicas de cada individuo. Por lo tanto, no podemos garantizar que los cargos sean iguales o inferiores a la estimación proporcionada.

Después de su servicio, si tiene preguntas sobre los cargos reales o los totales difieren de la estimación anterior, comuníquese con nosotros para obtener una explicación y la resolución del saldo. Si no tiene seguro o paga por cuenta propia, tiene derecho a iniciar un proceso de resolución de disputas entre el paciente y el proveedor si los cargos totales facturados reales son al menos \$400 más que los cargos totales enumerados en el presupuesto. Para obtener información sobre cómo iniciar el proceso de disputa, visite <https://www.nsa-idr.cms.gov> o <https://www.cms.gov/nosurprises/consumer-protections>. También puede comunicarse con el Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU. al 1-877-696-6775. El inicio del proceso de resolución de disputas entre el paciente y el proveedor no afectará negativamente la calidad de los servicios de atención médica que le brinde un proveedor o centro.

Este presupuesto no es un contrato y no requiere que usted obtenga los artículos o servicios de ninguno de los proveedores o instalaciones identificados en el presupuesto.

¡Estamos aquí para ayudar, cuidar y servir!

Gracias,

Utah Partners for Health



«FirstName»«LastName»  
«MailingAddress1»  
«PtCityStateZip»

Estimate Date: «CurrentDate»  
Service Date: «NextAppt»

In accordance with the Federal No Surprises Act, Utah Partners for Health is happy to provide you with an estimate of the cost of services that you may receive in our clinic on «NextAppt». The Federal No Surprises Act supports patients in receiving an estimate, before their visit, to provide upfront knowledge and transparency about anticipated costs for services. ***These costs are an estimate based on the information you provide.***

#### Estimate Details:

| Service at Utah Partners for Health                                                                                                                                                      | Estimated Charges | You Pay |         |         |         |         |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|---------|---------|---------|---------|---------|
| <i>Any additional services required are NOT covered by the visit fee and will require additional payment. All charges are subject to review and correction by our billing personnel.</i> |                   |         |         |         |         |         |
|                                                                                                                                                                                          |                   | Slide A | Slide B | Slide C | Slide D | Slide E |
| CPT D0150 – Comprehensive Oral Evaluation                                                                                                                                                | \$98              | \$35    | \$45    | \$55    | \$65    | \$75    |
|                                                                                                                                                                                          |                   |         |         |         |         |         |
| Total                                                                                                                                                                                    | \$98              | \$35    | \$45    | \$55    | \$65    | \$75    |

**Depending on the complexity of your visit, you may also have some additional costs.**

| Diagnosis Code | Service | Cost |
|----------------|---------|------|
|                |         |      |
|                |         |      |
|                |         |      |

Actual charges for the service may be greater or less than the estimated amount due to your needs and medical circumstances. We have billing specialists that can assist you with any questions regarding the charges related to your care or making a payment. Staff members can connect you with a billing specialist.

Demonstrated prices are estimates only, based upon our current knowledge and according to the information provided at the time of scheduling. There may be additional services recommended by your clinical provider that will require separate scheduling and are not reflected in this estimate. Actual charges for the above procedures may be greater or less than the estimated amounts, due to each individual's needs and medical circumstances. Therefore, we are unable to guarantee the charges being equal to or less than the estimate provided.

Following your service, if you have questions regarding the actual charges or totals differ from the above estimate, please contact us for explanation and balance resolution. If you are uninsured or self-pay, you have the right to initiate a patient-provider dispute resolution process if the actual total billed charges are at least \$400 more than the total charges listed on the estimate. For information on initiating the dispute process please visit <https://www.nsa-idr.cms.gov> or <https://www.cms.gov/nosurprises/consumer-protections>. You can also contact the U.S. Department of Health and Human Services at 1-877-696-6775. Initiation of the patient-provider dispute resolution process will not adversely affect the quality of healthcare services furnished to you by a provider or facility.

This estimate is not a contract and does not require you to obtain the items or services from any of the providers or facilities identified in the estimate.

We are here to help, care, and serve!

Thank you,

Utah Partners for Health



<<Primer Nombre>> << Apellido>>  
 <<Direccion 1>>  
 <<Ciudad, Estado,Codigo Postal>>

Fecha De Estimado: «Fecha De Hoy»  
 Fecha De Servicio: <<Fecha de Cita>>

De acuerdo con la Ley Federal Sin Sorpresas, Utah Partners for Health se complace en brindarle una estimación del costo de los servicios que puede recibir en nuestra clínica en "Fecha de Cita". La Ley Federal Sin Sorpresas ayuda a los pacientes a recibir un presupuesto, antes de su visita, para brindar conocimiento y transparencia por adelantado sobre los costos anticipados de los servicios. **Estos costos son una estimación basada en la información que proporciona.**

#### Detalles De Estimado:

| Servicios en Utah Partners for Health                                                                                                                                                                               | Costos Estimados | Usted Paga |          |          |          |          |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------|------------|----------|----------|----------|----------|
| Cualquier servicio adicional requerido NO está cubierto por la tarifa de visita y requerirá un pago adicional. Todos los cargos están sujetos a revisión y corrección por parte de nuestro personal de facturación. |                  |            |          |          |          |          |
|                                                                                                                                                                                                                     |                  | Escala A   | Escala B | Escala C | Escala D | Escala E |
| CPT D0150 – Evaluación Oral Integral                                                                                                                                                                                | \$98             | \$35       | \$45     | \$55     | \$65     | \$75     |
|                                                                                                                                                                                                                     |                  |            |          |          |          |          |
| Total                                                                                                                                                                                                               | \$98             | \$35       | \$45     | \$55     | \$65     | \$75     |

**Dependiendo de la complejidad de su visita, también puede tener algunos costos adicionales.**

| Codigo de Diagnostico | Servicio | Costo |
|-----------------------|----------|-------|
|                       |          |       |
|                       |          |       |
|                       |          |       |

|  |  |  |
|--|--|--|
|  |  |  |
|--|--|--|

Los cargos reales por el servicio pueden ser mayores o menores que el monto estimado debido a sus necesidades y circunstancias médicas. Contamos con especialistas en facturación que pueden ayudarlo con cualquier pregunta relacionada con los cargos relacionados con su atención o con la realización de un pago. Los miembros del personal pueden conectarlo con un especialista en facturación.

Los precios demostrados son solo estimados, basados en nuestro conocimiento actual y de acuerdo con la información proporcionada en el momento de la programación. Puede haber servicios adicionales recomendados por su proveedor clínico que requerirán una programación por separado y no se reflejan en esta estimación. Los cargos reales por los procedimientos anteriores pueden ser mayores o menores que los montos estimados, debido a las necesidades y circunstancias médicas de cada individuo. Por lo tanto, no podemos garantizar que los cargos sean iguales o inferiores a la estimación proporcionada.

Después de su servicio, si tiene preguntas sobre los cargos reales o los totales difieren de la estimación anterior, comuníquese con nosotros para obtener una explicación y la resolución del saldo. Si no tiene seguro o paga por cuenta propia, tiene derecho a iniciar un proceso de resolución de disputas entre el paciente y el proveedor si los cargos totales facturados reales son al menos \$400 más que los cargos totales enumerados en el presupuesto. Para obtener información sobre cómo iniciar el proceso de disputa, visite <https://www.nsa-idr.cms.gov> o <https://www.cms.gov/nosurprises/consumer-protections>. También puede comunicarse con el Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU. al 1-877-696-6775. El inicio del proceso de resolución de disputas entre el paciente y el proveedor no afectará negativamente la calidad de los servicios de atención médica que le brinde un proveedor o centro.

Este presupuesto no es un contrato y no requiere que usted obtenga los artículos o servicios de ninguno de los proveedores o instalaciones identificados en el presupuesto.

¡Estamos aquí para ayudar, cuidar y servir!

Gracias,

Utah Partners for Health



«FirstName»«LastName»  
«MailingAddress1»  
«PtCityStateZip»

Estimate Date: «CurrentDate»  
Service Date: «NextAppt»

In accordance with the Federal No Surprises Act, Utah Partners for Health is happy to provide you with an estimate of the cost of services that you may receive in our clinic on «NextAppt». The Federal No Surprises Act supports patients in receiving an estimate, before their visit, to provide upfront knowledge and transparency about anticipated costs for services. ***These costs are an estimate based on the information you provide.***

#### Estimate Details:

| Service at Utah Partners for Health                                                                                                                                               | Estimated Charges | You Pay |         |         |         |         |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|---------|---------|---------|---------|---------|
| Any additional services required are NOT covered by the visit fee and will require additional payment. All charges are subject to review and correction by our billing personnel. |                   |         |         |         |         |         |
|                                                                                                                                                                                   |                   | Slide A | Slide B | Slide C | Slide D | Slide E |
| CPT D0180 – Periodontal Evaluation                                                                                                                                                | \$106             | \$35    | \$45    | \$55    | \$65    | \$75    |
|                                                                                                                                                                                   |                   |         |         |         |         |         |
| Total                                                                                                                                                                             | \$106             | \$35    | \$45    | \$55    | \$65    | \$75    |

**Depending on the complexity of your visit, you may also have some additional costs.**

| Diagnosis Code | Service | Cost |
|----------------|---------|------|
|                |         |      |
|                |         |      |
|                |         |      |

Actual charges for the service may be greater or less than the estimated amount due to your needs and medical circumstances. We have billing specialists that can assist you with any questions regarding the charges related to your care or making a payment. Staff members can connect you with a billing specialist.

Demonstrated prices are estimates only, based upon our current knowledge and according to the information provided at the time of scheduling. There may be additional services recommended by your clinical provider that will require separate scheduling and are not reflected in this estimate. Actual charges for the above procedures may be greater or less than the estimated amounts, due to each individual's needs and medical circumstances. Therefore, we are unable to guarantee the charges being equal to or less than the estimate provided.

Following your service, if you have questions regarding the actual charges or totals differ from the above estimate, please contact us for explanation and balance resolution. If you are uninsured or self-pay, you have the right to initiate a patient-provider dispute resolution process if the actual total billed charges are at least \$400 more than the total charges listed on the estimate. For information on initiating the dispute process please visit <https://www.nsa-idr.cms.gov> or <https://www.cms.gov/nosurprises/consumer-protections>. You can also contact the U.S. Department of Health and Human Services at 1-877-696-6775. Initiation of the patient-provider dispute resolution process will not adversely affect the quality of healthcare services furnished to you by a provider or facility.

This estimate is not a contract and does not require you to obtain the items or services from any of the providers or facilities identified in the estimate.

We are here to help, care, and serve!

Thank you,

Utah Partners for Health



<<Primer Nombre>><<Apellido>>  
 <<Direccion 1>>  
 <<Ciudad, Estado,codigo postal>>

Fecha De Estimado: <<Fecha de Hoy>>  
 Fecha de Servicio: <<Fecha de Cita>>

De acuerdo con la Ley Federal Sin Sorpresas, Utah Partners for Health se complace en brindarle un estimado del costo de los servicios que puede recibir en nuestra clínica en "Fecha de Cita". La Ley Federal Sin Sorpresas ayuda a los pacientes a recibir un presupuesto, antes de su visita, para brindar conocimiento y transparencia por adelantado sobre los costos anticipados de los servicios. **Estos costos son una estimación basada en la información que proporciona.**

#### Detalles de Estimado:

| Servicios en Utah Partners for Health                                                                                                                                                                               | Cargos Estimados | Usted Paga |          |          |          |          |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------|------------|----------|----------|----------|----------|
| Cualquier servicio adicional requerido NO está cubierto por la tarifa de visita y requerirá un pago adicional. Todos los cargos están sujetos a revisión y corrección por parte de nuestro personal de facturación. |                  |            |          |          |          |          |
|                                                                                                                                                                                                                     |                  | Escala A   | Escala B | Escala C | Escala D | Escala E |
| CPT D0180 – Evaluación Periodontal                                                                                                                                                                                  | \$106            | \$35       | \$45     | \$55     | \$65     | \$75     |
|                                                                                                                                                                                                                     |                  |            |          |          |          |          |
| Total                                                                                                                                                                                                               | \$106            | \$35       | \$45     | \$55     | \$65     | \$75     |

**Dependiendo de la complejidad de su visita, también puede tener algunos costos adicionales.**

| Codigo de Diagnostico | Servicio | Costo |
|-----------------------|----------|-------|
|                       |          |       |
|                       |          |       |
|                       |          |       |



|  |  |  |
|--|--|--|
|  |  |  |
|--|--|--|

Los cargos reales por el servicio pueden ser mayores o menores que el monto estimado debido a sus necesidades y circunstancias médicas. Contamos con especialistas en facturación que pueden ayudarlo con cualquier pregunta relacionada con los cargos relacionados con su atención o con la realización de un pago. Los miembros del personal pueden conectarlo con un especialista en facturación.

Los precios demostrados son solo estimados, basados en nuestro conocimiento actual y de acuerdo con la información proporcionada en el momento de la programación. Puede haber servicios adicionales recomendados por su proveedor clínico que requerirán una programación por separado y no se reflejan en esta estimación. Los cargos reales por los procedimientos anteriores pueden ser mayores o menores que los montos estimados, debido a las necesidades y circunstancias médicas de cada individuo. Por lo tanto, no podemos garantizar que los cargos sean iguales o inferiores a la estimación proporcionada.

Después de su servicio, si tiene preguntas sobre los cargos reales o los totales difieren de la estimación anterior, comuníquese con nosotros para obtener una explicación y la resolución del saldo. Si no tiene seguro o paga por cuenta propia, tiene derecho a iniciar un proceso de resolución de disputas entre el paciente y el proveedor si los cargos totales facturados reales son al menos \$400 más que los cargos totales enumerados en el presupuesto. Para obtener información sobre cómo iniciar el proceso de disputa, visite <https://www.nsa-idr.cms.gov> o <https://www.cms.gov/nosurprises/consumer-protections>. También puede comunicarse con el Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU. al 1-877-696-6775. El inicio del proceso de resolución de disputas entre el paciente y el proveedor no afectará negativamente la calidad de los servicios de atención médica que le brinde un proveedor o centro.

Este presupuesto no es un contrato y no requiere que usted obtenga los artículos o servicios de ninguno de los proveedores o instalaciones identificados en el presupuesto.

¡Estamos aquí para ayudar, cuidar y servir!

Gracias,

Utah Partners for Health



«FirstName»«LastName»  
«MailingAddress1»  
«PtCityStateZip»

Estimate Date: «CurrentDate»  
Service Date: «NextAppt»

In accordance with the Federal No Surprises Act, Utah Partners for Health is happy to provide you with an estimate of the cost of services that you may receive in our clinic on «NextAppt». The Federal No Surprises Act supports patients in receiving an estimate, before their visit, to provide upfront knowledge and transparency about anticipated costs for services. ***These costs are an estimate based on the information you provide.***

#### Estimate Details:

| Service at Utah Partners for Health                                                                                                                                               | Estimated Charges | You Pay |         |         |         |         |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|---------|---------|---------|---------|---------|
| Any additional services required are NOT covered by the visit fee and will require additional payment. All charges are subject to review and correction by our billing personnel. |                   |         |         |         |         |         |
|                                                                                                                                                                                   |                   | Slide A | Slide B | Slide C | Slide D | Slide E |
| CPT 99213 – Office Outpatient, Visit 15 Minutes                                                                                                                                   | \$142             | \$30    | \$40    | \$50    | \$65    | \$75    |
|                                                                                                                                                                                   |                   |         |         |         |         |         |
| Total                                                                                                                                                                             | \$142             | \$30    | \$40    | \$50    | \$65    | \$75    |

**Depending on the complexity of your visit, you may also have some additional costs.**

| Diagnosis Code | Service | Cost |
|----------------|---------|------|
|                |         |      |
|                |         |      |
|                |         |      |

Actual charges for the service may be greater or less than the estimated amount due to your needs and medical circumstances. We have billing specialists that can assist you with any questions regarding the charges related to your care or making a payment. Staff members can connect you with a billing specialist.

Demonstrated prices are estimates only, based upon our current knowledge and according to the information provided at the time of scheduling. There may be additional services recommended by your clinical provider that will require separate scheduling and are not reflected in this estimate. Actual charges for the above procedures may be greater or less than the estimated amounts, due to each individual's needs and medical circumstances. Therefore, we are unable to guarantee the charges being equal to or less than the estimate provided.

Following your service, if you have questions regarding the actual charges or totals differ from the above estimate, please contact us for explanation and balance resolution. If you are uninsured or self-pay, you have the right to initiate a patient-provider dispute resolution process if the actual total billed charges are at least \$400 more than the total charges listed on the estimate. For information on initiating the dispute process please visit <https://www.nsa-idr.cms.gov> or <https://www.cms.gov/nosurprises/consumer-protections>. You can also contact the U.S. Department of Health and Human Services at 1-877-696-6775. Initiation of the patient-provider dispute resolution process will not adversely affect the quality of healthcare services furnished to you by a provider or facility.

This estimate is not a contract and does not require you to obtain the items or services from any of the providers or facilities identified in the estimate.

We are here to help, care, and serve!

Thank you,

Utah Partners for Health



<<Primer nombre>> <<Apellido>>  
 <<Direccion1>>  
 <<Ciudad,Estado,codio postal>>

Fecha de Estimado: <<Fecha de Hoy>>»  
 <<Fecha de Servicio>><<Fecha de cita>>

De acuerdo con la Ley Federal Sin Sorpresas, Utah Partners for Health se complace en brindarle un estimado del costo de los servicios que puede recibir en nuestra clínica en <<Fecha de Cita>>. La Ley Federal Sin Sorpresas ayuda a los pacientes a recibir un presupuesto, antes de su visita, para brindar conocimiento y transparencia por adelantado sobre los costos anticipados de los servicios. **Estos costos son una estimación basada en la información que proporciona.**

#### Detalles de Estimado:

| Servicios en Utah Partners for Health                                                                                                                                                                               | Cargos Estimados | Usted Paga |          |          |          |          |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------|------------|----------|----------|----------|----------|
| Cualquier servicio adicional requerido NO está cubierto por la tarifa de visita y requerirá un pago adicional. Todos los cargos están sujetos a revisión y corrección por parte de nuestro personal de facturación. |                  |            |          |          |          |          |
|                                                                                                                                                                                                                     |                  | Escala A   | Escala B | Escala C | Escala D | Escala E |
| CPT 99213 – Paciente externo (no hospitalizado), establecido 15 min.                                                                                                                                                | \$142            | \$30       | \$40     | \$50     | \$65     | \$75     |
|                                                                                                                                                                                                                     |                  |            |          |          |          |          |
| Total                                                                                                                                                                                                               | \$142            | \$30       | \$40     | \$50     | \$65     | \$75     |

**Dependiendo de la complejidad de su visita, también puede tener algunos costos adicionales.**

| Codigo de Diagnostico | Servicio | Costo |
|-----------------------|----------|-------|
|                       |          |       |
|                       |          |       |
|                       |          |       |

|  |  |  |
|--|--|--|
|  |  |  |
|--|--|--|

Los cargos reales por el servicio pueden ser mayores o menores que el monto estimado debido a sus necesidades y circunstancias médicas. Contamos con especialistas en facturación que pueden ayudarlo con cualquier pregunta relacionada con los cargos relacionados con su atención o con la realización de un pago. Los miembros del personal pueden conectarlo con un especialista en facturación.

Los precios demostrados son solo estimados, basados en nuestro conocimiento actual y de acuerdo con la información proporcionada en el momento de la programación. Puede haber servicios adicionales recomendados por su proveedor clínico que requerirán una programación por separado y no se reflejan en esta estimación. Los cargos reales por los procedimientos anteriores pueden ser mayores o menores que los montos estimados, debido a las necesidades y circunstancias médicas de cada individuo. Por lo tanto, no podemos garantizar que los cargos sean iguales o inferiores a la estimación proporcionada.

Después de su servicio, si tiene preguntas sobre los cargos reales o los totales difieren de la estimación anterior, comuníquese con nosotros para obtener una explicación y la resolución del saldo. Si no tiene seguro o paga por cuenta propia, tiene derecho a iniciar un proceso de resolución de disputas entre el paciente y el proveedor si los cargos totales facturados reales son al menos \$400 más que los cargos totales enumerados en el presupuesto. Para obtener información sobre cómo iniciar el proceso de disputa, visite <https://www.nsa-idr.cms.gov> o <https://www.cms.gov/nosurprises/consumer-protections>. También puede comunicarse con el Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU. al 1-877-696-6775. El inicio del proceso de resolución de disputas entre el paciente y el proveedor no afectará negativamente la calidad de los servicios de atención médica que le brinde un proveedor o centro.

Este presupuesto no es un contrato y no requiere que usted obtenga los artículos o servicios de ninguno de los proveedores o instalaciones identificados en el presupuesto.

¡Estamos aquí para ayudar, cuidar y servir!

Gracias,

Utah Partners for Health



«FirstName»«LastName»  
«MailingAddress1»  
«PtCityStateZip»

Estimate Date: «CurrentDate»  
Service Date: «NextAppt»

In accordance with the Federal No Surprises Act, Utah Partners for Health is happy to provide you with an estimate of the cost of services that you may receive in our clinic on «NextAppt». The Federal No Surprises Act supports patients in receiving an estimate, before their visit, to provide upfront knowledge and transparency about anticipated costs for services. ***These costs are an estimate based on the information you provide.***

#### Estimate Details:

| Service at Utah Partners for Health                                                                                                                                               | Estimated Charges | You Pay |         |         |         |         |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|---------|---------|---------|---------|---------|
| Any additional services required are NOT covered by the visit fee and will require additional payment. All charges are subject to review and correction by our billing personnel. |                   |         |         |         |         |         |
|                                                                                                                                                                                   |                   | Slide A | Slide B | Slide C | Slide D | Slide E |
| CPT 99203 – Office Outpatient, New 30 Minutes                                                                                                                                     | \$224             | \$30    | \$40    | \$50    | \$65    | \$75    |
|                                                                                                                                                                                   |                   |         |         |         |         |         |
| Total                                                                                                                                                                             | \$224             | \$30    | \$40    | \$50    | \$65    | \$75    |

**Depending on the complexity of your visit, you may also have some additional costs.**

| Diagnosis Code | Service | Cost |
|----------------|---------|------|
|                |         |      |
|                |         |      |
|                |         |      |

Actual charges for the service may be greater or less than the estimated amount due to your needs and medical circumstances. We have billing specialists that can assist you with any questions regarding the charges related to your care or making a payment. Staff members can connect you with a billing specialist.

Demonstrated prices are estimates only, based upon our current knowledge and according to the information provided at the time of scheduling. There may be additional services recommended by your clinical provider that will require separate scheduling and are not reflected in this estimate. Actual charges for the above procedures may be greater or less than the estimated amounts, due to each individual's needs and medical circumstances. Therefore, we are unable to guarantee the charges being equal to or less than the estimate provided.

Following your service, if you have questions regarding the actual charges or totals differ from the above estimate, please contact us for explanation and balance resolution. If you are uninsured or self-pay, you have the right to initiate a patient-provider dispute resolution process if the actual total billed charges are at least \$400 more than the total charges listed on the estimate. For information on initiating the dispute process please visit <https://www.nsa-idr.cms.gov> or <https://www.cms.gov/nosurprises/consumer-protections>. You can also contact the U.S. Department of Health and Human Services at 1-877-696-6775. Initiation of the patient-provider dispute resolution process will not adversely affect the quality of healthcare services furnished to you by a provider or facility.

This estimate is not a contract and does not require you to obtain the items or services from any of the providers or facilities identified in the estimate.

We are here to help, care, and serve!

Thank you,

Utah Partners for Health



<<Primer Nombre>><<Apellido>>  
 <<Direccion1>>  
 <<Ciudad,Estado,Codigo Postal>>

Fecha de Estimado: <<Fecha de Hoy>>  
 Fecha de Servicio: <<Fecha de Cita>>

De acuerdo con la Ley Federal Sin Sorpresas, Utah Partners for Health se complace en brindarle un estimado del costo de los servicios que puede recibir en nuestra clínica en <<Fecha de Cita>>. La Ley Federal Sin Sorpresas ayuda a los pacientes a recibir un presupuesto, antes de su visita, para brindar conocimiento y transparencia por adelantado sobre los costos anticipados de los servicios. **Estos costos son una estimación basada en la información que proporciona.**

#### Detalles de Estimado:

| Servicios en Utah Partners for Health                                                                                                                                                                                      | Costo Estimado | Usted Paga |          |          |          |          |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------|------------|----------|----------|----------|----------|
| <i>Cualquier servicio adicional requerido NO está cubierto por la tarifa de visita y requerirá un pago adicional. Todos los cargos están sujetos a revisión y corrección por parte de nuestro personal de facturación.</i> |                |            |          |          |          |          |
|                                                                                                                                                                                                                            |                | Escala A   | Escala B | Escala C | Escala D | Escala E |
| CPT 99203 – Paciente externo (no hospitalizado), Nuevo 30 min                                                                                                                                                              | \$224          | \$30       | \$40     | \$50     | \$65     | \$75     |
|                                                                                                                                                                                                                            |                |            |          |          |          |          |
| Total                                                                                                                                                                                                                      | \$224          | \$30       | \$40     | \$50     | \$65     | \$75     |

**Dependiendo de la complejidad de su visita, también puede tener algunos costos adicionales.**

| Codigo de Diagnostico | Servicio | Costo |
|-----------------------|----------|-------|
|                       |          |       |
|                       |          |       |
|                       |          |       |



|  |  |  |
|--|--|--|
|  |  |  |
|--|--|--|

Los cargos reales por el servicio pueden ser mayores o menores que el monto estimado debido a sus necesidades y circunstancias médicas. Contamos con especialistas en facturación que pueden ayudarlo con cualquier pregunta relacionada con los cargos relacionados con su atención o con la realización de un pago. Los miembros del personal pueden conectarlo con un especialista en facturación.

Los precios demostrados son solo estimados, basados en nuestro conocimiento actual y de acuerdo con la información proporcionada en el momento de la programación. Puede haber servicios adicionales recomendados por su proveedor clínico que requerirán una programación por separado y no se reflejan en esta estimación. Los cargos reales por los procedimientos anteriores pueden ser mayores o menores que los montos estimados, debido a las necesidades y circunstancias médicas de cada individuo. Por lo tanto, no podemos garantizar que los cargos sean iguales o inferiores a la estimación proporcionada.

Después de su servicio, si tiene preguntas sobre los cargos reales o los totales difieren de la estimación anterior, comuníquese con nosotros para obtener una explicación y la resolución del saldo. Si no tiene seguro o paga por cuenta propia, tiene derecho a iniciar un proceso de resolución de disputas entre el paciente y el proveedor si los cargos totales facturados reales son al menos \$400 más que los cargos totales enumerados en el presupuesto. Para obtener información sobre cómo iniciar el proceso de disputa, visite <https://www.nsa-idr.cms.gov> o <https://www.cms.gov/nosurprises/consumer-protections>. También puede comunicarse con el Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU. al 1-877-696-6775. El inicio del proceso de resolución de disputas entre el paciente y el proveedor no afectará negativamente la calidad de los servicios de atención médica que le brinde un proveedor o centro.

Este presupuesto no es un contrato y no requiere que usted obtenga los artículos o servicios de ninguno de los proveedores o instalaciones identificados en el presupuesto.

¡Estamos aquí para ayudar, cuidar y servir!

Gracias,

Utah Partners for Health