



Lawrence
General
Hospital

So good. So caring. So close.

SOLICITE UNA ESTIMACIÓN DE COSTO POR ESCRITO

Gracias por considerar a Lawrence General Hospital para su procedimiento. **Si su cobertura es por un plan de seguro médico, pídala una estimación de costos a su plan.** Si no está cubierto por un plan de seguro médico, puede llamar a Servicios Financieros para Pacientes al 978-683-4000, extensión 3367. Deje un mensaje y un miembro le contestará y explicará las opciones que tiene a su disposición.

Use este formulario si es un paciente sin seguro y desea obtener una estimación de su responsabilidad financiera para un servicio o procedimiento próximo. Llene todo el formulario siguiendo las instrucciones y obtenga la información requerida de su profesional de la salud.

Información importante sobre esta estimación: Las estimaciones se basan en la información dada a Lawrence General Hospital y en la información médica disponible en el momento en que se solicita el presupuesto. Las estimaciones de costos reflejan sólo los servicios enumerados en el formulario. Compruebe con su profesional de la salud que se le ha dado información de todos los servicios anticipados. Si esta información cambia, la cantidad real de la que usted será responsable puede variar. Tenga presente que para muchos tipos de servicios, suele haber cargos separados de anesthesiólogos, radiólogos, patólogos, y de pruebas o estudios. Si tiene preguntas o necesita ayuda, puede llamar a la **Línea Directa de Estimación de Costos al 978-683-4000 ext. 3367** o puede escribirnos a costestimator@lawrencegeneral.org

Cómo enviarnos el formulario: **Complete** toda la Sección 1 (Información del paciente). Pídale a su profesional de la salud que complete la Información del procedimiento en la Sección 2.

NO ENVÍE EL FORMULARIO COMPLETADO POR CORREO ELECTRÓNICO

Envíe el formulario completado a: Lawrence General Hospital

Attn: Cost Estimator-Patient Financial Services
1 General Street
Lawrence, MA 01842

O

Envíe su formulario por fax a: 978-946-8039

NO ENVÍE EL FORMULARIO COMPLETADO POR CORREO ELECTRÓNICO

Solicitud de estimación de costos de servicios

SECCIÓN1: INFORMACIÓN DEL PACIENTE (Por favor conteste todo)	
NOTA:	SI USTED ESTÁ CUBIERTO POR UN SEGURO, <u>NO COMPLETE ESTE FORMULARIO.</u> PIDA UNA ESTIMACIÓN DE COSTOS A SU COMPAÑÍA DE SEGUROS
IDIOMA PREFERIDO	<input type="checkbox"/> INGLÉS <input type="checkbox"/> ESPAÑOL
NOMBRE:	
TELÉFONO:	(___) _____ - _____ <input type="checkbox"/> MARQUE SI ESTÁ BIEN DEJARLE UN MENSAJE
CALLE:	
CIUDAD:	
ESTADO:	CÓDIGO POSTAL:
<p><i>Marque una casilla a continuación para indicar cómo desea que se le envíe el presupuesto. Puede enviarse por correo electrónico cifrado, correo postal o fax. El correo electrónico o fax se enviará en un plazo de 2 días laborables. El correo se enviará en 2 días laborables a la dirección que dio anteriormente. Si tenemos alguna pregunta, le llamaremos al teléfono que anterior.</i></p>	
<input type="checkbox"/> CORREO POSTAL A LA DIRECCIÓN ANTERIOR <input type="checkbox"/> CORREO ELECTRÓNICO (cifrado): _____@_____ <input type="checkbox"/> NÚMERO DE FAX: (____) _____ - _____	
<p>SECCIÓN 2: INFORMACIÓN DEL PROCEDIMIENTO (Los detalles y la descripción del procedimiento y del diagnóstico ayudan a preparar esta estimación. Su médico le dará esta información).</p> <p style="text-align: center;">PÍDALE A SU PROFESIONAL DE LA SALUD LLENE LA SIGUIENTE SECCIÓN: PLEASE HAVE YOUR PROVIDER FILL OUT THE SECTION BELOW:</p>	
SERVICES PROVIDED AT: LAWRENCE GENERAL HOSPITAL	LGH NPI # 1750381281
PROCEDURE CODES	DIAGNOSIS CODES

Procedure Code/CPT Code (Current Procedural Terminology), which identifies treatment being performed, or HCPCs Code (Health Care Procedural Coding System), which identifies outpatient **services being performed**. **Diagnosis Codes (one per procedure if available) ICD-10 Code (International Classification of Diseases, Volume 10)**, which identifies diagnosis.