

## Good Faith Estimates

Please be aware that these good faith estimates are based on the most common fee for your scheduled service. Actual fees may vary depending on the services provided during your visits. For example, your provider may order services or products during the visit that cannot be anticipated and, therefore, are not included in this good faith estimate, such as: diagnostic labs\*, imaging services, vaccines, contraceptives, and pharmaceutical products.

\* If you are on Salud's sliding fee program, you will not be billed an additional fee for any labs ordered by the provider during this visit.

Scenario	Description of Service	Z,N, A- C 0 - 100%	D 101- 117%	E 118- 133%	F 134- 159%	G 160- 185%	H 186- 200%	I/OI Full Fee 201% & Over
1	Medical Visit	17	44	53	61	70	79	175
2	Behavioral Health Therapy Visit	17	45	54	63	72	81	143
3	Prenatal Visit	7	9	11	12	13	15	175
4	Vaccination Administration Only Visit.	7	8	9	10	11	12	22
	Depo-Provera	22	28	30	32	34	36	124
		29	36	39	42	45	48	146
5	Teen Confidential Visit	7	10	10	10	10	10	10
6	IUD Insertion	34	55	66	77	88	99	220
	IUD - Product**	275	300	360	420	480	540	1,200
		309	355	426	497	568	639	1,420
	** Your provider may order a less expensive 3-year IUD option.							
7	IUD - Removal	34	63	75	88	100	113	250
8	Nexplanon Insertion	34	88	105	123	140	158	350
	Nexplanon Product	460	465	525	600	675	750	1,500

Scenario	Description of Service	Z,N, A- C	D	E	F	G	H	I/OI Full Fee 201% & Over
		0 - 100%	101- 117%	118- 133%	134- 159%	160- 185%	186- 200%	
		494	553	630	723	815	908	1,850
9	Nexplanon Removal	34	86	104	121	138	155	345
10	Nexplanon Removal and Reinsertion Nexplanon Product	34 460	140 465	168 525	196 600	224 675	252 750	560 1,500
		494	605	693	796	899	1,002	2,060
11	Colposcopy	34	74	89	103	118	133	295
12	Psych Testing	34	45	54	63	72	81	180
13	Treadmill stress test	34	43	51	60	68	77	170
14	Cryotherapy	100	118	133	152	171	190	380
15	LEEP	100	171	206	240	274	308	685
16	LLETZ	100	166	200	233	266	299	665
17	Colonoscopy (exlcuding fees billed by Longmont United Hospital)	100	243	340	360	388	437	1,045
18	Upper Endoscopy (exlcuding fees billed by Longmont United Hospital)	100	179	215	250	286	322	915
19	Vasectomy	100	296	356	415	474	533	1,185
20	Circumcision at Clinic	100	113	135	158	180	203	450
21	Circumcision at Hospital	100	136	164	191	218	245	545
22	EGD at Salud	600	650	700	750	800	850	915
23	Colonoscopy & Labs at Salud	600	650	700	750	800	850	1,045

## Estimados de Buena Fe

Por favor tenga en cuenta que estos estimados de buena fe se basan en las tarifas más comunes para sus servicios programados. Las tarifas reales pueden variar en función de los servicios prestados durante sus visitas. Por ejemplo, su proveedor puede solicitar servicios o insumos durante la visita que no se pueden anticipar y, por lo tanto, no se incluyen en este estimado de buena fe, tales como: exámenes de laboratorio de diagnóstico\*, servicios de diagnóstico por imagen, vacunas, anticonceptivos y productos farmacéuticos.

\* Si está bajo el programa de descuentos de Salud, no se le facturará ninguna cuota adicional por los análisis de laboratorio solicitados por el proveedor durante esta visita.

Escenarios	Descripción de los Servicios	Z,N, A- C	D	E	F	G	H	I/OI Tarifa completa 201% y Más
		0 - 100%	101- 117%	118- 133%	134- 159%	160- 185%	186- 200%	
1	Visita Médica	17	44	53	61	70	79	175
2	Visita de Terapia de Salud Mental	17	45	54	63	72	81	143
3	Visita Prenatal	7	9	11	12	13	15	175
4	Visita de administración de vacunas solamente. Depo-Provera	7	8	9	10	11	12	22
		22	28	30	32	34	36	124
		29	36	39	42	45	48	146
5	Visita confidencial de adolescentes	7	10	10	10	10	10	10
6	Inserción de DIU (IUD por sus siglas en inglés) DIU - Producto**	34	55	66	77	88	99	220
		275	300	360	420	480	540	1,200
		309	355	426	497	568	639	1,420
**	Su proveedor puede solicitar una opción de DIU de 3 años menos costosa.							
7	Extracción de DIU	34	63	75	88	100	113	250

Escenarios	Descripción de los Servicios	Z,N, A- C	D	E	F	G	H	I/OI Tarifa completa 201% y Más
		0 - 100%	101- 117%	118- 133%	134- 159%	160- 185%	186- 200%	
8	Inserción de Nexplanon Nexplanon - Producto	34	88	105	123	140	158	350
		460	465	525	600	675	750	1,500
		494	553	630	723	815	908	1,850
9	Extracción de Nexplanon	34	86	104	121	138	155	345
10	Extracción y re inserción de Nexplanon Nexplanon- Producto	34	140	168	196	224	252	560
		460	465	525	600	675	750	1,500
		494	605	693	796	899	1,002	2,060
11	Colposcopia	34	74	89	103	118	133	295
12	Pruebas psicológicas	34	45	54	63	72	81	180
13	Prueba de esfuerzo en cinta sin fin (caminadora)	34	43	51	60	68	77	170
14	Crioterapia	100	118	133	152	171	190	380
15	Escisión Electroquirurgica con Asa (LEEP, por sus siglas en inglés)	100	171	206	240	274	308	685
16	Escisión amplia de la zona de transformación (LLETZ, por sus siglas en inglés)	100	166	200	233	266	299	665
17	Colonoscopia (No incluye los honorarios facturados por el Longmont United Hospital)	100	243	340	360	388	437	1,045
18	Endoscopia superior (No incluye los honorarios facturados por el Longmont United Hospital)	100	179	215	250	286	322	915
19	Vasectomía	100	296	356	415	474	533	1,185
20	Circuncisión en la clínica	100	113	135	158	180	203	450
21	Circuncisión en el hospital	100	136	164	191	218	245	545
22	Esofagogastroduodenoscopia (EGD) en Salud	600	650	700	750	800	850	915
23	Colonoscopia y exámenes de laboratorio en Salud	600	650	700	750	800	850	1,045