Asistencia financiera

Creemos que nadie debe posponer obtener la atención médica que necesita debido a que carece de seguro o tiene costos médicos altos. Es por ello que ayudamos a los pacientes a presentar solicitudes para programas de cobertura médica pública, les ofrecemos descuentos y planes de pago para pacientes sin seguro y asistencia de pago para pacientes que cumplan los requisitos por ciertos servicios hospitalarios.

Requisitos de los programas gubernamentales

Para obtener más información sobre los programas que patrocina el gobierno tales como Medi-Cal, Medicare, Healthy Families, o para pedir una solicitud, llame al número que aparece al reverso de este folleto. Las solicitudes están disponibles en el hospital.

Descuento para pacientes sin seguro

Los pacientes sin seguro que cumplan los requisitos pagarán una tarifa reducida por ciertos servicios hospitalarios. Esta tarifa se reflejará en el primer estado de cuenta del paciente. Los pacientes sin seguro que reúnan los requisitos que se indican a continuación tendrán derecho a obtener este descuento para personas sin seguro:

- ingreso familiar anual que no exceda los $250,000;
- el paciente no tiene seguro;
- el paciente cede los beneficios relacionados con la reclamación a Dignity Health

Asistencia de pago de Dignity Health

Si usted no cumple los requisitos para un programa gubernamental, es posible que pueda optar al programa de asistencia de pago basado en las necesidades de Dignity Health's o al plan de pago sin intereses. Este programa es sólo para su cuenta del hospital y no cubre ninguna otra cuenta. Para obtener información adicional o una solicitud de asistencia de pago, comuníquese con nosotros al número que aparece al reverso de este folleto o diríjase a Admisión o a Registro de Pacientes.

Revised 3/12

Nuestra misión

Dignity Health y nuestras congregaciones patrocinantes están comprometidas a promover el ministerio de curación de Jesús. Dedicamos nuestros recursos a:

Brindar servicios médicos compasivos, de alta calidad y asequibles.

Servir y defender a nuestras hermanas y hermanos pobres y privados de sus derechos y asociarnos con otros miembros de la comunidad para mejorar la calidad de vida.

Nuestra visión

Un ministerio católico de atención de salud en crecimiento y diversificado que se distingue por una excelente calidad y está comprometido a extender el acceso a aquellos que lo necesitan.

Nuestro compromiso con usted

Servicios Financieros del Paciente está muy comprometido en asegurarse de que usted entiende sus estados de cuenta y que conoce las opciones de asistencia financiera.

Llámenos si tiene alguna pregunta.

Cómo comunicarse con nosotros

Community Hospital of San Bernadino
1805 Medical Center Drive
San Bernadino, CA 92411

Asesor financiero
(909) 806-1317 o (909) 806-1321

Departamento de Servicios Humanos
(Información general sobre los programas gubernamentales)
(909) 386-9502

Si tiene preguntas con respecto a su cuenta
(909) 806-1281 o (909) 806-1151
www.chwHEALTH.org/billpay

Community Hospital of San Bernardino™
A Dignity Health Member

Proceso de facturación del hospital y opciones de ayuda de pago

Bienvenido

Gracias por preferir Dignity Health para sus necesidades médicas. Este folleto le proporcionará información sobre cómo se cobran los servicios y le informará de las opciones de ayuda de pago a su disposición.

Facturación del hospital

Servicios Financieros del Paciente se compone de varias departamentos: Admisión / Inscripción, Presupuesto Asesoramiento, y el Comercial de Cuentas Oficina.

Hemos abierto una cuenta a su nombre donde vamos a grabar todas las transacciones financieras relacionadas a su cuidado. Si usted ha proporcionado seguros información, vamos a presentar un reclamo en su nombre. Cuando la cantidad que debe se ha determinado por el hospital o la compañía de seguros le enviaremos Es usted un "Saldo debido" notificación, como el impreso a la derecha.

Usted puede recibir estados de cuenta por médicos o del personal clínico que participaron en su cuidado. Esto podría incluir Médicos de Emergencia, Anestesiólogos, radiólogos, Salud en el Hogar, Hospicio y / o patólogos. Estos médicos pueden tener diferentes convenios con su seguro empresa que puede llevar a cuentas adicionales. Si usted no tiene seguro o tiene altos costos médicos, Usted también puede calificar para un descuento en su médico factura de su sala de emergencias médico. Para obtener más información, póngase en contacto con su médico.

Nuestra asesoría financiera y personal de registro le puede ayudar con una estimación de lo que sus cargos serán antes de recibir atención médica. Estas cifras son sólo estimaciones, ya que es difícil anticipar los servicios exactos que un paciente puede recibir en realidad.

A pagar su cuenta en línea vaya a:
www.chwHEALTH.org/billpay

Comprensión de su cuenta

Aceptamos efectivo, tarjetas de crédito, giros postales, cheques de caja o cheques personales como forma de pago. Si usted no puede pagar su factura, o si desea establecer un plan de pago, por favor no dude en pedir ayuda. Si desea una factura detallada, se puede solicitar después de salir del hospital llamando a la oficina de negocios que aparece en la parte posterior de este folleto. Estamos aquí para ayudar.

Esto lo es su # de WID. Por favor Usar él cuándo Usar el Automate Teléfono Sistema.

Esto lo es uno Sumario de Tus cargos Y ninguno Pagos o Ajustes Hacer.

Esto lo es tu Descripción personal La Cantidad, por favor Tenlo disponible When llamar Mirar tu Cuenta.

Llama este número Si tú tienes ninguno Las cuestiones aproximadamente Tu cuenta.

Este balance Ser agadero y pagadero sobre el recibo de tu Declaración.

Dignity Health

123 ANY STREET
ANY TOWN, CA 91204

Balance Due Notice - Insured 09/01/11

Important Message

Thank you for choosing Dignity Health for your healthcare needs. Quality of patient care and dedication to patient satisfaction are our highest priorities.

Our records indicate that there is a balance due on your account. This statement contains hospital related charges (such as supplies, room charges, pharmaceuticals, etc.) for your visit(s) to our facility. Fees for physician time, pathology, x-ray and/or anesthesiology are billed separately by the physicians.

Please make your payment on your account(s). You may mail in your check, logon to www.chwHEALTH.org/billpay, or call (866) 555-1234 to make credit card payments.

For account details, please see reverse.

JOHN DOE
123 MAIN ST
ANY CITY CA 91605

WID Number	K1234567

Account Summary

Total Charges	$11,323.67
Amount Paid By Your Insurance	$-6,034.37
Your Insurance Discount	$0.00
Amount You Paid	$0.00
Past Due Amount	$2,746.00
Total Amount You Owe	$5,289.30

Insurance Information

Primary Insurance	**SAMPLE INSURANCE**
Policy Number	XXXXX77777
Group Number	123XYZ
Secondary Insurance	**PT LIAB AFTER INSURANCE**
Policy Number	XXXX343434

If this information is incorrect, please call us.

Questions/Contact Us

If you have questions about insurance plan benefits, deductibles, and/or co-payments, you may wish to contact your insurance company, SAMPLE INSURANCE.

We want to be sure that the billing process was explained clearly to you. If you have any billing related questions, you may visit us online at **www.chwHEALTH.org/buisnessoffice** or call our Customer Service Representatives at (866) 555-1234 Monday - Thursday 8:00 am - 7:00 pm, Friday 8:00 am - 5:00 pm. Our representatives will be happy to assist you.

Visit: **www.chwHEALTH.org/billpay** to access, manage and pay your account online! To access your account, you will need your WID Number K1234567 and the last four digits of your social security number.

Questions - Please Call (866) 555-1234

Dignity Health

Guarantor Name	WID Number	Total Balance Due
DOE,JOHN	K1234567	$5,289.30

Please make checks payable to: Dignity Health
If you would like to pay less than the amount owed, contact our Customer Service Representatives at (866) 555-1234 to set up a payment plan.

DIGNITY HEALTH
PO BOX 123456
ANY CITY, CA 91189-1095

31090000001234567000528933

Date of Service	Account Number	Amount Owed	Due Date
02/02/11	987654321	$2,543.30	09/21/11
02/23/11	987654321	$626.00	PAST DUE
04/01/11	987654321	$578.00	PAST DUE
05/03/11	987654321	$578.00	PAST DUE
03/01/11	987654321	$964.00	PAST DUE

Payment Amount $	Billing Zip Code
VISA ☐	MasterCard ☐
American Express ☐	Discover ☐
Credit Card Number	Exp. Date
Credit Card Holders Signature (Cannot be processed without Signature)	

☐ Please check box and see reverse side to change your current information

CHWI1

PAGE: 1 of 2