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 CHW.

Asistencia de pago de CHW

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 CHW 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.

Nuestra misión

Catholic Healthcare West 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

St. Mary Medical Center

1050 Linden Avenue
Long Beach, CA 90813
www.stmarymedicalcenter.org

Asesor financiero

(562) 491-9078

Departamento de Servicios Humanos

(Información general sobre los programas gubernamentales)
(800) 880-5305

Si tiene preguntas con respecto a su cuenta

1-888-808-7566
www.chwHEALTH.org/billpay

Catholic Healthcare West

Proceso de facturación del hospital y opciones de ayuda de pago

St. Mary Medical Center
A member of CHW

Bienvenido

Gracias por preferir Catholic Healthcare West 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 varios departamentos: Admisión / Registro, Asesoría Financiera y Oficina Comercial de Cuentas del Paciente.

Hemos abierto una cuenta en su nombre donde registraremos todas las transacciones financieras relacionadas con su atención. Si ha proporcionado información sobre su seguro, enviaremos una reclamación en su nombre. Cuando el hospital o la compañía de seguros han determinado la cantidad adeudada, le enviaremos un aviso del "Saldo adeudado", como el impreso al lado derecho.

Es posible que reciba estados de cuenta por separado de los médicos o del personal clínico que participaron en su atención. Esto incluye a los médicos de urgencia, anestesiólogos, radiólogos, atención de salud domiciliaria, cuidados paliativos y/o patólogos. Estos médicos pueden tener diferentes convenios con su compañía de seguros lo que puede llevar a cuentas adicionales. Si tiene preguntas con respecto a su cuenta, comuníquese con los proveedores a los números indicados en su estado de cuenta.

Puede solicitar un estado de cuenta detallado que muestre los servicios proporcionados después que deje el hospital llamando a la Oficina Comercial que aparece al reverso de este folleto.

Nuestro personal de asesoría financiera puede ayudarlo a interpretar sus beneficios del seguro y proporcionarle un cálculo estimado de los cargos antes de recibir atención. Estos totales son sólo estimados 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 no puede pagar su cuenta o si desea establecer un plan de pago, no dude en pedir ayuda. Estamos para ayudarle.

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.

Catholic Healthcare West
A member of CHW

P.O. BOX 60000
SAN FRANCISCO CA 94160

ACS101.X2186J000002.T20005.000023 000012

JANE DOE
123 MAIN ST
GRAHAM WA 98338

Balance Due Notice - Insured 02/23/09

Important Message

Thank you for choosing Catholic Healthcare West 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 by 03/15/09. You may mail in your check, logon to **www.chwHEALTH.org/billpay**, or call (866) 397-9272 to make credit card payments.

WID Number	K18866130

Account Summary

Total Charges	$1,757.00
Amount Paid By Your Insurance	$0.00
Your Insurance Discount	$0.00
Amount You Paid	$0.00
Total Amount You Owe	$1,757.00

For account details, please see reverse.

Insurance Information

Primary Insurance	MISC INSURANCE
Policy Number	XXXX411972
Group Number	
Secondary Insurance	**Not on File**
Policy Number	**Not on File**

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, MISC 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/billpay** or call our Customer Service Representatives at (866) 397-9272 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 K18866130 and the last four digits of your social security number.

Questions - Please Call (866) 397-9272

Catholic Healthcare West
A member of CHW

Guarantor Name	WID Number	Due Date	Total Balance Due
DOE, JANE	K18866130	03/15/09	$1,757.00

Date of Service	Account Number	Amount Owed
10/02/08	1669916	$1,757.00

Please make checks payable to: Catholic Healthcare West
of you would like to pay less than the amount owed, contact our Customer Service Representatives at (866) 397-9272 to set up a payment plan.

CATHOLIC HEALTHCARE WEST
FILE #73438
PO BOX 60000
SAN FRANCISCO CA 94160-0001

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

Please see reverse side to change current information
CHW11 **PAGE: 1 of 1**