

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 entienda sus estados de cuenta y que conoce las opciones de asistencia financiera.

Llámenos si tiene alguna pregunta.

Cómo comunicarse con nosotros

Bakersfield Memorial Hospital

420 34th Street
Bakersfield, CA 93301

Asesor financiero

(661) 327-4647 ext. 4830

Departamento de Servicios Humanos

(Información general sobre los programas gubernamentales)
(661) 631-6000

Si tiene preguntas con respecto a su cuenta

1-866-397-9252

www.chwHEALTH.org/billpay

Proceso de facturación del hospital y opciones de ayuda de pago



Bakersfield Memorial Hospital

A member of CHW



Catholic Healthcare West

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.

Catholic Healthcare West

FILE #73401
 P.O. BOX 60000
 SAN FRANCISCO CA 94160 4721

WID: **K16440256**

TOLL-FREE: (866) 397-9272
 PAGE: 1 CHWMMGH102

K16440256 SPS 11116440256

DOE, JANE
 123 MAIN ST.
 ANYWHERE, WA 98032

IF PAYING BY MASTERCARD, DISCOVER, VISA OR AMERICAN EXPRESS, FILL OUT BELOW.

MASTERCARD DISCOVER VISA AMERICAN EXPRESS

CARD NUMBER _____ EXP. DATE (REQUIRED) _____

SIGNATURE _____ AMOUNT _____

| STATEMENT DATE | PAY THIS AMOUNT | ACCT. # | BALANCE |
|----------------|-----------------|-------------|---------|
| 1/17/2008 | 2400.00 | 11116440256 | 800.00 |
| | | 11116440257 | 800.00 |
| | | 11116440258 | 800.00 |

PAYMENT DUE 02/06/2008 AMOUNT PAID \$

FILE #73401
 P.O. BOX 60000
 SAN FRANCISCO CA 94160

Questions? - Please Call (866) 397-9272
Balance Due Notice

IMPORTANT MESSAGE

Thank you for choosing our facility(s) for your medical 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 (lab), radiology and x-ray, and/or anesthesiology are billed separately by the physicians.

You may pay by sending back the top portion of this form with your check or credit card payment. Please make checks payable to MERCY GENERAL HOSPITAL. Please write the patient account number on your check.

QUESTIONS?

Please see the back of this page for answers to our most frequently asked billing questions. You will also find definitions for billing terms that may be unfamiliar to you.

If you have questions about insurance plan benefits, deductibles, and/or co-payments, please contact your insurance company directly or refer to the Explanation of Benefits sent to you by mail.

Can't find your answer? Call our customer service representatives at: (866) 397-9272.
 M-Th 8:00am-7:00pm, F 8:00am-5:00pm,
 They will be happy to help you with any questions or requests.

SUMMARY OF ACCOUNTS

| | |
|-------------------------|----------------|
| Total Charges | 4500.00 |
| Total Ins. Payments | 300.00 |
| Total Ins. Adjustments | -1125.00 |
| Total Patient Payments | 375.00 |
| Total Patient Discounts | -300.00 |
| Total Due | 2400.00 |

OPEN ACCOUNT DETAIL

| Account | 11116440256 | Total Charges | 1500.00 |
|---------|-------------|------------------------|---------------|
| Pt Name | DOE, JANE | Ins. Payments | 100.00 |
| Date | 1/16/2008 | Ins. Adjustments | -375.00 |
| | | Patient Payments | 125.00 |
| | | Patient Discounts | -100.00 |
| | | Account Balance | 800.00 |

| Account | 11116440257 | Total Charges | 1500.00 |
|---------|-------------|------------------------|---------------|
| Pt Name | DOE, JANE | Ins. Payments | 100.00 |
| Date | 1/16/2008 | Ins. Adjustments | -375.00 |
| | | Patient Payments | 125.00 |
| | | Patient Discounts | -100.00 |
| | | Account Balance | 800.00 |

| Account | 11116440258 | Total Charges | 1500.00 |
|---------|-------------|------------------------|---------------|
| Pt Name | DOE, JANE | Ins. Payments | 100.00 |
| Date | 1/16/2008 | Ins. Adjustments | -375.00 |
| | | Patient Payments | 125.00 |
| | | Patient Discounts | -100.00 |
| | | Account Balance | 800.00 |

PAYMENT ASSISTANCE

If you need help paying your bill, you may qualify for a government-sponsored program or for Payment Assistance from our facility. For more information, please contact the Business Office at (866) 397-9272.

Este es su número de cuenta personal, téngalo a mano cuando llame para preguntar sobre su cuenta.

Éste es su número WID. Utilícelo por favor al usar el sistema de teléfono automatizado.

Este es un resumen de sus cargos y de cualquier pago o ajuste hechos.

Este saldo vencerá y deberá cancelarse luego de recibir su estado de cuenta.

Llame a este número si tiene preguntas acerca de su cuenta.



2A50RXQJ:1

CHW11

4721*2A50RXRTV000001