

## Asistencia financiera para sus cuentas del hospital

La política de asistencia financiera de Dignity Health describe los programas de asistencia financiera disponibles para los pacientes no asegurados o subasegurados que cumplen con ciertos requisitos de ingresos para ayudar a pagar los servicios hospitalarios médicamente necesarios proporcionados por Dignity Health. Un paciente no asegurado es alguien no tiene cobertura médica, ya sea a través de un seguro privado o un programa gubernamental, y no tiene derecho a recibir un reembolso de nadie por sus cuentas del hospital. Un paciente subasegurado es alguien que tiene cobertura médica, pero que tiene grandes cuentas del hospital que su seguro no cubre por completo.

Si le preocupa no ser capaz de pagar su cuenta del hospital, Dignity Health le ofrece cuidado de descuento, planes de pago sin intereses o cuidado gratuito según sus circunstancias financieras y la atención que recibió. Un miembro de nuestro equipo de Servicios financieros para pacientes puede ayudarlo a determinar si califica para la asistencia financiera y puede guiarlo a través del proceso de aplicación.

## Elegibilidad para el programa gubernamental

Para obtener más información sobre los programas patrocinados por el gobierno como Medi-Cal, Medicaid, Medicare y Healthy Families, visite **[www.healthcare.gov](http://www.healthcare.gov)**. También hay asesores financieros disponibles en todos los hospitales Dignity Health para ayudarlo.

## Nuestra misión

Dignity Health está comprometido en promover el ministerio sanador de Jesús. Dedicamos nuestros recursos para:

- Brindar servicios de salud asequibles, de alta calidad y compasivos;
- Servir y abogar por nuestras hermanas y hermanos que son pobres y privados de representación; y
- Colaborar con otros en la comunidad para mejorar la calidad de vida.

## Nuestro compromiso con usted

Nuestro equipo de Servicios financieros para pacientes está aquí para ayudarlo a comprender su cuenta y las opciones de asistencia financiera que pueden estar disponibles para usted. Si no puede pagar su cuenta, o le gustaría establecer un plan de pago, comuníquese con nosotros.

Comprensión  
de su cuenta del  
hospital

y opciones  
de asistencia  
financiera  
disponibles  
para usted

## Comprensión de su cuenta

La cuenta que recibe de Dignity Health reflejará los cargos asociados con su hospitalización (por ejemplo: su habitación, procedimientos, exámenes, atención de enfermería y medicamentos). Nuestro equipo de Servicios financieros para pacientes puede proporcionarle un estimado de cuáles podrían ser sus cargos antes de recibir la atención. También puede solicitar un estado de cuenta detallado después de dejar el hospital llamando a Servicios financieros para pacientes.

Este es su **nro. de identificación del trabajador (WID)**. Úselo cuando utilice el sistema telefónico automatizado.

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

Este es su **número de cuenta personal**, téngalo disponible cuando llame con respecto a su cuenta.

**RESUMEN DE SERVICIOS:**  
 FECHA DE LA DECLARACIÓN: 03-08-2016  
 NOMBRE DEL PACIENTE: TEST, DOE  
 NOMBRE DEL GARANTE: DOE TEST  
 N.º DE ID. DEL TRABAJADOR: K12345678

**COSTO TOTAL**  
 \$1,500.00

**AJUSTES Y PAGOS DE SEGURO**  
 -\$750.00

**SUS PAGOS Y DESCUENTOS**  
 -\$250.00

**OPCIONES DE PAGO**  
 ¿TIENE PREGUNTAS SOBRE LA FACTURACIÓN? COMUNIQUESE AL:  
 (800) 228-8888  
 Horario de atención: de lunes a jueves: 8 a. m. a 7 p. m., viernes: 8 a. m. a 5 p. m.

**MONTO QUE VENDE AL RECIBIR LA FACTURA**  
 \$500.00

**FORMAS DE PAGO:**  
 www.DignityHealth.org/billpay  
 (800) 228-8888  
 Para pagos por correo, envíe el cupón que se encuentra más abajo

Número de cuenta	Nombre del paciente	Fecha de inicio del servicio	Costo total	Ajustes y pagos de seguro	Pagos y descuentos del paciente	Montó que debe
1759599X1	TEST, DOE	10-04-2008	\$1,500.00	-\$750.00	-\$250.00	\$500.00

**Número de cuenta**  
1759599X1

**Nombre del paciente**  
TEST, DOE

**Fecha de inicio del servicio**  
10-04-2008

**Costo total**  
\$1,500.00

**Ajustes y pagos de seguro**  
-\$750.00

**Pagos y descuentos del paciente**  
-\$250.00

**Montó que debe**  
\$500.00

Muchas gracias por elegir Dignity Health para cubrir sus necesidades de atención médica. En esta declaración se reflejan los costos por el servicio que usted ha recibido, entre los que se incluyen los pagos que usted o su proveedor de seguro médico hayan hecho. Si tiene alguna consulta sobre su declaración, comuníquese con nosotros al (800) 228-8888. También puede ver su declaración, hacer pagos o arreglos de pago en línea, desde nuestro portal del paciente: [www.DignityHealth.org/billpay](http://www.DignityHealth.org/billpay)

Muchas gracias por elegir Dignity Health para cubrir sus necesidades de atención médica. En esta declaración se reflejan los costos por el servicio que usted ha recibido, entre los que se incluyen los pagos que usted o su proveedor de seguro médico hayan hecho.

**Se requiere prueba de seguro**  
 Si usted no ha entregado una prueba de cobertura médica por el monto especificado en esta factura a Dignity Health, es importante que recibamos toda la información concerniente a la cobertura médica u otra fuente de pago de su factura, como programas de cobertura médica promovidos por el estado o seguros de responsabilidad civil. Para obtener más información, consulte el reverso de esta factura.

**Política de asistencia financiera de Dignity Health**  
 Si necesita ayuda para pagar su factura, puede ser elegible para obtener asistencia financiera, lo que incluye atención gratuita, descuentos o un plan de pagos de acuerdo con la Política de asistencia financiera de Dignity Health. Para obtener más información sobre la Política de asistencia financiera de Dignity Health, consulte el reverso de esta factura.

Desprenda el cupón y envíe junto con el pago

**SOLO CORREO NO ENTREGABLE**  
 9800 CENTRE PARKWAY  
 #1100  
 HOUSTON, TX 77036

**NOMBRE DEL GARANTE** TEST, DOE  
**N.º DE ID. DEL TRABAJADOR** K12345678 **MONTO A PAGAR** \$500.00  
**FECHA DE VENCIMIENTO** 3/28/2016 **PAGO ADJUNTO**

**FORMAS DE PAGO:**  
 Escanee el código QR que se encuentra a la izquierda  
 Llame al (800) 228-8888  
 Visite [www.DignityHealth.org/billpay](http://www.DignityHealth.org/billpay)  
 Para pagos por correo, envíe este cupón con el pago

**Emita un cheque a nombre de la compañía y remita el pago a la siguiente dirección:**  
 DIGNITY HEALTH  
 3400 DATA DRIVE  
 RANCHO CORDOVA, CA 95670

DOE TEST  
 123 MAIN ST  
 APT G  
 LOS ANGELES, ST 12345-2345

CHWCRH105 STAT1 Page 1 of 1

## Pago de su cuenta

Si nos ha proporcionado la información de su seguro, enviaremos un reclamo en su nombre. Cuando el monto que adeuda sea determinado por el hospital o la compañía de seguros le enviaremos una notificación de “Saldo adeudado”, como la que está impresa a la izquierda.

## Formas de pago

En línea: [www.dignityhealth.org/billpay](http://www.dignityhealth.org/billpay)

Por teléfono: llamando al número que figura en su estado de cuenta como el que está impreso a la izquierda.

En persona: Visite su hospital Dignity Health

Aceptamos efectivo, tarjetas de crédito, giros postales, cheque de caja o cheque personal como forma de pago.

## Otras cuentas que podría recibir

Es posible que reciba cuentas adicionales de los médicos o especialistas que asistieron en su cuidado. Esto podría incluir médicos de urgencias, anesthesiólogos, radiólogos, atención médica en el hogar, hospicio y/o patólogos. Estos médicos tienen licencia para atender a los pacientes aquí, pero no son contratados directamente por el hospital, por eso cobran por separado. Para comprender mejor las cuentas que reciba de sus médicos, o para realizar preguntas sobre la Asistencia financiera para ellos, llame a sus consultorios directamente.