

## 医疗费财务援助

Dignity Health 的财务援助政策指的是针对满足特定收入要求的未投保或保险额度不足的患者所实行的财务援助计划，目的是帮助其对由 Dignity Health 提供的必要医疗服务支付费用。未投保患者指没有医疗保险（私人保险或政府计划保险）的人以及那些医疗费用无权得到报销的患者。保险额度不足的患者是指有医疗保险，但其承保金额无法全额支付医疗费用的患者。

如果您担心无法支付医疗费用，Dignity Health 可为您提供折扣治疗、免息分期付款计划，或根据您的经济情况及所接受的治疗提供免费治疗。我们的患者财务服务团队成员可帮助确定您是否符合获得财务援助的资格，并可指导您完成我们的申请流程。

## 政府计划资格

如需有关政府赞助计划，如加州医疗补助计划 (Medi-Cal)、美国医疗补助计划、联邦医疗保险和健康家庭计划的更多信息，请访问

**[www.healthcare.gov](http://www.healthcare.gov)**.Dignity Health

各家医院均有财务咨询师可为您提供帮助。

## 我们的使命

Dignity Health 致力于耶稣基督治病救人的神圣职责发扬光大。我们将医疗资源专注投入于：

- 提供富于爱心、高品质、经济实惠的医疗服务；
- 服务并支持我们贫困和缺失相关权利的兄弟姐妹们；同时
- 与社区内的其他人一起合作改善生活质量。

## 我们对您的承诺

我们的患者财务服务团队可随时帮助您了解您的医疗费用和您可能适用的财务援助选项。如果您无法支付医疗费用，或希望建立一个付款计划，请与我们联系。

# 了解您的医疗费用

# 和适用的财务援助选项

## 了解您的医疗费用

Dignity Health 提供给您的账单将反映与您的住院相关的费用（如：病房、手术、身体检查、护理和药物）。我们的患者财务服务团队可在您接受治疗之前为您提前估算可能产生的费用。您也可在出院之后联系患者财务服务团队请求获得账单明细。

此为您的 WID 号码。使用自动电话系统时，请提供此号码。

此为您的费用及任何付款或调整款项的汇总。

此为您的私人账号，就账户问题致电时，请提供此帐号。



感谢您选择 Dignity Health 为您提供医疗保健服务满足您的需求。此账单反映了您所接受服务的费用，包括您及您的保险供应商已支付的任何款项。如对您的账单有任何疑问，请致电 1-800-234-5678 与我们联系，如果想在查看账单、进行付款或安排付款，请访问我们的在线患者门户：[www.DignityHealth.org/billpay](http://www.DignityHealth.org/billpay)

**服务摘要**

账单日期: 2016 年 3 月 8 日  
患者姓名: TEST, DOE  
投保人姓名: DOE TEST  
WID 号码: K12345678

**总费用**  
1500 美元

**保险支付和调整款项**  
- 750 美元

**您的付款和折扣**  
- 250 美元

扫描下方二维码  
访问我们的网站  
并在线支付！

**付款选项**

**账单问题?**  
请致电:  
1-800-234-5678

营业时间: 周一 — 周四早 8:00 — 晚 7:00,  
周五早 8:00 — 晚 5:00

**收到账单时应付金额**  
500 美元

**支付方式:**  
[www.DignityHealth.org/billpay](http://www.DignityHealth.org/billpay)  
1-800-234-5678  
发送邮件，返回如下所示存根

| 账号        | 患者姓名      | 服务日期       | 总费用     | 保险支付和调整款项 | 患者支付和折扣 | 欠款     |
|-----------|-----------|------------|---------|-----------|---------|--------|
| 1759599X1 | TEST, DOE | 10-04-2008 | 1500 美元 | -750 美元   | -250 美元 | 500 美元 |

感谢您选择 Dignity Health 为您提供医疗保健服务满足您的需求。此账单反映了您所接受服务的费用，包括您和您的保险供应商已支付的的任何款项。

**必要保险证明**  
如果您尚未就此账单中的费用向 Dignity Health 提供您的承保范围证明，则务必向我们提供有关您账单任何保险承保范围或其他付款来源的相关信息，包括政府赞助的责任保险医疗保健计划。其他重要资讯，请查看本账单背面。

**Dignity Health 财务援助政策**  
如需帮助以支付账单，您可能有权申请财务援助，包括免费医治、折扣或符合 Dignity Health 财务援助政策的付款计划，有关 Dignity Health 财务援助计划的详细资讯，请参阅本账单背面。

请折下下半部分并随付款一起寄回

仅适用于无法送达的邮件  
9800 CENTER PARKWAY  
#1100  
HOUSTON, TX 77036

如有新的保险信息、地址更换或出现错误，请致电 1-800-234-5678 与我们联系

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

投保人姓名 TEST, DOE

WID 号码 K12345678 应付金额 500 美元

应付日期 2016 年 3 月 28 日 付款随附

支付方式...  
扫描二维码  
致电 1-800-234-5678  
访问 [www.DignityHealth.org/billpay](http://www.DignityHealth.org/billpay)  
发送邮件，请将付款与此部分一并寄回

支票和汇款抬头请写:  
DIGNITY HEALTH  
3400 DATE DRIVE  
RANCHO CORDOVA, CA 95670

CHWCRH105 STAT1 Page 1 of 1

## 付款

如果您已向我们提供了您的保险信息，我们将代您提交一份索赔资料。当您的欠款额度经医院或保险公司确定，我们将向您发送一份“结欠余额”通知单，如左图。

## 支付方式

在线支付: [www.dignityhealth.org/billpay](http://www.dignityhealth.org/billpay)

电话支付: 通过拨打账单上的电话号码，见左图

人工支付: 请前往 Dignity Health 医院

我们支持现金、信用卡、汇款单、银行本票或个人支票付款。

## 其他您可能收到的账单

您还可能会收到来自协助治疗的医生或专家的其他账单。其中可能包括急诊医师、麻醉师、放射科医生、家庭健康医生、临终关怀人员和 / 或病理学家。这些医生经授权可以在此为患者提供治疗，但是他们并不直接受雇于医院，所以这些账单需单独支付。为了更好地了解您可能收到的账单，或为了更好地就财务援助问题向医生进行咨询，请直接致电医生办公室。