Tri-City Medical Center

Resumen de Información de Facturación Importante para Pacientes Sin Seguro o Insuficientemente Asegurados

Gracias por escoger a Tri-City Health Care District para sus servicios hospitalarios. Este material informativo está diseñado para ayudar a nuestros pacientes a comprender nuestro proceso de facturación, las opciones de pago, y los servicios disponibles.

Asistencia Financiera (Cuidado de Caridad/Atención Caritativa, en inglés Charity Care) está disponible si usted no tiene los recursos para pagar sus gastos hospitalarios y no califica para ningún programa gubernamental. Cualquier paciente no asegurado que indique incapacidad para pagar será evaluado para el cuidado de caridad. Además, a discreción del Hospital, cualquier paciente asegurado que indique incapacidad para pagar lo que es su responsabilidad después de que su seguro haya pagado será evaluado para el cuidado de caridad.

Esta información aplica solamente a su factura/cuenta del hospital y no incluye ninguna factura recibida de los médicos, anestesiólogos, exámenes de laboratorio, profesionales clínicos, compañías de ambulancia, etc. que podrían facturarle separadamente por sus servicios.

Como se define en la Sección 127450 del Código de Salud y Seguridad de California, Capítulo 2.5 de la División 107, a un médico de emergencia que provee servicios médicos de emergencia en un hospital, también se le requiere por ley proveer descuentos al paciente o a los pacientes no asegurados.

Elegibilidad para Medi-Cal y Programa Gubernamental:
Usted podría ser elegible para recibir beneficios de un programa de beneficios de salud patrocinado por el gobierno. Tri-City Health Care District (el distrito de salud Tri-City) tiene personal disponible para asistirle con la solicitud para asistencia gubernamental para pagar su factura de hospital. Este centro también contrata con una compañía que podría asistirle aún más de ser necesario. Para asistencia, favor de contactar al 760-940-7059 o al 760-940-7064.

Asistencia Financiera del Condado de San Diego:
El 2-1-1 de San Diego puede ayudarle a localizar asistencia financiera para los pagos de su factura de electricidad, gastos médicos, programas públicos, consultas acerca de préstamos hipotecarios y más. Usted puede comunicarse con el programa llamando al 2-1-1 desde el teléfono de su casa, teléfono celular, o mediante este enlace: http://211sandiego.org/financial-assistance

Programa de Asistencia Financiera de Tri-City Health Care District:
Los pacientes sin seguro o los pacientes que no tengan la capacidad de pagar sus facturas podrían ser elegibles para la asistencia de caridad. La elegibilidad para recibir esta caridad se basa en los ingresos y el tamaño de la familia. El Formulario de Solicitud de Evaluación para Asistencia Financiera va anexo. Si usted tiene alguna pregunta o si a usted le gustaría efectuar el pago por teléfono, por favor entre en contacto con la Oficina de Facturación al 760-940-5912.

¿Cómo Aplico para Asistencia Financiera?

Tri-City Medical Center

Usted puede obtener un formulario de solicitud para asistencia financiera en el Departamento de Acceso de Pacientes o llamando a la Oficina de Facturación al 760-940-5912. La Oficina de Facturación le enviará por correo el formulario para que usted lo llene, incluyendo instrucciones acerca de dónde enviarlo por correo una vez que esté completo, conjuntamente con la documentación requerida acerca de sus ingresos. Un formulario de solicitud también va anexo y lo puede encontrar en la última página de este material informativo. Para procesar su solicitud de caridad, con su solicitud usted tiene que proporcionar (enviar) una declaración de impuestos reciente, talones/comprobantes de pago de sueldo, historial de su salario (sueldo) por parte de su empleador, etc.

La Oficina de Facturación procesará su solicitud y, como parte de este proceso, podría necesitar contactarle y solicitar información adicional. Si usted necesita ayuda para llenar el formulario, por favor llame al 760-940-5912.

¿Cómo funciona el proceso de notificación?
Una vez que el proceso de elegibilidad esté completo, usted recibirá una carta de notificación de asistencia financiera por correo. El formulario indicará si usted es elegible para asistencia financiera completa o parcial. Usted podría recibir una notificación indicando que no es elegible para asistencia financiera o que es necesario obtener más información para poder tomar una determinación. Si usted aplicó al mismo tiempo para otro programa de cobertura médica, su solicitud para recibir asistencia financiera podría retenerse (quedar pendiente) hasta que se haya determinado el resultado de esa solicitud. Instrucciones para Completar la Solicitud para Asistencia Financiera: A razón de poder determinar si usted califica para cuidado de caridad u otra asistencia financiera, por favor llene el formulario de evaluación para asistencia financiara que va anexo. Además, pedimos copias de los siguientes documentos:

- Talones/comprobantes de pago de sueldo vigentes (válidos/actuales) u otras declaraciones de ingreso de todos los miembros de la familia
- Estados de cuentas bancarias vigentes de todos los miembros de la familia
- Declaración de impuestos del año anterior
- Gastos domésticos mensuales no incluidos en el formulario de solicitud

Una vez que estén completos, el formulario de solicitud y los documentos de apoyo que lo acompañan pueden entregarse a cualquier miembro del equipo de registro, al cajero, o al personal dd servicios fincieros

Tri-City Medical Center

Formulario de solicitud de asistencia financiera

Proporcionado de acuerdo con Cal. Código de salud y seguridad §127425(e)(5)

Fecha de aplicación:	Fecha de Servicio:
Nombre del Paciente:	Número de cuenta:
Dirección:	Número de teléfono:
Ciudad, Estado, y código postal:	Fecha de nacimiento del paciente:

Si tiene alguna pregunta sobre cómo completar este formulario por favor llame al 760-940-5912.

1) El paciente era residente de California en el momento del servicio? Si No_
2) Tenía el paciente seguro médico al momento del servicio? Si No_
3) Tenía el paciente cobertura de Medical activa al momento del servicio? Si No_

**Si respondió si a las preguntas 2 o 3, adjunte una copia de su tarjeta de seguro o de Medical a esta solicitud.

INGRESO:

- **Se deben divulgar los ingresos de todos los miembros adultos de la familia.** Los ingresos incluyen salarios brutos (antes de impuestos), ingresos por alquileres, compensación por desempleo, beneficios de seguridad social, asistencia pública, dividendos e intereses, etc.
- "Familia" se define de la siguiente manera: (i) para personas de 18 años de edad o más, familia significa cónyuge, pareja de hecho e hijos dependientes menores de 21 años, ya sea que vivan en casa o no; y para las personas menores de 18 años, familia significa los padres, cuidadores, parientes y otros niños menores de 21 años del padre o pariente a cargo. Si el paciente es menor de edad, la "familia" se define como el paciente, los padres biológicos o adoptivos del paciente y los demás hijos de los padres (naturales o adoptivos) que viven en el hogar del paciente.

Nombre del miembro de la familia	Edad	Fecha de nacimiento	Relación con los padres	Fuente de ingresos o nombre del empleador	Ingresos de 3 meses antes de la fecha de servicio	Ingresos por 12 meses antes de la fecha de servicio

** Adjunte información adicional sobre miembros de la familia si corresponde.

- **Se debe proporcionar comprobante de ingresos en el momento de la solicitud (p. Ej., Talones de pago de tres meses, declaración de impuestos más reciente (formulario 1040 del IRS), etc.).**
- Si declara un ingreso de $ 0, proporcione una declaración por escrito de cómo usted (o el paciente) está sobreviviendo económicamente incluyendo quién proporciona comida, refugio, transporte, etc. y cuánto tiempo ha estado sin ingresos.

GASTOS MENSUALES:		**BIENES:** Esta información se puede utilizar si sus ingresos superan el 200% de las pautas del Nivel de pobreza federal para determinar si puede ser elegible para recibir atención con descuento.	
Alquiler / hipoteca mensual	$	**Cuenta de cheques**	$
Utilidades	$	**Cuenta de ahorros**	$
Pago del coche	$	**Propiedad empresarial**	$
Gastos médicos	$	**Acciones y bonos**	$
Primas de seguros (vida, hogar, automóvil, médica)	$	**Bienes raíces (excluida la residencia principal)**	$
Ropa, comestibles, artículos para el hogar	$		
Otras deudas/gastos (por ejemplo, manutención infantil, préstamos, otros)	$		

Mi firma a continuación certifica que todo lo que he indicado en esta solicitud es correcto y está sujeto a revisión bajo auditoría. Entiendo que si se determina que la información que proporciono es falsa, se puede negar la asistencia financiera y puedo ser responsable de pagar los servicios prestados.

Firma del aplicante Fecha

Envíe la solicitud completa a:

TRI-CITY MEDICAL CENTER
ATTENTION PATIENT ACCOUNTING/CSR
4002 VISTA WAY
OCEANSIDE CA 92056