

## *Nuestros Servicios*

Patient Financial Services está compuesto de varios departamentos: Admisiones y Registro, así como la Oficina de Negocios de Pacientes, la cual es responsable de todas las facturas y cobros.

Nosotros hemos abierto una cuenta de paciente a su nombre donde archivaremos todas las transacciones financieras relacionadas con sus cuidados. Si usted nos ha proporcionado datos de seguros, nosotros presentaremos un reclamo en su nombre y le mantendremos informado de los resultados. Note que la mayoría de los doctores son médicos independientes y no son empleados o representantes de un hospital. Ellos le facturarán a usted y o a su compañía de seguros por separado.

Si usted tiene preguntas, por favor llame al número de teléfono de Servicios al Cliente que aparece en su estado de cuenta. Para su conveniencia, éste también aparece al reverso de este folleto.

Están servicios de traducción disponibles a su gusto sin ningún costo.

## *Política de Asistencia Financiera*

Adventist Health proporciona descuentos de asistencia financiera a pacientes elegibles de bajos o moderado ingresos. Si usted no puede pagar parte de su factura, por favor comuníquese con nuestro Departamento de Servicio al Cliente. Nosotros revisaremos su situación financiera para determinar si es elegible para asistencia financiera.

## *Cómo Localizarnos*

Si usted tiene alguna pregunta acerca de su factura, por favor comuníquese con nuestro Departamento de Servicio al Cliente.

Teléfono: (503) 815-2306

Fax: (503) 815-2330

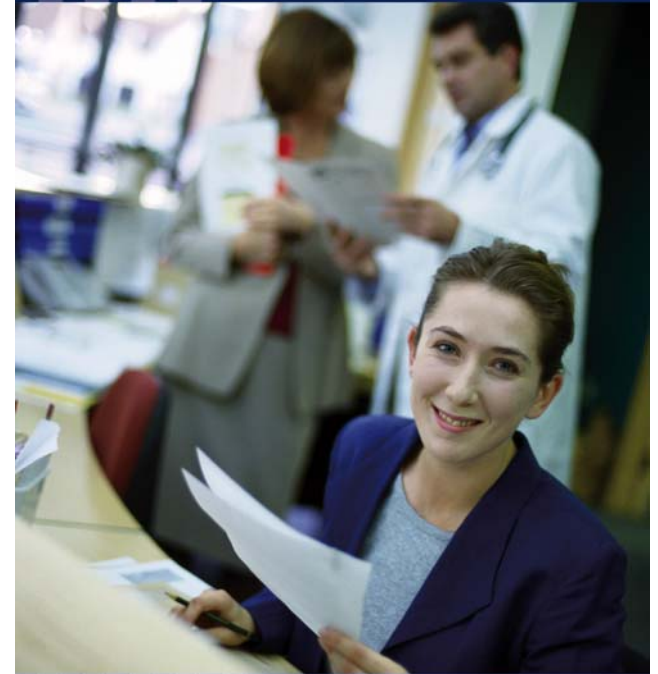


*Tillamook County  
General Hospital*

1000 Third Street  
Tillamook, OR 97141

[www.TCGH.com](http://www.TCGH.com)

## *Su Cuenta de Hospital*



Nosotros sabemos  
que usted está aquí  
para mejorarse.

Patient Financial  
Services está aquí  
para hacer el proceso  
de cobro lo menos  
doloroso posible.

## Para Entender Su Estado de Cuenta

Para ayudarle a leer su factura, a la derecha está una muestra de un estado de cuentas.

Por favor ponga mucha atención a la casilla de "Mensaje Importante." Nuestra Oficina de Negocios del Paciente puede usarla para proporcionar datos o pedirle a usted que:

- Se comunice con su compañía de seguros
- Solicite asistencia financiera
- Se comunice con nuestra oficina de cobros
- Haga un pago

Si usted tiene seguro de salud, nosotros cobraremos a su plan de salud y le enviaremos a usted un estado de cuentas. Usted debería pagar solamente su deducible y co-seguro en este momento. Una vez que su compañía de seguros ha procesado su reclamo, nosotros le enviaremos a usted otro estado de cuentas. Usted entonces deberá pagar cualquier balance pendiente.

Si usted no tiene seguro, el primer estado de cuentas que reciba será su factura.

Se espera su pago por completo cuando usted recibe una factura solicitando el pago por completo. Si necesita hacer otros arreglos financieros, por favor llame a nuestro Departamento de Servicio al Cliente.

## Pagando su Cuenta

Nuestros asesores financieros pueden ayudarle entender su cobertura de seguros, solicitar asistencia del gobierno o hacer arreglos de pago.

También con gusto le proporcionaremos un estado de cobro detallado. Aceptamos VISA, MasterCard, Discover y American Express. También podemos hacer arreglos de planes de pago a corto plazo.

Este MENSAJE IMPORTANTE le dirá si su estado de cuentas es solo para información o si es solo para información o si se debe el pago.

Estos son los planes de seguro que tenemos en archivo para usted. Se facturarán en este orden.

Llame a este número si tiene preguntas acerca su cuenta.

**SU ESTADO DE CUENTA 5/10/2007**

**Adventist Health** ANY ADVENTIST HOSPITAL  
1234 ANY STREET  
ANY TOWN, CA 99999-9900

**► AVISO IMPORTANTE**  
Su aseguranza ha procesado su reclamo. Este balance es su responsabilidad. Por favor haga su pago hoy o llámenos para tratar arreglos financieros.

**► SERVICIOS AMBULATORIOS**

| Descripción                      | Cantidad        |
|----------------------------------|-----------------|
| Farmacia                         | \$ 45.00        |
| Laboratorio                      | 223.00          |
| Radiología                       | 125.00          |
| Provisiones                      | 255.00          |
| Total de servicios al pacientes  | \$648.00        |
| Insurance payment 04/30/07       | \$400.00 -      |
| Insurance discount 04/30/07      | 198.00 -        |
| Total de pagos y ajustes         | \$598.00 -      |
| <b>Saldo actual de la cuenta</b> | <b>\$ 50.00</b> |

**► RESUMEN DE CUENTA**  
Nombre del paciente: John Patient  
Fecha(s) del servicios: 04/17/07-04/20/07  
Número de cuenta: 12345670  
Médico de Cabecera: John Doe

**► INFORMACIÓN DEL SEGURO**  
**Primario**  
Nombre del asegurado: John Q. Patient  
Número de identificación: XXXXX-9999  
**Secundario**  
Nombre del asegurado: Anthem Blue Cross  
Número de identificación: John Q. Patient XXXXX-9999

**► ¿PREGUNTAS? (800) 555-5555**  
Para preguntar acerca de su cuenta llame a Servicios a Cliente al teléfono (800) 555-5555.

**Asistencia Financiera:**  
Adventist Health proporciona descuentos a pacientes de bajo-ingreso. Si usted no puede pagar su cuenta, por favor comuníquese con nuestro Departamento de Servicio al Cliente. Revisaremos su situación financiera para determinar si califica para nuestro programa de asistencia financiera.

FACTURACIÓN A MÉDICOS EN FORMA INDIVIDUAL: Usted podría recibir facturas separadas de los médicos que lo atendieron o de quienes hayan sido consultados en su caso.

LLENE LO SIGUIENTE SI PAGARÁ CON MASTERCARD, DISCOVER, VISA O AMERICAN EXPRESS.  
MARQUE LA TARJETA QUE USARÁ PARA PAGAR

|                                     |                                   |                               |   |
|-------------------------------------|-----------------------------------|-------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> MASTERCARD | <input type="checkbox"/> DISCOVER | <input type="checkbox"/> VISA | <input type="checkbox"/> AMERICAN EXPRESS |
| NÚMERO DE TARJETA                   | FECHA DE VENCIMIENTO              |                               |   |
| FIRMA                               | NOMBRE DEL PACIENTE               |                               |   |
| JOHN Q. PATIENT                     |                                   | FECHA DE PAGO                 |   |
| NÚMERO DE CUENTA                    |                                   | SALDO A PAGAR                 |   |
| 12345670                            |                                   | \$ 50.00                      |   |
|                                     |                                   | CANTIDAD REMITIDA             |   |
|                                     |                                   |                               |   |

EXTENDER LOS CHEQUES A NOMBRE DE  
ANY ADVENTIST HOSPITAL  
PO BOX 9900  
ANY TOWN, CA 99999-9900

1317 \* S310XAAV0000001  
000003000532876000000001560099999