



Información de facturación

Política de asistencia financiera HMMH – Anexo A

Cargos hospitalarios estimados y parte de la estimación del paciente

Una estimación de gastos del hospital y de la clínica está disponible a petición de los servicios programados de antemano, y se prepara basa en la atención específicamente ordenado por su médico de referencia. Para la atención de emergencia y otros servicios que no están programadas de antemano, se preparará una estimación de los gastos del hospital y la clínica sobre la base de la presentación de signos y síntomas o queja principal. Estimaciones preliminares para todos los cargos de hospitales y clínicas están disponibles en el momento de la admisión para los servicios ambulatorios y baja petición durante una hospitalización. Declaraciones detalladas finales están sujetas a la auditoría interna para la integridad de la carga y pueden no estar disponibles por un período de tiempo de hasta 72 horas después de la descarga.

Facturación de su seguro de salud

Si usted tiene seguro de salud, el hospital cuenta a su seguro para los gastos en exceso de su copago, deducible y/o co-seguro que se vencen al tiempo de servicio. Si usted no tiene seguro de salud, gastos de hospital estimados se debe en el momento del servicio.

En 3-5 días después de su descarga del hospital, un reclamo será enviado a su compañía de seguros. Después de recibir la reclamación, su compañía de seguros puede contactar para más información. Su pronta respuesta ayudará a su compañía de seguros en el procesamiento de su reclamo de manera oportuna. La compañía de seguros debe pagar su reclamo en 30-45 días. Después de recibir su pago del seguro, nosotros le proporcionaremos con un estado que muestre el pago del seguro y cualquier cantidad que usted puede deber. Su póliza de seguro es un contrato entre usted y su compañía de seguros. Si usted no siguió los términos de su plan de seguro de salud, su compañía de seguros no puede pagar por la totalidad o parte de su cuidado. Vamos a trabajar directamente con su compañía de seguros para procesar su factura del hospital en el momento oportuno. Sin embargo, es posible que en última instancia nos podemos solicitar su ayuda.

Después de recibir el pago de su seguro, le proporcionaremos una declaración de pago otra y la cantidad que debe de garantía limitada. Si usted no paga la parte de paciente excepcional dentro de 14 días siguiente la recepción del pago del seguro, su cuenta que es puede colocado uno de con la agencia externa de la colección. Si el paciente permanece sin pagar a los 120 días de la fecha del vertedero, su cuenta puede ser reportada como delincuentes en el Buró de crédito.



Cuentas con las porciones de pacientes que permanecen sin pagar siguientes intentos de escape interno de recolección pueden venderse a una empresa de cobro externo. Si tu cuenta es vendido a una empresa de cobro externo, Huntsville Memorial Hospital ya no posee la deuda. Todas las comunicaciones con respecto a la parte paciente excepcional y pago de la porción sobresaliente de paciente deben hacerse directamente a la empresa externa de la colección. Estas compañías pueden incluir C & E adquisición Group, LLC; MULTISOURCE International, LLC; y Everest créditos Services, Inc.

Asistencia financiera

Huntsville Memorial Hospital tiene una tradición de servir a los pobres, a los necesitados, y todos los que requiere la atención de salud sin tener en cuenta la capacidad del paciente para pagar los costos de atención de salud. Los pacientes sin seguro pueden completar una solicitud para determinar la clasificación para la asistencia financiera. El hospital Política de Asistencia Financiera (FAP) y la aplicación está disponible a pedido en el Departamento de Admisiones, y también se encuentra en nuestro sitio de Internet hospital www.huntsvillememorial.com.

Este documento proporciona una aclaración con respecto a la metodología utilizada para determinar cantidades generalmente facturados (AGB). El hospital ofrece un 75% de descuento en la factura total por servicios médicos si usted no tiene seguro y no reúne los requisitos para recibir asistencia financiera bajo la Política de Asistencia Financiera del hospital o cualquier otro programa gubernamentales de atención de salud.

Plan de beneficios de la comunidad

De acuerdo con su misión, Huntsville Memorial Hospital se prepara un informe anual de los programas, servicios y beneficios que ofrece a la comunidad. Este informe es información pública. Está archivado con el Departamento de Servicios de Salud del Estado de Tejas y está disponible al público a petición de la oficina de la Información de Salud y Análisis, 1100 West 49th Street, Austin, Tejas, 78756.

Quejas

Si usted tiene preguntas o inquietudes acerca de los cargos por los servicios o atención recibida, por favor llame a 936-291-3411 para asistencia. Si su queja no puede ser resuelta por Huntsville Memorial Hospital, usted puede presentar una queja ante el Departamento de Servicios de Salud del Estado de Tejas por teléfono al 1-888-973-0022. También puede presentar por correo a: Grupo de Centro de Salud de Cumplimiento (MC1979), Departamento de Servicios de Salud del Estado de Tejas, P.O. Box 14937, Austin, Tejas 78714-9347.



Planes de salud contratados

Huntsville Memorial Hospital y sus clínicas están contratados con los siguientes contribuyentes:

Intercambio de Aetna	Medicare
Planes de salud de Aetna de Tejas	Molina Healthcare of Texas, Inc.
Aetna Medicare Advantage Network	Molina Healthcare of Texas, Inc. (Estrella para los niños)
Blue Cross Blue Shield intercambio de Tejas	Salud Plan enmienda para niños de Tejas (estrella Medicaid)
Blue Cross Blue Shield de Tejas tradicional, PPO y POS	Plan de salud para niños de Tejas administrado de Medicaid
Care Improvement Plus	Texas Healthspring (Medicare HMO)
Medicaid de Community Health Choice, Inc.	Texas los niños primero, LLC
Humana Care Choice Network	Three Rivers Provider Network (TRPN)
Humana Military Services (TRICARE)	United Healthcare
Medicaid	United Healthcare CHIP

Por favor, póngase en contacto con su plan de salud antes de la visita de hospitales y clínicas para determinar si es o no su plan se considera dentro o fuera de la red. Su representante del plan puede responder a las preguntas relativas a las limitaciones de cobertura generales y los gastos de bolsillo que pueda incurrir. Es posible que tenga la obligación de notificar a su plan de salud con antelación para obtener referencias y/o autorización para la atención que se presta en un hospital o clínica.

Los médicos y otros proveedores

Además de los cargos del hospital, usted recibirá facturas separadas de los médicos y otros proveedores que participaron en su atención. Estos proveedores incluyen a su médico de referencia, médico asistente y especialistas que son contratados por separado con planes de salud. Se rigen por reglas y procedimientos de facturación que no son los mismos que el hospital o la clínica. Tienen diferentes criterios para la solicitud y calificación de la asistencia financiera. Las preguntas de facturación de estos proveedores deben dirigirse a sus oficinas individuales. La información de contacto se proporciona a continuación para médicos de la sala de emergencias, radiólogos, patólogos, anestesiólogos y hospitalistas. Si tiene preguntas con respecto a un proveedor específico de servicio que no aparece a continuación, comuníquese con nosotros al 936-291-3411.



❖ **Médicos de Emergencias del Hospital de HMH**
Equipo de salud
2620 Ridgewood Road #300
Akron, OH 44313
(888) 952-6772

❖ **Anestesiólogos**
Anestesia de la Premier
2655 Northwinds Pkwy
Alpharetta, GA 30009
(877) 742-0399

❖ **Patólogos**
Sagis Diagnostics
4131 Directores Row
Houston, TX 77092
(877)-697-2447

❖ **Radiólogos**
Radiología de Bryan Associates
2722 Osler Blvd., P.O. Box 5306
Bryan, TX 77805
(979) 776-8291

❖ **Hospitalistas**
Hospitalista Doc
PO BOX 946
Montgomery TX 77356
(281) 408-4108

AVISO

Acceso de los consumidores a la información sanitaria

Proyecto de ley del Senado de Tejas 1731

Los siguientes son disponibles para los consumidores que lo soliciten:

Una lista de los planes de atención administrada con la instalación participa;

Una lista de médicos basados en instalaciones con privilegios para practicar en esta instalación;

Una estimación dentro de los 10 días antes de la programación de un procedimiento;

La política de facturación del hospital.

Los consumidores tienen derecho a lo siguiente:

Para pedir a los médicos de los establecimientos sanitarios acerca de su estado de la red y la responsabilidad del consumidor para el balance de cuentas.

Los médicos que prestan sus servicios pueden no estar dentro de la red, por lo tanto, el consumidor puede estar sujeto a la facturación del saldo de fuera de la red de proveedores.