

- South Georgia Medical Center
- Smith Northview Hospital  
Un campus de South Georgia Medical Center
- Campus Lanier del SGMC
- Campus Berrien del SGMC

## Una guía de la factura y las políticas financieras de su hospital

### QUÉ ESPERAR DESPUÉS DE RECIBIR NUESTROS SERVICIOS

Una vez brindados los servicios, se ingresarán todos los cargos y códigos de diagnóstico. Usted recibirá una factura resumen diez (10) días después de haberse brindado los servicios. Esta factura resume los cargos ingresados en su cuenta. Esta factura es solo para su información. Si usted proporcionó la información de su seguro, se presentará una vez que su cuenta esté completa. Una vez se haya recibido el pago o el rechazo del mismo, usted comenzará a recibir estados de cuenta mensuales del saldo adeudado. Comuníquese con los Servicios financieros para pacientes para establecer un acuerdo de pago o solicitar asistencia financiera para que su cuenta no esté sujeta a actividades de cobranza, incluyendo cobranza externa y servicios legales. Estamos aquí para ayudarle. Comuníquese con nosotros antes de que su cuenta sea derivada al departamento de cobranzas.

### SU FACTURA VENCE EN EL MOMENTO DEL ALTA

South Georgia Medical Center (SGMC, por sus siglas en inglés) presentará un reclamo en su nombre (cuando corresponda), y hará todos los esfuerzos necesarios para obtener el pago de su aseguradora, o de cualquier tercero que pueda ser responsable de su factura. Sin embargo, como paciente o garante, la responsabilidad última del pago es suya. Recuerde: la cobertura de su internación es un contrato entre usted y su aseguradora y, aunque nosotros cooperaremos al máximo para acelerar su reclamo, usted es el responsable último del pago de su cuenta.

### PACIENTES CON SEGURO

Si usted está asegurado, debe presentar su tarjeta del seguro o alguna otra identificación del seguro en el momento de su registro, o lo antes posible. SGMC presentará el reclamo a su seguro en su nombre. Si usted recibe servicios de internación, el hospital obtendrá una pre-certificación en su nombre. Si usted recibe servicios ambulatorios, usted o su médico son los responsables de obtener la pre-certificación necesaria. Sin considerar quién obtiene las pre-certificaciones, usted es el responsable último de asegurarse de que los servicios estén cubiertos por su aseguradora.

### PACIENTES CON MEDICARE

Si usted cuenta con cobertura de Medicare, debe presentar su tarjeta Medicare y firmar los formularios necesarios en el momento del registro. SGMC presentará su reclamo en su nombre. Usted debe saber que Medicare no cubrirá el total de su factura. Usted es responsable de los deducibles, el coaseguro, el diferencial por habitación privada y otros elementos no cubiertos.

### PACIENTES CON MEDICAID

Si usted cuenta con cobertura de Medicaid, debe presentar su tarjeta y firmar los formularios necesarios en el momento del registro. SGMC presentará su reclamo en su nombre. Si usted solicitó Medicaid, pero no fue aprobado en el momento del servicio, debe presentar su tarjeta Medicaid a los Servicios financieros para pacientes cuando la reciba para que podamos presentar su reclamo. Si usted quisiera solicitar Medicaid, un asistente social estará disponible para ayudarlo con el proceso de solicitud.

### PACIENTES SIN SEGURO

Si su cobertura médica no es suficiente para pagar su internación, el departamento de Servicios financieros para pacientes puede ayudarlo. Un representante de cuenta de pacientes (PAR, por sus siglas en inglés) puede ayudarle a determinar cuál se ajusta mejor a sus necesidades. Solicite hablar con un PAR si tiene alguna pregunta o inquietud acerca de los saldos adeudados en el momento del alta. Usted puede comunicarse con un representante al (229) 333-1040, o llamar gratis al 1 (877) 225-2071.

### POLÍTICA FINANCIERA

La política financiera de South Georgia Medical Center (SGMC) está diseñada para permitir que cualquier persona que necesite atención crítica y/o de emergencia sea atendida sin considerar su situación financiera o su capacidad de pago. La política también brinda estabilidad financiera a SGMC, equidad para pacientes y terceros y asegura que todos los pacientes que estén financieramente aptos para pagar sus cuentas lo hagan de modo oportuno. La fuente de ingresos de SGMC para cubrir gastos operativos son los ingresos recibidos de sus pacientes; en consecuencia, les solicitamos vuestra colaboración para cumplir sus obligaciones financieras.

Si usted anticipa que tendrá alguna dificultad para financiar su internación, o si usted quisiera solicitar asistencia, comuníquese con Servicios financieros para pacientes al (229) 333-1040, o llame gratis al (877) 225-2071.

## **PROGRAMAS DE ASISTENCIA FINANCIERA**

SGMC brinda atención gratuita o a costo reducido a los pacientes que se ajustan a las políticas financieras del hospital. El cumplimiento de requisitos está basado en los ingresos del hogar y el tamaño de la familia del paciente. En la mayoría de los casos, usted recibirá la aprobación durante las 48 horas posteriores a la presentación de la solicitud. Si tiene alguna pregunta, comuníquese con los Servicios financieros para pacientes.

### **Motivos por los cuales podría negarse la asistencia financiera a los pacientes:**

- Sus ingresos superan las pautas de ingresos y otras pautas;
- Usted no presenta la información obligatoria

### **Servicios que no serán cubiertos:**

- Cirugía estética
- Servicios médicos como radiografías, anestesia, médicos de la sala de emergencias o cualquier prestador privado. Para estos servicios, usted deberá firmar un acuerdo de pago privado/independiente.
- Servicios que no son médicamente necesarios, sin circunstancias atenuantes.

Si usted cree que debería cumplir los requisitos para acceder a la Asistencia financiera de SGMC y quisiera presentar una solicitud, suministre lo siguiente:

- Estado financiero completo
- Ingresos del hogar de los últimos 12 meses: jornales, salarios, propinas, intereses, dividendos, reembolsos sujetos a impuestos, créditos o compensaciones del impuesto a la renta estatal y local, cuota alimenticia recibida, ganancia/pérdida comercial (neta), ganancia/pérdida de capital, distribuciones IRA, pensiones y anualidades. Ingresos por alquiler de bienes raíces, ganancia/pérdida rural (neta), regalías, asociaciones, corporaciones S, fideicomisos, compensación por desempleo, beneficios de la seguridad social, beneficios de veteranos, seguro de accidentes de trabajos y discapacidad.
- Copia de la declaración de impuestos completa del año anterior.

South Georgia Medical Center ofrece a todos los pacientes la oportunidad de solicitar asistencia financiera, ya sea en la forma de un acuerdo de pagos mensuales o servicios de atención sin compensación.

Si usted presenta una solicitud y es aprobada para acceder a un plan de pagos, le avisaremos de sus términos mensuales de pago. Si usted presenta una solicitud y es aprobada para acceder a servicios sin compensación, le avisaremos de si su factura hospitalaria es cubierta en forma total o parcial.

Para presentar una solicitud, usted debe completar este Estado financiero y suministrar una certificación de ingresos. No se tendrá en cuenta ningún Estado financiero que no sea **presentado en forma completa y/o si usted no suministra una certificación de ingresos**. A modo de certificación de ingresos, usted podrá presentar un talón de cheque de pago, una copia de la declaración de impuestos del año pasado o (si usted no trabajó durante el último año) una declaración que muestre cómo cubre usted sus gastos diarios.

Usted tiene diez (10) días contados a partir de la fecha en que reciba esta información para volver a enviar el Estado financiero completo junto con la certificación de ingresos. Si tiene alguna pregunta acerca del proceso de solicitud, llame a Servicio al Cliente durante nuestro horario de atención al público, de 8 a.m. a 5 p. m. de lunes a viernes.

## **FONDO FIDUCIARIO PARA ATENCIÓN A INDIGENTES**

SGMC participa en el programa del Fondo Fiduciario para la Atención a Indigentes. Nuestras políticas de asistencia financiera están basadas en las pautas del Fondo Fiduciario para la Atención a Indigentes (ICTF, por sus siglas en inglés). Para más información, comuníquese con Servicios financieros para pacientes al (229) 333-1040 o al 1 (877) 225-2071.

Servicios financieros para  
pacientes  
Atención al cliente  
(229) 333-1040 o 1 (877) 225-2071

**Domicilio postal:**  
South Georgia Medical Center  
Servicios financieros para  
pacientes  
P O Box 0070  
Valdosta, GA 31603-0070

# Estado financiero

Instrucciones: 1. En letra de imprenta

2. El formulario debe estar completo, sin espacios en blanco

3. Adjunte copias de las verificaciones de ingresos más recientes (es decir, declaración de impuestos, talones de los cheques, aviso de depósito directo)

4. Firme y feche la solicitud

MONTO TOTAL ADEUDADO:		PAGO MENSUAL DESEADO:	
NOMBRE DEL PACIENTE:		FECHA DE NACIMIENTO:	FECHA DE ADMISIÓN (FECHA ESPERADA SI SE HACE UNA ADMISIÓN ANTICIPADA):
DOMICILIO:		P.O. BOX:	
CIUDAD, ESTADO, CÓDIGO POSTAL:		NÚMERO TELEFÓNICO PARTICULAR:	ANTIGÜEDAD EN EL DOMICILIO ACTUAL?
TOTAL DE PERSONAS EN EL HOGAR (COMO LO DEFINE EL IRS Y PRESENTADO COMO DEDUCCIONES):			

DETALLE ACTIVOS: (Barco, certificados de depósito, acciones, etc.)

DESCRIPCIÓN / NÚMERO DE CUENTA	VALOR ESTIMADO	DESCRIPCIÓN / NÚMERO DE CUENTA	VALOR ESTIMADO

NOMBRE DEL GARANTE:		PARENTESCO CON EL PACIENTE:	
OCUPACIÓN DEL GARANTE:	# DE SEGURIDAD SOCIAL DEL GARANTE:	# DE SEGURIDAD SOCIAL DEL CÓNYUGE:	
NOMBRE DEL CÓNYUGE DEL GARANTE:		EMPLEADOR DEL GARANTE:	NÚMERO DE TELÉFONO:
DOMICILIO DEL EMPLEADOR:		INGRESOS MENSUALES:	
EMPLEADOR DEL CÓNYUGE:		NÚMERO DE TELÉFONO:	INGRESOS MENSUALES:
OTROS INGRESOS (FUENTE) Y MONTO:			
NOMBRE, DOMICILIO Y NÚMERO DE TELÉFONO DEL PARIENTE O AMIGO MÁS CERCANO QUE NO VIVA CON USTED:			
NÚMERO DE TELÉFONO:		PARENTESCO:	

## INFORMACIÓN CREDITICIA

NOMBRE DE LA TARJETA DE CRÉDITO	ADEUDADO	PAGO	OTRAS DEUDAS MÉDICAS	ADEUDADO	PAGO

(1) PAGO DEL PRÉSTAMO AUTOMOTOR

(2) PAGO DEL PRÉSTAMO AUTOMOTOR

**GASTOS MENSUALES Y DEL HOGAR**  ALQUILER  PROPIETARIO  HOGAR MÓVIL  HOGAR

ALQUILER/HIPOTECA PAGADA A:			MONTO MENSUAL:			
SERVICIOS PÚBLICOS:	TELEVISIÓN POR CABLE:	TELÉFONO:	AUTOMÓVIL:	COMBUSTIBLE:	ALIMENTOS:	OTROS:

*ENTIENDO QUE AL FIRMAR A CONTINUACIÓN YO CERTIFICO QUE LA INFORMACIÓN SUMINISTRADA ES VERDADERA Y EXACTA SEGÚN MI LEAL SABER Y ENTENDER. ADEMÁS, EL ABAJO FIRMANTE PRESTA SU CONSENTIMIENTO PARA HACER CONSULTAS ENSU HISTORIA CREDITICIA, INCLUYENDO LA OBTENCIÓN DE UN INFORME CREDITICIO DE UNA AGENCIA DE INFORMACIÓN CREDITICIA.*

FECHA:	SOLICITANTE (EN LETRA DE IMPRENTA):	FIRMA DEL SOLICITANTE:
FECHA:	GARANTE (EN LETRA DE IMPRENTA):	FIRMA DEL GARANTE: