



Entendiendo los Seguros y nuestro Proceso de Facturación



Gracias por elegir a
The Cleveland Clinic
para sus necesidades
de atención médica.
Agradecemos la
confianza que ha
depositado en nosotros.

El propósito de este folleto es abordar preguntas comunes relacionadas con los seguros, la facturación y la ayuda financiera para nuestros servicios. Háganos saber si podemos responder a preguntas adicionales para ayudar a que el aspecto financiero de su experiencia con nosotros sea lo más fácil posible, para que pueda enfocarse en su salud y bienestar.

clevelandclinic.org

Entendiendo los Seguros y nuestro Proceso de Facturación

¿No tiene certeza acerca de lo que cubre su seguro? ¿Tiene problemas para entender a la factura de su médico y su hospital? El equipo de Revenue Cycle Management (RCM) de Cleveland Clinic ha preparado este folleto para responder a las preguntas que pueda tener sobre los seguros, la facturación, la ayuda financiera y los temas relacionados.

Si necesita más información, estamos aquí para ayudar. Llámenos al 216.445.6249 o al número gratuito 866.621.6385.

Nuestra página web también ofrece información sobre seguros y facturación. Visítenos en <http://my.clevelandclinic.org/patients-visitors/billing-insurance/default.aspx>

Seguros

1. ¿Cuándo debo hacer un copago o un pago deducible?

La mayoría de las compañías de seguros requieren que los pacientes paguen una parte de los costos de hospitalización o de visita a su médico. A esto se llama copago o deducible, y estos pagos se hacen generalmente antes de su cita, procedimiento o admisión. Si no se realizan estos pagos, tal vez tengamos que reprogramar su cita. Si tiene alguna pregunta cuando venga a atenderse, el consejero financiero en esa área puede ayudar.

2. ¿Qué son los deducibles, los copagos y los “coaseguros”?

Estos son términos de costos compartidos de seguros y son los montos que puede que tenga que pagar.

- El deducible es el monto que usted paga antes de que su seguro comience a pagar y puede no aplicarse a todos los servicios.
- El coaseguro es su parte de los costos y por lo general se calcula como un porcentaje del cargo total por el servicio.
- El copago es un monto fijo que se paga por lo general cuando recibe el servicio y puede variar según el tipo de servicio.

Para obtener una lista de términos, vaya a: www.healthcare.gov/glossary

3. **Tengo cirugía programada pronto. ¿Cómo sé que será cubierta?**

Muchos planes de seguro requieren autorización previa (a veces llamada precertificación) para servicios como la cirugía con ingreso. Cuando Cleveland Clinic programa estos servicios, consultamos con la compañía de seguros del paciente. Si no aprueban el servicio, notificamos al paciente antes de que el servicio se lleve a cabo. Los pacientes que deciden continuar con el servicio son responsables del pago.

Si va a someterse a una cirugía en cualquier local de cirugía para pacientes hospitalizados o ambulatorios de Cleveland Clinic, también puede ver un video en línea gratuito que puede ayudarle a entender lo que cubre su seguro, incluidos las referencias, las certificaciones previas y los costos de su propio bolsillo.

Para acceder a este video, visite: <http://my.clevelandclinic.org/patients-visitors/billing-insurance/default.aspx>.

4. **¿Por qué tengo que llamar a mi compañía de seguros dentro de las 48 horas?**

Durante una conversación con su compañía de seguros, identificamos una posible discrepancia con la información personal

que su compañía de seguros tiene, como por ejemplo:

- Número de Seguro Social – puede no coincidir para el suscriptor o dependiente.
- Nombre – puede estar mal escrito o ser diferente.
- Fecha de Nacimiento – puede ser diferente para el suscriptor o dependiente
- Coordinación de Beneficios (COB) – el orden en que su(s) seguro(s) debe facturarse puede no coincidir. Esto podría hacer que su compañía de seguros se niegue a pagar por su visita porque creen que otra póliza de seguro que usted mantenga tiene la responsabilidad principal de pagar.

5. **Mi médico de cabecera quiere que vea a un especialista. ¿Cómo sé que estaré cubierto?**

Consulte con su compañía de seguros. La mayoría de los planes de atención administrados, las organizaciones de mantenimiento de salud (health maintenance organizations, HMO) y el punto de servicio (point of service, POS) requieren una referencia de un médico de cabecera antes de que cubran una visita a un especialista. Converse con su médico de cabecera antes de programar una cita con un especialista de Cleveland Clinic – y si se requiere una referencia, asegúrese de obtener una. Si una referencia es necesaria y que no le dan una, su cita con el especialista puede que tenga que ser reprogramada, o usted puede ser responsable de pagar por la visita.

6. **¿Cómo voy a estar cubierto si me colocan en estado de observación?**

Cuando su médico le coloca en estado de observación, esto significa que nuestro personal clínico le va a monitorear durante las próximas horas. Su período de

observación se utilizará para determinar si se le puede enviar a casa o si necesita ser admitido como paciente del hospital. El estado de observación incluye los servicios médicos razonables y necesarios, como los tratamientos en curso a corto plazo, las evaluaciones y el monitoreo cercano, las pruebas y ciertos procedimientos. El estado de observación durante 24 a 48 horas está generalmente cubierto por los planes de atención médica. Si se extiende más allá de eso, usted puede ser financieramente responsable de la atención adicional.

Las compañías de seguros requieren que facturemos todo el cuidado del estado de observación como servicios ambulatorios. Si tiene preguntas acerca de cómo su plan de atención médica trata a los servicios de observación y si éstas están cubiertas como atención ambulatoria, contacte a su compañía de seguros.

Si es suscriptor de Medicare, el estado de observación no se considera una hospitalización y no afecta a sus beneficios de la Parte A de Medicare. No se utilizan los días de hospitalización, y no se requiere el deducible de la Parte A. Esto también significa que el estado de observación no cuenta para el requisito de estancia calificada de tres días para la admisión en un centro de enfermería especializada.

El estado de observación está cubierto por la Parte B de Medicare. Hay un deducible anual y un copago por estos servicios. Además, debe saber que mientras está en el hospital durante un período de observación de pacientes ambulatorios, Medicare no paga por los “fármacos autoadministrados” como medicamentos orales, gotas para los ojos, cremas, gotas para los oídos, pomadas, inhaladores, supositorios e insulina, incluso si una enfermera se los

administra. Si tiene preguntas acerca de los servicios de estado de observación cubiertos por Medicare, llame al 1.800.MEDICARE (1.800.633.4227).

7. No tengo seguro de salud. ¿Cuáles son mis opciones?

Llame a RCM al 216.445.6249 o llame gratis al 866.621.6385, y estaremos encantados de informarle acerca de los programas de ayuda financiera disponibles a través del gobierno y de Cleveland Clinic y cómo solicitarlos.

Un resumen de la política de ayuda financiera de Cleveland Clinic y la solicitud de ayuda financiera se puede encontrar en www.ccf.org/financialassistance.

Para obtener más información, vea nuestro video en línea gratuito en: <http://my.clevelandclinic.org/patients-visitors/billing-insurance/financial-assistance.aspx>.

8. ¿Tengo alguna opción si recientemente perdí mi trabajo?

Si está desempleado y ya no está cubierto por el seguro, usted puede ser elegible para COBRA, un programa de seguros establecido por el gobierno federal para proveer beneficios de atención médica temporales a las personas desempleadas. Si no puede hacer los pagos mensuales, puede ser elegible para un programa en el que Cleveland Clinic pague a COBRA en su nombre para un curso específico de tratamiento y período de tiempo. Si no califica, será evaluado para otros programas de ayuda.

Para obtener más información, vea nuestro video en línea gratuito en: <http://my.clevelandclinic.org/patients-visitors/billing-insurance/financial-assistance.aspx>.

9. ¿Qué es un Aviso Anticipado de Beneficiario?

Un Aviso Anticipado de Beneficiario (Advance Beneficiary Notice, ABN) es un formulario que usted firma que le permite saber de antemano que usted puede tener que pagar por un examen que su médico le ha prescrito.

Por ley, Medicare solo pagará por los servicios que se determinan como “razonables y necesarios”. Cleveland Clinic cree que los médicos están en la mejor posición de saber lo que sus pacientes necesitan. Sin embargo, en algunos casos, Medicare no pagará por las pruebas a pesar de que el médico considere que son necesarias. Si Medicare no paga por estos servicios, entonces usted será responsable por el saldo.

10. ¿Por qué quiere que firme un ABN?

Aunque Medicare paga por la mayoría de los exámenes de laboratorio y rayos X, no va a pagar por algunas pruebas en determinadas circunstancias. Cuando eso sucede, Cleveland Clinic debe pedir al paciente que pague por estos servicios.

La razón por la que se le pide que firme un ABN ahora es que creemos, en base a la información que recibimos de su médico, que Medicare negará el pago de su prueba. Medicare exige que le notifiquemos por escrito cuando es probable que usted tenga que pagar la factura.

11. ¿Por qué cree que Medicare no pagará por esta prueba?

Medicare solo paga por las pruebas que considera “médicamente necesarias”. La mayoría de las pruebas son médicamente necesarias solo bajo ciertas circunstancias, dependiendo del diagnóstico del paciente.

Por ejemplo, Medicare no paga por los exámenes físicos. Algunas pruebas tienen límites en la frecuencia con la que se pueden realizar, y Medicare solo pagará por un cierto número de pruebas durante un período específico de tiempo. Para averiguar si su prueba o servicio están cubiertos, visite: <http://www.medicare.gov/coverage/your-medicare-coverage.html>.

Si tiene alguna pregunta, no dude en hablar de esto con su médico o consejero financiero.

Facturación

1. ¿Recibiré una factura o facturas separadas por la atención que recibo en Cleveland Clinic?

Cuando recibe atención médica en cualquiera de nuestras instalaciones para pacientes hospitalizados o ambulatorios, recibirá un estado de cuenta para todos los servicios médicos y hospitalarios de Cleveland Clinic. Esta misma factura incluirá los cargos por servicios médicos o técnicos, suministros y equipos, así como los profesionales médicos y clínicos, el tratamiento y los procedimientos. El estado de cuenta mostrará los copagos o los pagos de deducibles que ha realizado.

Una excepción: Si recibe atención de un médico independiente que está afiliado a Cleveland Clinic, pero no es parte de nuestro grupo de práctica, recibirá una factura por separado para estos servicios.

2. ¿Cómo realizo un pago?

Dispone de varias opciones:

- myaccount.clevelandclinic.org
- Efectivo, cheque o giro postal
- Todas las principales tarjetas de crédito

- Cheques electrónicos
- Plan de pago sin intereses
- Programa de préstamo bancario

3. **¿Puedo pagar mi factura por Internet?**

Sí. Usted puede inscribirse en MyAccount para recibir su estado de cuenta electrónicamente y pagar en línea.

Instrucciones para inscribirse:

Inicie sesión en:

myaccount.clevelandclinic.org

Elija: Inscripción

Completar: Pantallas demográficas

4. **¿Qué puedo hacer para garantizar un proceso de facturación sin problemas?**

Le animamos a seguir estos pasos:

- Lleve sus tarjetas de seguro más recientes y una identificación con foto a su visita médica.
- Al hacer una cita y llegar a su visita médica, asegúrese de que tenemos su dirección correcta.
- Revise su plan de seguro para averiguar lo que está y no está cubierto. Si tiene alguna pregunta, contacte a su compañía de seguros *antes* de su visita médica.
- Confirme con su compañía de seguros que el sistema de salud de Cleveland Clinic es un proveedor contratado de servicios para su plan.
- Si su compañía de seguros requiere un copago o pago de deducible para su visita médica, esté dispuesto a pagar. Los servicios pueden posponerse si no se hace un pago.

5. **En mi factura, ¿por qué se me cobra un cargo de instalación cuando me vieron en el consultorio de un médico?**

Los consultorios médicos y las clínicas de pacientes ambulatorios de Cleveland Clinic

se consideran departamentos ambulatorios de hospitales (también llamados basados en el proveedor) por parte de Medicare. Esto significa que usted verá un cargo de instalación y/o tratamiento en la sección Servicios Hospitalarios de su estado de cuenta.

El cargo de instalación cubre el uso de la sala y todos los suministros médicos o técnicos o equipo. Su estado de cuenta también incluirá los cargos por servicios, tratamientos o procedimientos del médico, que se clasificarán como “Médicos y Profesionales Clínicos”.

6. **¿Qué significa “basado en el proveedor”?**

Basado en el proveedor es una clasificación de Medicare. Esto significa que los hospitales han cumplido los reglamentos específicos de Medicare para que sus consultorios médicos y clínicas se clasifiquen como basados en el proveedor. La mayoría de los sistemas hospitalarios grandes se clasifican como proveedor basado en Medicare, lo que da lugar a una facturación uniforme.

7. **¿Se aplica la facturación basada en el proveedor si no estoy cubierto por Medicare?**

Sí. La facturación basada en el proveedor se aplica a todos los pacientes, no solo a los cubiertos por Medicare.

8. **¿De qué manera me afecta la facturación basada en el proveedor si tengo Medicare?**

Los servicios de hospital, médico y los servicios profesionales clínicos se cargarán a Medicare.

Si tiene un **seguro secundario o suplementario**, enviaremos el saldo a ese plan de seguros. Si su seguro secundario no cubre el saldo, o si no tiene seguro secundario o complementario, el saldo se le facturará.

9. Estoy cubierto por Medicare, pero no tengo un seguro complementario. ¿Cómo puedo saber cuáles serán los cargos de mi Parte A y Parte B?

Medicare exige que le demos un **estimado** de los cargos de la Parte A y la Parte B si no tiene un seguro secundario. Estos montos pueden ser diferentes, dependiendo de los servicios que recibe.

Puede obtener una estimación adicional llamando a RCM al número gratuito 1.855.831.1284 o viendo a uno de nuestros asesores financieros.

10. ¿De qué manera me afecta la facturación basada en el proveedor si no estoy cubierto por Medicare?

La forma en que su compañía de seguros se encarga de los cargos basados en los proveedores puede ser diferente de Medicare. Algunas compañías de seguros pueden aplicar estos cargos a su deducible anual. Para saber lo que será cubierto, contacte a su compañía de seguros.

11. Si no puedo hacer el pago total de inmediato, ¿puedo establecer un plan de pago?

Sí, contacte a RCM al 216.445.6249 o al número gratuito 866.621.6385 para establecer un plan de pago o para aprender acerca de nuestro programa de préstamos.

Tenga en cuenta que los pacientes que no califican para ayuda financiera son responsables de los saldos de cuentas, y el pago se adeuda a la recepción de la factura. Cleveland Clinic emplea a agencias de cobro de terceros para ayudarnos a resolver los saldos pendientes de pago. Si no puede pagar su factura, puede ser elegible para recibir ayuda financiera.

12. Me dieron un costo estimado de los servicios e hice el depósito requerido por la mitad de ese monto. ¿Cómo se manejará eso una vez que se determina la factura real?

Recibirá un estado de cuenta por el saldo restante. El pago se adeuda a la recepción. Si el depósito resulta ser más que su factura final, se le reembolsará una vez que se haya establecido el saldo de seguros. Si no había un seguro involucrado, le devolveremos su dinero una vez que todos los gastos se hayan totalizado.

13. ¿A quién debo contactar con preguntas acerca de mi estado de cuenta?

Si tiene preguntas, necesita actualizar su información del seguro, o si desea un estado de cuenta detallado, llame a RCM al 216.445.6249 o al 1.866.621.6385.

Obtenga ayuda financiera

1. ¿Está disponible la ayuda financiera?

Sí. El Sistema de Salud de Cleveland Clinic tiene un programa de ayuda financiera generoso que proporciona asistencia en caso de emergencia y otra atención médica necesaria en una escala móvil para los pacientes sin seguro cuyos ingresos no superen el 400 % de las pautas federales de pobreza (FPG), y que cumplan con ciertos otros requisitos:

- En las instalaciones de Ohio, debe ser un residente de Ohio.
- En las instalaciones de Florida, debe ser residente del condado de Broward y buscar atención para un servicio para el que Cleveland Clinic Florida tenga un certificado de necesidad.
- En las instalaciones de Nevada, debe ser un residente de Nevada y residir dentro de un radio de 150 millas de la

instalación en la que busca atención.

El Programa de Ayuda Financiera de Cleveland Clinic no ofrecerá ayuda para los gastos de su médico (incluido, pero no limitado a su médico personal, el radiólogo, el patólogo, el anestesiólogo y el médico de urgencias) si se le atiende en cualquiera de nuestros hospitales comunitarios (Hillcrest, Euclid, South Pointe, Fairview, Lakewood, Lutheran, Marymount o Medina).

2. **¿Cómo funciona la ayuda financiera?**

Usted puede calificar para obtener ayuda con la totalidad o parte de su factura en virtud de la política de ayuda financiera de Cleveland Clinic, el Programa de Aseguramiento de Atención Hospitalaria de Ohio (Hospital Care Assurance Program, HCAP) o Medicaid.

Contacte a un asesor financiero para obtener más información para ver si califica para cualquiera de estos programas.

Un asesor financiero le hará unas cuantas preguntas para ver si cumple con los requisitos iniciales. Si lo hace, será referido a uno de nuestros representantes de Medicaid. Ellos trabajarán con usted y con el Estado para garantizar la cobertura de Medicaid.

Puntos importantes: Hasta que los pacientes estén aprobados para Medicaid o se determine que califican para ayuda financiera a una cobertura del 100 %, seguirán recibiendo estados de cuenta de Cleveland Clinic.

Tenga en cuenta que Cleveland Clinic no contrata a la mayoría de planes de Medicaid fuera del estado. Los pacientes cubiertos por Medicaid en otros estados tendrán que acudir a los servicios médicos dentro de sus estados de origen.

3. **¿Cómo solicito ayuda financiera?**

Para obtener una solicitud de ayuda financiera y más información, los pacientes de Ohio y Nevada pueden llamar al 216.445.6249 o al 1.866.621.6385 o visite <http://my.clevelandclinic.org/patients-visitors/billing-insurance/financial-assistance.aspx>.

Los pacientes de Florida pueden llamar al 954.689.5166. Si aplica, recibirá una carta explicando si califica para la ayuda financiera y el nivel de cobertura que se proporcionará.

También puede obtener una copia de nuestra Política y el Formulario de Solicitud de Ayuda Financiera en nuestros departamentos de emergencia o en las oficinas de cualquiera de nuestros asesores financieros o de cajeros.

Nuestros asesores financieros, ubicados en cualquiera de nuestras oficinas, están disponibles por teléfono o en persona para ayudarle con el proceso.

4. **Si califico para recibir ayuda financiera, ¿tendré que volver a aplicar en algún momento?**

Sí. Se le pedirá que vuelva a aplicar por cada servicio de hospitalización y cada 90 días para los servicios ambulatorios. También se le pedirá que vuelva a aplicar si cambia su ingreso familiar. Si califica para la cobertura de la ayuda financiera inferior al 100 %, se le pedirá que pague el 50 % del saldo estimado del paciente, tanto para los servicios de hospitalización como ambulatorios antes de programar y hacer arreglos para el pago de los saldos restantes después de que se prestan los servicios.

5. ¿Puedo recibir ayuda financiera si mis ingresos son demasiado altos?

Un paciente puede calificar para ayuda financiera en situaciones excepcionales, incluso si su ingreso familiar anual es superior al 400 % de las pautas federales de pobreza (FPG). El paciente debe proporcionar información para apoyar las circunstancias médicas excepcionales y será considerado para ayuda según caso por caso, sin importar su nivel de ingresos si el 100 % de los gastos incurridos de sus gastos médicos anuales totales son mayores que el 25 % de su ingreso familiar anual.

6. ¿Puedo calificar al programa Spenddown de Medicaid de Ohio?

Si sus ingresos son demasiado altos para Medicaid pero usted es adulto mayor, ciego o tiene una discapacidad, aún puede calificar para Medicaid a través del programa Spenddown, que le permite a ciertas personas deducir los gastos médicos de sus ingresos para que caiga dentro de las pautas de Medicaid.

7. ¿Cómo funciona el Programa Spenddown?

La elegibilidad para el programa Spenddown es un proceso mensual determinado por el Departamento de Empleo y Servicios a la Familia de Ohio (Ohio Department of Jobs and Family Services, ODJFS). El Programa Spenddown de Medicaid requiere que una persona comparta con su trabajador social de ODJFS prueba de los gastos médicos de su bolsillo que son su responsabilidad de pagar. Estos gastos se suman y se comparan con un monto mensual en dólares de Spenddown establecido por ODJFS. (Los gastos cubiertos por otros planes de seguro no son elegibles para este monto.) Una vez se ha alcanzado el monto mensual de Spenddown, la persona es elegible para Medicaid, y el condado donde

viven emite una tarjeta de Medicaid para cubrir los gastos médicos para el resto del mes.

Aquí hay algunos puntos importantes a tener en cuenta sobre el programa Spenddown:

- Su fecha de cobertura de Medicaid empieza en la fecha en que el monto total de sus gastos médicos o de farmacia de su bolsillo es igual al monto de su Spenddown mensual.
- Una vez que su tarjeta de Medicaid ha sido emitida por el condado, usted es responsable de pagar los gastos que se utilizan para satisfacer el monto mensual de Spenddown.
- Los pacientes de Cleveland Clinic que han sido aprobados para el programa Spenddown de Medicaid de Ohio pueden usar sus gastos médicos o de farmacia no remunerados actuales o pasados para cumplir con su monto mensual de Spenddown.
- Puede usar las últimas facturas médicas sin pagar para cumplir con su monto mensual de Spenddown durante más de un mes. **Ejemplo:** Su límite mensual de Spenddown es de \$100. Usted ya tiene \$800 en gastos médicos calificados pasados, que es el equivalente a ocho meses de gastos de Spenddown.
- En algunos condados de Ohio, usted puede “pagar” el monto de su Spenddown mensual, al igual que una prima de seguros, para que se emita su tarjeta de Medicaid. Solo tiene que ir a la oficina del condado y pagar el monto de su Spenddown mensual.

8. **¿Cómo puede Cleveland Clinic ayudarme con el proceso de Spenddown y ¿qué puedo hacer?**

Todos los hospitales de Cleveland Clinic tienen un asesor financiero en el local que puede guiarlo a través del proceso al:

- Imprimir estados de cuenta desglosados que detallan sus cargos.
- Enviar por fax información a su trabajador social para que su tarjeta de Medicaid se pueda emitir.
- Proporcionarle otra información para ayudarlo a resolver los saldos de su cuenta.

Así es como usted puede ayudar:

- Proporcionar al asesor financiero el nombre de su asistente social, teléfono y número de fax y el monto de su Spenddown mensual.
- Haga seguimiento con su asistente social para estar seguro que se han recibido los cargos y que se ha emitido la tarjeta de Medicaid.
- Una vez que se ha emitido la tarjeta de Medicaid, proporcione la información de facturación a RCM al número gratuito 1.866.621.6385.

9. **Tengo un niño con necesidades de atención médica especiales. ¿Existen programas de ayuda financiera que puedan ayudar?**

La Oficina para Niños con Discapacidades Médicas (Bureau for Children with Medical Handicaps, BCMH) es un programa de atención médica que ofrece el Departamento de Salud de Ohio (Ohio Department of Health, ODH). BCMH vincula a familias de niños con necesidades de atención médica especiales a una red de proveedores de calidad y ayuda a las familias a obtener el pago por los servicios que sus hijos

necesitan. Estas necesidades pueden incluir la atención de enfermedades que requieren tratamientos en curso, como la diabetes, las cardiopatías, la enfermedad pulmonar crónica, el cáncer y la pérdida de audición. BCMH puede pagar por algunos servicios que no están cubiertos por el seguro y/o Medicaid.

Si su hijo necesita apoyo y servicios especiales a través de BCMH, nuestros asesores financieros y los trabajadores sociales le referirán a nuestro representante de BCMH que trabajará con usted para establecer la elegibilidad para la cobertura de BCMH. Si su hijo no es elegible para BCMH, su familia puede ser elegible para otro tipo de ayuda financiera.

10. **¿Cómo puedo obtener una prueba del Seguro Social o del Ingreso Suplementario de Seguridad?**

Los beneficios de los ingresos pueden recibir cartas de verificación en línea al instante a través de una cuenta my Social Security en www.socialsecurity.gov/myaccount. Usted puede también recibir una por correo llamando al número gratuito de SSA: 1.800.772.1213 (TTY 1.800.325.0778).

Temas especiales

1. **Soy un visitante internacional en los Estados Unidos. ¿Hay servicios especiales para pacientes como yo?**

Sí. Global Patient Services (GPS) ofrece una amplia gama de servicios de apoyo para los pacientes internacionales y sus familias. GPS cuenta con personal multilingüe de tiempo completo, que puede ayudar a facilitar todos los aspectos financieros de la visita de un paciente internacional, incluidos la verificación de seguros y los arreglos

de pagos previos para los pacientes que pagarán sus propios gastos.

GPS también puede ayudar con la programación de citas médicas, arreglos de aerolíneas y hoteles y transporte terrestre, así como actividades para los miembros de la familia que ayuden al paciente. Para obtener más información, contacte a Global Patient Services en Cleveland al 216.444.6404 o envíe un correo electrónico a gpsappointments@ccf.org. En Florida, llame al 954.659.5080.

2. **No hablo inglés. ¿Puedo contar con un intérprete?**

Sí. Nuestra área de Global Patient Services (GPS) proporciona intérpretes para ayudar con la comunicación en muchos idiomas. Para coordinar estos servicios, contacte a GPS en Ohio al 216.444.6404 o envíe un correo electrónico a gpsappointments@ccf.org. En Florida, llame al 954.659.5080. El personal de registro también puede ayudar a obtener apoyo de intérpretes.

3. **¿Ofrece Cleveland Clinic cursos educativos para ayudar a los pacientes o a los miembros de la familia a entender el seguro y la facturación?**

Sí, ofrecemos diversos videos educativos en línea. Éstos son algunos de los temas:

- **Recursos de Atención Médica para el Desempleado o No Asegurado**

Esta serie de videos de nueve partes analiza las opciones de atención médica para personas que han perdido su empleo o seguro de salud en <http://my.clevelandclinic.org/patients-visitors/billing-insurance/financial-assistance.aspx>

- **Fundamentos de Facturación y Seguros**

Más información acerca del proceso de seguros y facturación en <http://my.clevelandclinic.org/patients-visitors/billing-insurance/billing-checklist.aspx>

- **Estar Preparado Financieramente**

Más información sobre el proceso de pago antes de su visita en <http://my.clevelandclinic.org/patients-visitors/billing-insurance/default.aspx#>

- **¿Necesita Ayuda para Entender su Factura?**

Factura de ejemplo con explicaciones de cada partida en <http://my.clevelandclinic.org/Documents/Patients/understanding-your-bill.pdf>

Otras preguntas

Si tiene preguntas acerca de cualquier información en este folleto, su factura o ayuda financiera, contacte a Servicio al cliente. Será un placer asistirle.

Servicio al cliente

216.445.6249 | 866.621.6385

Realizado por

Revenue Cycle Management

Patients First Support Services

6801 Brecksville Road / RK10

Independence, OH 44131



clevelandclinic.org