



Cómo comprender el seguro y nuestro proceso de facturación



Gracias por elegir
a la Cleveland Clinic
para sus necesidades
de atención médica.
Valoramos la confianza
que depositó en nosotros.

El propósito de este folleto es abordar los interrogantes frecuentes en relación con el seguro, la facturación y la ayuda financiera para nuestros servicios. Infórmenos si podemos responder otras preguntas para ayudarlo a que la parte financiera en cuanto a su experiencia con nosotros sea lo más fácil posible, y se pueda concentrar en su salud y bienestar.

clevelandclinic.org

Cómo comprender el seguro y nuestro proceso de facturación

¿No le queda claro lo que cubre su seguro? ¿Le resulta difícil comprender la factura del médico y del hospital? El equipo de Gestión del ciclo de ingresos (Revenue Cycle Management, RCM) de la Cleveland Clinic ha preparado este folleto para responder a las preguntas que usted pueda tener sobre seguro, facturación, ayuda financiera y temas relacionados.

Si necesita más información, estamos aquí para ayudarlo. Llámenos al 216.445.6249 o llame a la línea gratuita 1.866.621.6385, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 6 p. m.

Nuestro sitio web también proporciona información sobre el seguro y la facturación. Visítenos en <http://my.clevelandclinic.org/patients-visitors/billing-insurance/default.aspx>.

Seguro

1. ¿Cuándo debo efectuar un copago o pagar un deducible?

La mayoría de las compañías de seguros exigen que los pacientes paguen una parte de los costos de las visitas al médico u hospitalizaciones. Esto se llama copago o deducible, y estos pagos, por lo general, se hacen antes de su cita, procedimiento o admisión. Si estos pagos no se efectúan, es posible que debamos reprogramar su cita. Si tiene preguntas al momento de acudir a nuestras instalaciones para recibir atención, el asesor financiero para pacientes de esa área puede ayudarlo.

- **Prima:** la cantidad que un titular de póliza o su empleador pagan por el plan de salud al momento de la compra de la cobertura de salud.
- **Copago:** un monto fijo que se prevé que el paciente pague por su servicio de atención médica según las disposiciones

del plan de su compañía de seguros. El monto del copago puede variar según el tipo de visita. El mismo paciente podrá pagar un copago de \$20 para ver a su proveedor de atención primaria, un copago de \$50 para ver a un especialista y un copago de \$200 por una visita a la sala de emergencia.

- **Deducible:** el monto que un paciente debe por los servicios cubiertos de atención médica antes de que su compañía de seguros comience a compartir los costos. Por ejemplo, si tiene un plan con un deducible de \$2,000, su seguro de salud no comenzará a pagar sus servicios cubiertos hasta que no haya pagado los primeros \$2,000 de los costos de atención médica.

- Los costos de la prima mensual de los planes de atención médica no se contabilizan para los deducibles.
- Los deducibles son diferentes para las personas individuales en comparación con las familias, aunque podría tener un deducible individual de \$2,000, es posible que el deducible familiar sea de \$4,500.
- Por lo general, los deducibles fuera de la red son más elevados que los deducibles dentro de la red y son aparte de estos.

- **Coseguro:** el monto que un paciente debe pagar por los servicios cubiertos de atención médica después de haber pagado cualquier copago o deducible requerido por su plan de seguro de salud. El coseguro, por lo general, se expresa como un porcentaje de los cargos o cargos aceptables por un servicio. Por ejemplo, si la compañía de seguros cubre un 80 % de los cargos aceptables para un servicio específico, es posible que el paciente deba cubrir el 20 % restante como coseguro.
- **Monto máximo de bolsillo:** el máximo que un paciente tendrá que pagar por gastos médicos cubiertos en un año de plan. Los deducibles, los copagos y el coseguro

se contabilizan para el monto máximo de bolsillo. Luego de alcanzar el monto máximo de bolsillo, la compañía de seguros del paciente comienza a pagar el 100 % de las visitas cubiertas.

2. Tengo una cirugía programada para dentro de poco tiempo. ¿Cómo sé que tendrá cobertura?

Muchos planes de seguro requieren autorización previa (a veces llamada certificación previa) para servicios tales como cirugía para pacientes internados. Cuando la Cleveland Clinic programa estos servicios, verificamos la cobertura con la compañía de seguros del paciente. Si la compañía no aprueba el servicio, notificamos al paciente antes de que se proporcione el servicio. Los pacientes que deciden continuar y recibir el servicio son responsables del pago.

Si tiene una cirugía programada en algún centro quirúrgico para pacientes internados o ambulatorios de la Cleveland Clinic, también puede ver un video gratuito en línea que puede ayudarlo a comprender lo que cubre su seguro, incluidas las remisiones, las certificaciones previas y los costos de bolsillo. Para acceder a este video, visite: <http://my.clevelandclinic.org/patients-visitors/billing-insurance/default.aspx>.

3. ¿Por qué debería llamar a mi compañía de seguros?

Durante un análisis con su compañía de seguros, identificamos una posible discrepancia con la información personal que su compañía de seguros posee, como lo siguiente:

- Número de seguro social: tal vez no coincida en el caso del suscriptor o dependiente.
- Nombre: tal vez esté mal escrito o sea diferente.
- Fecha de nacimiento: tal vez sea diferente en el caso del suscriptor o el dependiente.
- Coordinación de beneficios (Coordination of Benefit, COB): tal vez no coincida el orden en el que se debería facturar a su(s)

seguro(s). Esto podría provocar que su compañía de seguros se niegue a pagar su visita porque esta considera que otra póliza de seguro que usted posee es la responsable principal de realizar el pago.

4. Mi médico de cabecera quiere que vea a un especialista. ¿Cómo puedo saber si tendré cobertura?

Es conveniente que consulte con su compañía de seguros. La mayoría de los planes de atención administrada, organizaciones de mantenimiento de la salud (health maintenance organizations, HMO) y puntos de servicio (point of service, POS) requieren una remisión del médico de cabecera antes de cubrir una visita a un especialista.

Analice estas cuestiones con su médico de cabecera antes de programar una cita con un especialista de la Cleveland Clinic y, si se requiere una remisión, asegúrese de obtenerla. Si se necesita una remisión y usted no la obtiene, es posible que su cita con un especialista deba reprogramarse, o tal vez tenga que pagar el costo de la visita.

5. ¿Qué tipo de cobertura tendré si me ponen en estado de observación?

Cuando su médico lo pone en estado de observación significa que nuestro personal clínico lo vigilará de cerca durante las próximas horas. Dicho período de observación se usará para determinar si puede regresar a su hogar o necesita ser ingresado como paciente internado. El estado de observación incluye servicios razonables y necesarios desde el punto de vista médico, como tratamientos continuos a corto plazo, evaluaciones y control, pruebas y procedimientos específicos. Por lo general, los planes de atención médica cubren el estado de observación durante un período de 24 a 48 horas. Si el estado de observación se extiende por más tiempo, es posible que sea económicamente responsable de la atención adicional que reciba. Las compañías de seguros exigen

que facturemos toda la atención proporcionada durante el estado de observación como servicios para pacientes ambulatorios. Si tiene preguntas sobre cómo su plan de atención médica trata los servicios de observación y si están cubiertos como atención para pacientes ambulatorios, comuníquese con su compañía de seguros.

Si usted es suscriptor de Medicare, el estado de observación no se considera una hospitalización y no afecta sus beneficios de la Parte A de Medicare. No se usan días de hospital y no se requiere el deducible de la Parte A. Esto también significa que el estado de observación no se contabiliza para el requisito de estadía calificada de tres días para 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 permanezca en el hospital durante un período de observación como paciente ambulatorio, Medicare no pagará los “medicamentos autoadministrados”, tales como medicamentos orales, gotas para los ojos, cremas, gotas para los oídos, ungüentos, inhaladores, supositorios e insulina, incluso si se los administra el personal de enfermería. Los medicamentos autoadministrados podrían estar cubiertos por su plan de medicamentos de venta con receta. Comuníquese con su plan para averiguar cuáles podrían estar cubiertos y cómo presentar una reclamación. Si tiene preguntas sobre los servicios de estado de observación cubiertos por Medicare, llame al 1.800.MEDICARE (1.800.633.4227).

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

Llame a Servicio al Cliente al 216.445.6249 o a la línea gratuita 1.866.621.6385 y con gusto le informaremos sobre los programas de ayuda financiera disponibles a través del gobierno y de la Cleveland Clinic, y cómo solicitarlos.

Se puede encontrar un resumen de la política de ayuda financiera de la Cleveland Clinic y la solicitud de dicha ayuda financiera en www.ccf.org/financialassistance.

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

7. ¿Tengo alguna opción si perdí mi trabajo hace poco?

Si está desempleado y ya no cuenta con cobertura de seguro, tal vez reúna los requisitos para participar en la Ley Ómnibus Consolidada de Reconciliación Presupuestaria (Consolidated Omnibus Budget Reconciliation Act, COBRA), un programa de seguros establecido por el gobierno federal para proporcionar beneficios temporales de atención médica a las personas sin trabajo. Si no puede efectuar los pagos mensuales, tal vez reúna los requisitos para participar en un programa por medio del cual la Cleveland Clinic le paga a COBRA en su nombre por un ciclo de tratamiento y período de tiempo específicos. Si no reúne los requisitos, se le evaluará para decidir si puede participar en otros programas de ayuda.

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

8. ¿Qué es una notificación anticipada al beneficiario?

Una notificación anticipada al beneficiario (Advance Beneficiary Notice, ABN) es un formulario para que usted firme que le permitirá saber anticipadamente que, probablemente, tendrá que pagar una prueba que le indique su médico. Por ley, Medicare solo pagará los servicios que se determinen como “razonables y necesarios”. La Cleveland Clinic considera que los médicos son las personas más idóneas para saber qué necesitan los pacientes. Sin embargo, en algunos casos, Medicare

no pagará las pruebas aun cuando el médico considere que son necesarias. Si Medicare no paga estos servicios, entonces, usted será responsable del saldo.

9. ¿Por qué debo firmar una ABN?

Aunque Medicare paga la mayoría de las pruebas de laboratorio y las radiografías, no paga algunas pruebas en determinadas circunstancias. Cuando eso sucede, la Cleveland Clinic debe pedirle al paciente que pague estos servicios.

El motivo por el que se le pide que firme una ABN ahora es que consideramos, en función de la información que recibimos de su médico, que Medicare le negará el pago de su prueba. Medicare requiere que le notifiquemos por escrito cuando sea probable que tenga que pagar la factura.

10. ¿Por qué se cree que Medicare no pagará esta prueba?

Medicare solo paga las pruebas que considera como “necesarias desde el punto de vista médico”. La mayoría de las pruebas son necesarias desde el punto de vista médico solo en determinadas circunstancias, según el diagnóstico del paciente. Por ejemplo, Medicare no paga los exámenes físicos. Algunas pruebas tienen límites en cuanto a la frecuencia con la que se pueden realizar y Medicare solo pagará una cantidad determinada de pruebas durante un período específico. Para averiguar si su prueba o su servicio están cubiertos, puede ingresar a <http://www.medicare.gov/coverage/your-medicare-coverage.html>.

Si tiene preguntas, no dude en analizarlas con su médico o el asesor financiero para pacientes.

Facturación

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

Cuando reciba atención en alguna de nuestras instalaciones para pacientes internados o ambulatorios de la Cleveland Clinic, recibirá un estado de facturación de todos los servicios de médicos y hospitales de la Cleveland Clinic. Esta misma factura incluirá los cargos por servicios médicos o técnicos, suministros y equipos, y también los cargos por servicios de profesionales médicos y clínicos, tratamientos y procedimientos. El estado mostrará todos los copagos o pagos de deducibles que haya efectuado.

Única excepción: si recibe atención de un médico independiente que está afiliado a la Cleveland Clinic, pero no forma parte de nuestro grupo de médicos, recibirá una factura separada por estos servicios junto con la información de contacto del departamento de facturación de dichos servicios.

2. **¿Cómo efectúo un pago?**

Tiene varias opciones en **myaccount.clevelandclinic.org**.

- En efectivo, cheque o giro postal.
- Todas las principales tarjetas de crédito.
- Cheques electrónicos.
- Opciones de pago sin interés.

3. **¿Puedo pagar mi factura a través de Internet?**

Sí. Puede inscribirse en MyAccount para recibir su estado de facturación electrónicamente y pagar a través de Internet.

- Inscribise en **myaccount.clevelandclinic.org**.
- Elija Inscribirse (Enroll).
- Complete las pantallas de datos demográficos (Demographic screens).

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

Le recomendamos que haga lo siguiente:

- Lleve sus tarjetas de seguro más recientes y un documento de identificación con fotografía a su visita médica.
- Cuando programe una cita y llegue a la visita médica, asegúrese de que tengamos su dirección correcta.
- Verifique su plan de seguros para averiguar qué cubre y qué no. Si tiene preguntas, comuníquese con su compañía de seguros antes de su visita médica.
- Confirme con su compañía de seguros que el sistema de salud de la Cleveland Clinic sea un proveedor de servicios por contrato de su plan.
- Si su compañía de seguros requiere un copago o deducible por su visita médica, usted deberá pagar. Los servicios pueden posponerse si no se efectúa el pago.

5. En mi factura, ¿por qué se incluye un cargo por atención en un centro si se me atendió en un consultorio médico?

Desde 2009, Medicare considera los consultorios médicos y las clínicas para pacientes ambulatorios de la Cleveland Clinic como departamentos para pacientes ambulatorios de un hospital (también llamados “con base en proveedores”). Esto significa que en su estado de facturación verá un cargo por instalación o sala de tratamiento en la sección de “Servicios hospitalarios”.

6. ¿Por qué me cobran dos veces por el mismo servicio?

Siempre habrá dos tipos de cargos para una fecha de servicio en la Cleveland Clinic:

- Los cargos del médico/profesional son los cargos de “quién hizo qué tarea”. Estos serían cargos por el profesional de atención médica que brindó los servicios.

- Los cargos técnicos/del hospital son los cargos de “dónde y qué sucedió”. Esto incluye el procedimiento actual, la sala, los suministros y los equipos.

7. ¿Qué significa “con base en proveedores”?

Con base en proveedores es una clasificación de Medicare. Significa que los hospitales han cumplido con reglamentaciones específicas de Medicare para que sus consultorios de médicos y clínicas para pacientes ambulatorios se clasifiquen como con base en proveedores. Medicare clasifica a la mayoría de los sistemas hospitalarios grandes como con base en proveedores, lo que da como resultado una facturación coherente.

8. ¿Rige para mí la facturación “con base en proveedores” si no estoy cubierto por Medicare?

Sí. La facturación “con base en proveedores” rige para todos los pacientes, no solo para los cubiertos por Medicare.

9. ¿De qué manera me afecta la facturación “con base en proveedores” si tengo Medicare?

Los servicios hospitalarios, los servicios de profesionales clínicos y de los médicos se cobrarán a Medicare. Si tiene un **seguro secundario o suplementario**, enviaremos cualquier saldo a ese plan de seguro. Si su seguro secundario no cubre el saldo, o si no cuenta con un seguro secundario o suplementario, el saldo se le facturará a usted.

10. Tengo cobertura de Medicare, pero no tengo seguro suplementario. ¿Cómo puedo averiguar cuáles serán los cargos de la Parte A y la Parte B que me corresponderán?

Medicare exige que le proporcionemos una **estimación** de los cargos de la Parte A y la Parte B que le corresponderán a usted si no cuenta con un seguro secundario. Estos montos pueden ser diferentes, dependiendo de los servicios que reciba.

Para obtener estimaciones adicionales, llame a Servicio al Cliente al 216.445.6249 o a la

línea gratuita al 1.866.621.6385, o consulte personalmente a uno de nuestros asesores financieros para pacientes.

11. ¿De qué manera me afecta la facturación “con base en proveedores” si no tengo cobertura de Medicare?

La forma en que su compañía de seguros maneja los cargos “con base en proveedores” puede ser diferente de la de Medicare. Algunas compañías de seguros pueden aplicar estos cargos a su deducible anual. Para averiguar qué estará cubierto, comuníquese con su compañía de seguros.

12. Si no puedo efectuar el pago completo inmediatamente, ¿puedo solicitar un plan de pago?

Sí, comuníquese con el Servicio al Cliente al 216.445.6249 o la línea gratuita al 1.866.621.6385 para establecer un plan de pago o para conocer sobre las opciones de pago sin interés.

Tenga en cuenta que los pacientes que no reúnen las condiciones para la ayuda financiera son responsables de los saldos de cuentas, y el pago debe efectuarse al momento de recibir la factura. La Cleveland Clinic emplea agencias de cobranza de terceros para ayudar a resolver saldos impagos. Si no puede pagar su factura, es posible que reúna los requisitos para obtener ayuda financiera.

13. Se me proporcionó un costo estimado de servicios e hice el depósito requerido equivalente a la mitad de dicho monto. ¿De qué manera se manejará esto una vez que se determine la facturación real?

Usted recibirá un estado con el saldo restante. El pago debe efectuarse al momento de recibir la factura. Si el depósito resulta mayor que la facturación final, se le reembolsará la diferencia una vez que se haya liquidado el saldo del seguro. Si no hay participación de ningún seguro, le reembolsaremos su dinero una vez que se hayan sumado todos los cargos.

Recuerde que esto es un cálculo estimativo. Si se brindan servicios adicionales, es posible que haya un costo adicional para usted.

14. ¿Con quién debo comunicarme si tengo preguntas sobre mi estado de facturación?

Si tiene preguntas, necesita actualizar su información de seguro o le gustaría obtener un resumen detallado, llame al Servicio al Cliente al 216.445.6249 o la línea gratuita al 1.866.621.6385.

Ayuda financiera

1. ¿Hay ayuda financiera disponible?

Sí. El sistema de la Cleveland Clinic tiene un programa de ayuda financiera generoso que proporciona asistencia para atención de emergencia y otra atención necesaria desde el punto de vista médico a pacientes sin seguro cuyos ingresos no excedan el 400 % de las pautas federales sobre ingresos de personas de bajos recursos (federal poverty guidelines, FPG) y que cumplen con otros requisitos determinados:

- En los centros de Ohio, debe ser residente de Ohio.
- En los centros de Florida, debe residir en el condado de Broward y solicitar los servicios de atención de emergencia dentro del hospital.
- En los centros de Nevada, debe ser residente de Nevada.

El programa de ayuda financiera de la Cleveland Clinic no proporcionará ayuda para los gastos de su médico (incluidos, entre otros, su médico personal, radiólogo, patólogo, anestesiólogo y médico de la sala de emergencia) si es observado en cualquiera de nuestros hospitales regionales (Akron General, Avon, Euclid, Fairview, Hillcrest, Lutheran, Marymount, Medina o South Pointe).

2. ¿Cómo funciona la ayuda financiera?

Es posible que reúna las condiciones para recibir la ayuda con la totalidad de su factura

o parte de esta según el programa de ayuda financiera de la Cleveland Clinic, el Programa de Seguro Médico Hospitalario (Hospital Care Assurance Program, HCAP) de Ohio o Medicaid.

Comuníquese con un asesor financiero para pacientes para obtener más información y conocer si reúne las condiciones para cualquiera de estos programas.

El asesor financiero para pacientes le hará algunas preguntas para determinar si usted reúne los requisitos iniciales. Si los reúne, será remitido a uno de nuestros representantes de Medicaid. Ellos trabajarán con usted y el estado para obtener la cobertura de Medicaid.

Puntos importantes: los pacientes continuarán recibiendo estados de facturación de la Cleveland Clinic hasta que sean aprobados por Medicaid o se determine que reúnen las condiciones para la ayuda financiera en un 100 % de la cobertura.

Tenga en cuenta que la Cleveland Clinic no tiene contrato con la mayoría de los planes de Medicaid de otros estados. Los pacientes con cobertura de Medicaid en otros estados deberán obtener servicios médicos en sus estados de residencia.

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 visitar <http://my.clevelandclinic.org/patients-visitors/billing-insurance/financial-assistance.aspx>.

Los pacientes de Florida pueden llamar al 954.689.5166. Si solicita ayuda financiera, recibirá una carta en la que se le explicará si usted reúne los requisitos para recibir ayuda financiera y el nivel de cobertura que se le proporcionará.

Es posible que obtenga una copia de nuestro formulario de ayuda financiera y póliza en nuestros departamentos de emergencia o en cualquiera de nuestras oficinas de asesores financieros para pacientes o cajeros.

Nuestros asesores financieros para pacientes, ubicados en cualquiera de nuestros centros, están disponibles por vía telefónica o en persona para acompañarlo durante el proceso.

4. Si reúno los requisitos para recibir ayuda financiera, ¿deberé volver a presentar una solicitud en algún momento?

Sí. Se le solicitará que vuelva a presentar una solicitud por cada servicio para pacientes internados y cada 90 días por servicios para pacientes ambulatorios. También se le exigirá que vuelva a presentar una solicitud si su ingreso familiar cambia. Si reúne los requisitos para recibir una cobertura de ayuda financiera inferior al 100 %, se le solicitará que pague el 50 % del saldo estimado para el paciente, ya sea por servicios para pacientes internados o para pacientes ambulatorios, antes de programarlos, y que haga los arreglos correspondientes para pagar el saldo restante después de que se hayan prestado los servicios.

5. ¿Puedo recibir ayuda financiera si mi ingreso es demasiado alto?

Un paciente podría reunir los requisitos para recibir ayuda financiera en situaciones excepcionales, incluso si su ingreso familiar anual es superior al 400 % según las FPG. El paciente debe proporcionar información para respaldar las circunstancias médicas excepcionales y se lo considerará para recibir ayuda mediante evaluación caso por caso, independientemente del estado de los ingresos, si el 100 % de los gastos incurridos del total de gastos médicos anuales son superiores al 15 % del ingreso familiar anual.

6. Tengo un hijo con necesidades de atención médica especiales. ¿Existen programas de ayuda financiera que puedan ayudar?

La Oficina de 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 las familias de niños con necesidades de atención médica especiales con una red de proveedores de calidad y ayuda a las familias a obtener el pago de los servicios que sus hijos necesitan. Estas necesidades pueden incluir atención para afecciones médicas que requieran tratamiento continuo, como diabetes, defectos cardíacos, enfermedad pulmonar crónica, cáncer y pérdida de la audición. BCMH puede pagar algunos servicios que no estén cubiertos por el seguro o Medicaid.

Si su hijo necesita apoyo y servicios especiales a través de BCMH, nuestros asesores financieros para el paciente y los trabajadores sociales lo remitirán a nuestro representante de BCMH quien trabajará con usted a fin de determinar la idoneidad para recibir la cobertura de BCMH. Si su hijo no cumple con los requisitos de BCMH, es posible que su familia reúna los requisitos para otro tipo de ayuda financiera.

Temas especiales

1. Soy un visitante internacional en los Estados Unidos. ¿Hay servicios especiales para las personas que están en mi situación?

Sí. Los Servicios a Pacientes Internacionales (Global Patient Services, GPS) ofrecen una amplia variedad de servicios de apoyo para 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, entre ellos la verificación del seguro y los arreglos para hacer pagos por adelantado para los pacientes que pagarán los cargos ellos mismos.

GPS también puede ayudar con la programación de citas médicas, los arreglos con aerolíneas y hoteles y el transporte terrestre, así como también con las actividades para los familiares que asisten al paciente. Para obtener más información, comuníquese con Servicios a Pacientes Internacionales en Cleveland al 216.444.6404 o envíe un mensaje de correo electrónico a gpsappointments@ccf.org. En Florida, llame al 954.659.5080.

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

Sí. GPS proporciona intérpretes para ayudarle con la comunicación en muchos idiomas. Para hacer los arreglos necesarios para obtener estos servicios, comuníquese con GPS en Ohio al 216.444.6404 o envíe un mensaje de correo electrónico a gpsappointments@ccf.org. En Florida, llame al 954.659.5080. El personal de inscripciones también puede ayudarle a obtener el apoyo de un intérprete.

3. ¿Ofrece la Cleveland Clinic cursos educativos para ayudar a los pacientes o sus familiares a comprender el seguro y la facturación?

Sí, ofrecemos varios videos educativos en línea. Estos son algunos de los temas que se tratan:

- **Recursos para la atención médica para los desempleados o no asegurados**
Esta serie de videos de nueve partes analiza las opciones de atención médica para las personas que han perdido sus trabajos o el seguro médico en <http://my.clevelandclinic.org/patients-visitors/billing-insurance/financial-assistance.aspx>.
- **Características básicas de facturación y seguro brinda** detalles sobre el proceso de facturación y el seguro en <http://my.clevelandclinic.org/patients-visitors/billing-insurance/billing-checklist.aspx>.

- **Prepárese financieramente** lo orienta a través del proceso de pago antes de su visita en <http://my.clevelandclinic.org/patients-visitors/billing-insurance/default.aspx#>.
- **¿Necesita ayuda para comprender la factura?** Hay un ejemplo de factura con explicaciones de cada rubro detallado en <http://my.clevelandclinic.org/Documents/Patients/understanding-yourbill.pdf>.

La Cleveland Clinic y sus entidades afiliadas cumplen con las leyes de derechos civiles federales vigentes y no discriminan en función de la raza, el color, el origen nacional, la edad, una discapacidad o el sexo. La Cleveland Clinic y sus entidades afiliadas no excluyen a las personas o las tratan de modo diferente por motivos de su raza, color, origen nacional, edad, discapacidad o sexo.

ATENCIÓN: Hay servicios de ayuda en idiomas, sin cargo, disponibles para usted. Llame al 1.833.858.1813.

Español: **ATENCIÓN:** si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1.833.858.1813.

French Creole: **ATANSYON:** Si w pale Kreyòl Ayisyen, gen sèvis èd pou lang ki disponib gratis pou ou. Rele 1.833.858.1813.

Chinese Languages (Mandarin & Cantonese):

注意：如果您使用繁體中文，您可以免費獲得語言援助服務。請致電 1.833.858.1813.

Otras preguntas

Si tiene preguntas sobre cualquier información de este folleto, su factura o la ayuda financiera, comuníquese con Servicio al Cliente. Será un placer asistirle.

Servicio al Cliente

216.445.6249 | 866.621.6385

Preparado por

Gestión del ciclo de ingresos

Patients First Support Services

6801 Brecksville Road / RK 10

Independence, OH 44131



Cleveland Clinic

clevelandclinic.org