

Central Mississippi Civic Improvement Association, Inc.

D/b/a



3502 West Northside Drive
Jackson, Mississippi 39213-4454
Phone: (601) 362-5321 ■ Fax: (601) 364-2600

A las pacientes que pagan por cuenta propia y con seguro pendiente:

Gracias por elegir el Centro de Salud Integral Jackson-Hinds (JHCHC) como su proveedor de atención médica durante su embarazo. Esperamos poder servirle con un cuidado de calidad durante este momento tan importante en su vida.

Si su seguro (es decir, Medicaid) está pendiente o no tiene ninguna cobertura de seguro, JHCHC está más que dispuesto a trabajar con usted hasta que su seguro sea aprobado y ofrecerle nuestro descuento de programa de descuentos.

Recuerde que los honorarios de JHCHC no incluyen cargos del hospital. Debe comunicarse con el hospital y hacer arreglos financieros con ellos. Le instamos y le exhortamos a solicitar al Medicaid y / o al programa de descuentos. Si es elegible, su costo será sustancialmente menor. Estamos aquí para ayudarle a obtener o cumplir con sus obligaciones financieras.

Una vez que JHCHC reciba su información de seguro y se haya verificado que usted está cubierto por beneficios de maternidad y la reclamación ha sido presentada y pagada, todo el dinero que usted ha pagado a JHCHC será reembolsado. Tenga en cuenta que si usted tiene saldos pendientes de otros servicios que recibió de JHCHC (es decir, Dental, Medicina para Adultos, Optometría), JHCHC se reserva el derecho de retener cualquier dinero pagado por usted y aplicarlo a cualquier saldo pendiente.

Los honorarios abajo reflejan el costo por nivel de descuento y nuestro plan de pago de ocho (8) meses. Los planes de cuotas adicionales están disponibles a solicitud.

Tipo de Parto	Costo	Nivel A 30%	Nivel B 35%	Nivel C 40%	Nivel D 60%	Nivel E 80%	Nivel F 100%	Sin Hogar 30%
OB-Care Vaginal Del	\$3,000	\$900 \$115 por mes	\$1050 \$130 por mes	\$1200 \$150 por mes	\$1800 \$225 por mes	\$2850 \$356 por mes	\$3000 \$375 por mes	\$900 \$115 por mes
OB-Care C-Section Del	\$3,500	\$1050 \$130 por mes	\$1225 \$155 por mes	\$1400 \$175 por mes	\$2100 \$262 por mes	\$3325 \$415 por mes	\$3500 \$438 por mes	\$1050 \$130 por mes

Las tarifas citadas anteriormente se basan en el hecho de que usted está en su primer trimestre. Si la aceptamos como una paciente después de su primer trimestre, su cuota mensual aumentará

Por favor firme abajo reconociendo que usted recibió esta carta y acepta cumplir con el acuerdo financiero anterior. Una vez más, gracias por elegir a JHCHC como su proveedor de atención médica.

Nombre Completo: _____

Firma: _____ Fecha: _____

Testigo(Witness) _____ Fecha: _____

NOTE JHCHC STAFF: PLEASE CIRCLE THE COST FOR THE ABOVE MENTIONED PATIENT