

YOUR INFORMATION

Statement Date 10/1/2020
Guarantor Name Bindusree Samikeri
Guarantor ID # 102915015
Account Numbers Located on following pages
Payment Due Date 10/29/2020

YOUR ACCOUNT SUMMARY

Total Charges \$697.00
Patient Payments \$0.00
Insurance Payments \$-230.70
Insurance Adjustments \$-216.30
Other Adjustments \$0.00

AMOUNT DUE NOW **\$250.00**

YOUR PAYMENT OPTIONS



Online: www.stanfordhealthcare.org/billing



Phone: 800.549.3720



Mail: Please complete coupon below and return with your check made payable to STANFORD HEALTH CARE.

A MESSAGE FOR YOU

Please pay your bill online or sign up for paperless billing at www.stanfordhealthcare.org/billing.

QUESTIONS?

Call Us: 800.549.3720 | Mon–Fri, 8:00am–5:00pm
Visit Us: 2465 Faber Place, Palo Alto, CA 94303
Online: www.stanfordhealthcare.org/billing

Please see the reverse side of this statement for additional information on Financial Assistance.

*my***HEALTH**

Access your health information anytime and anywhere. You can use MyHealth to:

- Message your care team
- View your lab results
- Schedule your appointment
- Pay your bill

Thank you for choosing Stanford Health Care.

Please detach and return the bottom portion of this statement with your payment



P.O. BOX 740715
 LOS ANGELES, CA 90074-0715

Amount Due
Payable Upon Receipt

\$250.00

Guarantor ID 102915015
 Statement Date 10/1/2020



BINDUSREE SAMIKERI
 APT 217
 175 BAYPOINTE PKWY
 SAN JOSE CA 95134-1686

STANFORD HEALTH CARE
 P.O. BOX 740715
 LOS ANGELES, CA 90074-0715

We care about protecting your financial information. For credit card payments, please visit us online at www.stanfordhealthcare.org/billing

Unless otherwise indicated in the account number field below, your payment will post to your payment plan amount due and then to the oldest account on this statement. Please post my payment to the account number _____.

Account Details

Date	Description	Charges	Pmts/Adjs	Insurance Balance	Patient Balance
Patient: Bindusree Samikeri			Acct#: 97546470		
Service Provider: Posada, Sofia Elena			Status Due Upon Receipt		
Location: Hoover					
6/23/2020	EVAL/MGMT OF NEW PATIENT	\$697.00			
	INSURANCE PAYMENT - First Health		\$-230.70		
	CONTRACTUAL ADJ - First Health		\$-216.30		
	Totals	\$697.00	\$-447.00	\$0.00	\$250.00
	<u>Patient Balance</u>			<u>\$0.00</u>	<u>\$250.00</u>
	<u>Balance Due</u>				<u>\$250.00</u>

Plain Language Summary of Stanford Health Care Financial Assistance Policy

Getting Assistance with Your Bill

This is for anyone who receives medically necessary services from Stanford Health Care.

The Plain Language Summary, Financial Assistance Policy, and Financial Assistance Application for getting assistance with your bill are available in the following languages: English, Chinese, Russian, Spanish, Tagalog, and Vietnamese. We will also assist you with translation to other languages.

How Do I Qualify for Financial Assistance?

Stanford Health Care is committed to providing financial assistance to qualified low income patients and patients who have insurance that requires the patient to pay significant portion of their care.

You can ask for help with your bill at any time during your visit or billing process. During the application process you will be asked to provide information regarding the number of people in your family, your monthly income, and other information that will assist the hospital with determining your eligibility for Financial Assistance. You may be asked to provide a pay stub or tax records to assist Stanford Health Care with verifying your income.

If your yearly income is less than or equal to 400% of the current Federal Poverty Guideline, you may not have to pay your bill. You are responsible for providing required information in a timely manner.

Federal Poverty Guidelines can be found at: <https://aspe.hhs.gov/poverty-guidelines>

After you submit the application, the hospital will review the information and notify you in writing regarding your eligibility.

How Can I Apply for Financial Assistance?

To obtain a free copy of the Stanford Health Care Financial Assistance Application, Financial Assistance Policy, or this Plain Language Summary, please go to:

www.stanfordhealthcare.org/financialassistance

You can apply for assistance with your bill in person, by mail, or online. You can request help with the application process and pick-up or request a mailed application, plain language summary or a copy of the Financial Assistance Policy at 2465 Faber Place, Palo Alto, CA, by calling us at 1-800-549-3720, or at any Stanford Health Care location. In some cases, you may get help from Stanford Health Care without applying.

Emergency and Medically-Necessary Care

If you qualify for help with your bill, you will not be charged more for emergency or medically-necessary care than amounts generally billed to patients having insurance under Medicare.

Collection Activities

You or the guarantor can apply for help with your bill at any time during the collection process by contacting the Customer Service Department at 1-800-549-3720.

Stanford Health Care may employ reasonable collection efforts to obtain payment from patients. General collection activities may include issuing patient statements, phone calls, and referral of statements that have been sent to the patient or guarantor. Bills that are not paid 120 days after the first billing date may be placed with a collection agency. Stanford Health Care or collection agencies will not engage in any extraordinary collection actions (as defined by the SHC Debt Collection Policy).

Copies of the SHC Debt Collection Policy may be obtained free of charge on the Stanford Health Care billing website at www.stanfordhealthcare.org/financialassistance.

Resumen en lenguaje sencillo de la Política de ayuda económica de Stanford Health Care

Obtener ayuda para el pago de su factura

Este servicio se encuentra disponible para cualquier persona que recibe atención médica necesaria de parte de Stanford Health Care.

El Resumen en lenguaje sencillo, la Política de ayuda económica y la Solicitud de ayuda financiera para obtener ayuda con el pago de su cuenta están disponibles en inglés, español, chino, ruso, tagalo y vietnamita. También le ayudaremos con la traducción a otros idiomas.

¿Cómo reúno los requisitos para recibir ayuda financiera?

Stanford Health Care se compromete a proporcionar ayuda financiera a pacientes clasificados como de bajos ingresos o que tienen seguros médicos que precisan que el paciente pague una parte considerable de su atención.

Puede pedir ayuda para pagar su factura en cualquier momento durante su visita o durante el proceso de facturación. Durante el proceso de solicitud, se le pedirá que proporcione información sobre el número de personas que conforman su familia, sus ingresos mensuales, así como información adicional que ayudará al hospital a determinar su admisibilidad para recibir ayuda financiera. Es posible que se le solicite proporcionar un talón de pago o documentación fiscal para que Stanford Health Care pueda comprobar sus ingresos.

Si su ingreso anual es menor o igual al 400 % del ingreso establecido por las Pautas Federales de Pobreza (*Federal Poverty Guidelines*), es posible que no tenga la obligación de pagar su cuenta. Usted es responsable de proporcionar la información solicitada de manera oportuna.

Puede encontrar más información sobre las Pautas Federales de Pobreza en:

<https://aspe.hhs.gov/poverty-guidelines>

Una vez que envíe su solicitud, el hospital revisará la información y le notificará por escrito si cumple con los requisitos.

¿Cómo puedo solicitar ayuda financiera?

Para obtener una copia gratuita de la Solicitud de ayuda financiera, la Política de ayuda económica o este Resumen en lenguaje sencillo de Stanford Health Care, visite:

www.stanfordhealthcare.org/financialassistance

Puede acudir en persona a solicitar ayuda para pagar su factura, pero también lo puede hacer por correo o Internet. Puede solicitar ayuda para el proceso de solicitud y recoger o pedir que le envíen una solicitud por correo, el Resumen en lenguaje sencillo o una copia de la Política de ayuda económica en 2465 Faber Place, Palo Alto, CA; llamando al 1-800-549-3720 o en cualquiera de las ubicaciones de Stanford Health Care. En algunos casos, puede obtener ayuda de Stanford Health Care sin solicitarla.

Asistencia de emergencia y atención médica necesaria

Si reúne los requisitos para recibir ayuda con el pago de su factura, su cobro por la asistencia de emergencia o atención médica necesaria que reciba no excederá los montos que se facturan generalmente a los pacientes asegurados por Medicare.

Actividades de cobro

Usted o el garante pueden solicitar ayuda para el pago de su factura en cualquier momento durante el proceso de cobro; para ello, debe comunicarse con el Departamento de Atención al Cliente al 1-800-549-3720.

Stanford Health Care puede emplear esfuerzos razonables de cobranza para obtener el pago de parte de los pacientes. Las actividades generales de cobro pueden incluir la emisión de estados de cuenta del paciente, llamadas telefónicas y la derivación de los estados de cuenta, que se hayan enviado al paciente o al garante, a una agencia de cobranza externa . Las cuentas que no se liquidan 120 días después de la fecha inicial de facturación podrían enviarse a una agencia de cobranza. Stanford Health Care o las agencias de cobranza no participarán en ninguna acción de cobro extraordinaria (según lo define la Política de cobro de deudas de SHC).

Puede obtener copias gratuitas de la Política de cobro de deudas de SHC en el sitio web de facturación de Stanford Health Care en www.stanfordhealthcare.org/financialassistance.