



Christ Health

OPTIONS FOR MEDICAL CARE WHEN CHRIST HEALTH CENTER IS CLOSED:

IN CASE OF EMERGENCY: CALL 9-1-1

- For non-urgent problems, please call us during regular hours and we will do our best to accommodate you.
- For any urgent primary care medical concerns after hours or on the weekend, please call the office at 205-380-9455 to speak with an on-call provider.
- **If you must seek care when the clinic is closed, you may:**
 1. Go to an Urgent Care Clinic, such as Cooper Green Urgent Care Center or UAB Medicine Urgent Care.
 - Cooper Green Urgent Care Clinic is open from 9:00AM to 6:00PM Monday through Friday. No appointment is necessary.
Cooper Green Urgent Care Clinic, 1515 6th Avenue South, Birmingham, Alabama 35233, (205) 930-3265
 - UAB Medicine Urgent Care is open from 7:00AM to 7:00PM Monday through Friday, 8AM to 3PM on Saturday, and 1PM to 5PM on Sunday.
UAB Medicine Urgent Care, 125 20th Street South 103, Birmingham, AL 35233, (205) 801-5251
 2. Go to an Emergency Department of your choice.
 - If you are an established patient of Christ Health Center, please seek the advice of the on-call physician before you visit an Emergency Room to ensure that such a visit would be medically indicated, or you will run the risk that this visit may not be covered by your insurance. **For emergent needs please proceed to the nearest ER.**

Where is the nearest emergency department if I feel that I have a medical emergency?

Below are the nearest hospital emergency departments in the Birmingham area:

Princeton Baptist Medical Center - (833) 251-9897

Children's Hospital of Alabama - (205) 638-9100

St. Vincent's Hospital - (205) 939-7000

St. Vincent's East Hospital - (205) 838-3000

University of Alabama at Birmingham Hospital - (205) 934-3411

Grandview Medical Center – (205) 971-1000

Brookwood Baptist Medical Center – (833) 251-9895

- Reminder: If you go to an Urgent Care Center or Emergency Room or to a pharmacy for a prescription after hours, please remember to bring your insurance card. Also, make sure that you understand the diagnosis you are given and whether you need follow-up care. For all ER and Urgent Care visits, please call us the next day to let us know that you have been seen so we are able to communicate with your other providers.



Christ Health

OPCIONES DE ATENCION MEDICA CUANDO CHRIST HEALTH CENTER ESTA CERRADO:

EN CASO DE UNA EMERGENCIA LLAME A 9-1-1

- Para problemas no urgentes, llámenos durante el horario habitual y haremos todo lo posible para atenderlo.
 - Para cualquier inquietud medica de atencion primaria urgente fuera del horario de atencion o durante el fin de semana, llame a la oficina al 205-380-9455 para hablar con proveedor de guardia.
 - **Si debe buscar atencion cuando la clinica esta cerrada puede:**
1. Vaya a una clinica de atencion de urgencia como Cooper Green Urgent Care Center o UAB Medicine Urgent Care.
 - Cooper Green Urgent Care Clinic esta abierta de 9:00AM a 6:00PM De Lunes a Viernes. No es necesario tener cita.
Cooper Green Urgent Care Clinic, 1515 6th Avenue South, Birmingham, Alabama 35233, (205) 930-3265
 - UAB Medicine Urgent Care esta abierto de 7:00AM a 7:00PM. De Lunes a Viernes y los Sabados 8:00AM a 3:00PM Domingos de 1:00PM a 5:00PM.
UAB Medicine Urgent Care, 125 20th Street South, Birmingham, AL 35233, (205) 801-5251
 2. Vaya al Departamento de Emergencia de su eleccion:
 - Si usted es un paciente establecido de Christ Health Center, busque el consejo del medico de guardia antes de visitar una sala de emergencia para asegurarse de que dicha visita este medicamente indicada o corra el riesgo de que esta visita no sea necesaria, o cubierto por su seguro medico. **Para necesidades emergentes, dirijase a la sala de emergencia mas cercana.**

Donde esta el departamento de emergencias mas cercano si siento que tengo una emergencia medica?

A continuacion, se muestran los departamentos de emergencias de los hospitales mas cercanos en el area de Birmingham:

Princeton Baptist Medical Center - (833) 251-9897

Children's Hospital of Alabama - (205) 638-9100

St. Vincent's Hospital - (205) 939-7000

St. Vincent's East Hospital - (205) 838-3000

University of Alabama at Birmingham Hospital - (205) 934-3411

Grandview Medical Center – (205) 971-1000

Brookwood Baptist Medical Center – (833) 251-9895

- Recordatorio: Si acude a un Centro de atención de urgencia o Sala de emergencias o a una farmacia para obtener una receta fuera del horario de atención, recuerde traer su tarjeta de seguro. Además, asegúrese de comprender el diagnóstico que le dan y si necesita atención de seguimiento. Para todas las visitas a la sala de emergencias y atención de urgencia, llámenos al día siguiente para informarnos que lo han atendido para que podamos comunicarnos con sus otros proveedores.

NOTICE TO PATIENTS

This practice serves all patients regardless of ability to pay.
Discounts for essential services are offered depending upon family size and income.
You may apply for discount at the front office desk.

Thank you

AVISO PARA PACIENTES

Los centros de salud ofrecen servicios de atención médica primaria y preventiva, sin considerar la capacidad de los pacientes para pagar. Los cargos generados por servicios de salud son calculados de acuerdo al nivel de ingreso del paciente.

Pacientes pueden aplicar
para servicios médicos con la recepcionista en la clínica.

Gracias



You have the right to receive a “Good Faith Estimate” explaining how much your medical care will cost

Under the law, health care providers need to give **patients who don’t have insurance or who are not using insurance** an estimate of the bill for medical items and services.

- You have the right to receive a Good Faith Estimate for the total expected cost of any non-emergency items or services. This includes related costs like medical tests, prescription drugs, equipment, and hospital fees.
- Make sure your health care provider gives you a Good Faith Estimate in writing at least 1 business day before your medical service or item. You can also ask your health care provider, and any other provider you choose, for a Good Faith Estimate before you schedule an item or service.
- If you receive a bill that is at least \$400 more than your Good Faith Estimate, you can dispute the bill.
- Make sure to save a copy or picture of your Good Faith Estimate.

For questions or more information about your right to a Good Faith Estimate, visit www.cms.gov/nosurprises or call (205) 380-9455 ext 917.

○ There may be additional items or services the provider recommends as part of the course of care that are not reflected in the Good Faith Estimate. The information provided in the Good Faith Estimate is only an estimate, and actual items, services, or charges may differ. The Good Faith Estimate is not a contract and does not require you to obtain the items or services from any of the providers or facilities identified in the Good Faith Estimate.



Usted tiene derecho a recibir un “cálculo de buena fe” en el que se explique cuánto va a costar su atención médica

Según la ley, los proveedores de atención médica deben dar a los **pacientes que no tengan seguro, o que no lo utilicen**, un cálculo de la factura por el material y los servicios médicos.

- Usted tiene derecho a recibir un cálculo de buena fe del costo total previsto de cualquier material o servicio que no sea de emergencia. Esto incluye costos relacionados como pruebas médicas, medicamentos recetados, equipamiento y gastos de hospitalización.
- Compruebe que su proveedor de atención médica le de por escrito un cálculo de buena fe al menos 1 día laborable antes de utilizar su servicio o material médico. También puede pedir a su proveedor de atención médica y a cualquier otro proveedor que elija, un cálculo de buena fe antes de programar material o servicio.
- Si recibe una factura que supere en al menos 400 dólares su cálculo de buena fe, puede impugnar la factura.
- Guarde una copia o una imagen del cálculo de buena fe.

Si tiene alguna pregunta o desea obtener más información sobre su derecho a recibir un cálculo de buena fe, visite www.cms.gov/nosurprises o llame al (205) 380-9455 ext. 917.

○ Puede haber material o servicios adicionales que el proveedor recomiende, como parte del proceso de atención, que no se reflejan en el cálculo de buena fe. La información proporcionada en el cálculo de buena fe es sólo un cálculo y el material, servicios o cargos reales pueden variar. El cálculo de buena fe no es un contrato y no lo obliga a recibir el material o servicios de ninguno de los proveedores o centros identificados en el cálculo de buena fe.



Christ Health

**Have you been to the ER?
Have you been admitted to a hospital?
We want to know**

At the ER/hospital, you will be asked for your primary care physician.

Please tell them

CHRIST HEALTH CENTER

After discharge, please call us at 205-380-9455 and tell us you have been to the ER and/or admitted to the hospital so we can determine whether you need an appointment after discharge and can request your ER/hospital records.

This helps us better care for you

Thank you!



Christ Health

**¿Has estado en la sala de urgencias?
¿Ha sido internado en un hospital?
Queremos saber.**

En el hospital de urgencias, se le pedirá su médico de atención primaria.
Por favor díles

CHRIST HEALTH CENTER

Después del alta, por favor llámenos 205-380-9455 y díganos que ha estado en el ER y/o ingresado en el hospital para que podamos determinar si necesita una cita después del alta y puede solicitar sus registros de urgencias/hospitales.

**¡Esto nos ayuda a cuidarlo mejor!
¡Gracias!**



PATIENT BILL OF RIGHTS AND RESPONSIBILITIES

Christ Health Center (CHC) is committed to providing high quality care that is fair, responsive, and accountable to the needs of our patients and their families. We are committed to providing our patients and their families with a means to not only receive appropriate health care and related services, but also to address any concerns they may have regarding such services. We encourage all of our patients to be aware of their rights and responsibilities and to take an active role in maintaining and improving their health and strengthening their relationships with our health care providers. We strongly urge anyone with questions or concerns regarding our "Bill of Rights and Responsibilities" to contact our Front Office Manager or Administrative Services Director who will be happy to assist you.

EVERY PATIENT HAS A RIGHT TO:

1. Receive high quality care based on professional standards of practice, regardless of his or her (or his or her family's) ability to pay for such services.
2. Obtain services without discrimination on the basis of race, ethnicity, national origin, sex, age, religion, physical or mental disability, sexual orientation or preference, marital status, socio-economic status or diagnosis/condition.
3. Be treated with courtesy, consideration and respect by all CHC staff, at all times and under all circumstances, and in a manner that respects his or her dignity and privacy.
4. Be informed of CHC's Privacy Policies and Procedures, as the policies relate to individually identifiable health information.
5. Expect that CHC will keep all medical records confidential and will release such information only with his or her written authorization, in response to court order or subpoenas, or as otherwise permitted or required by law.
6. Access, review and/or copy his or her medical records, upon request, at a mutually designated time (or, as appropriate, have a legal custodian access, review and/or copy such records), and request amendment to such records.
7. Know the name and qualifications of all individuals responsible for his or her health care and be informed of how to contact these individuals.
8. Request a different health care provider if he or she is dissatisfied with the person assigned to him or her by CHC. CHC will use best efforts, but cannot guarantee that re-assignment requests will be accommodated.
9. Receive a complete, accurate, easily understood, and culturally and linguistically competent explanation of (and, as necessary, other information regarding) any diagnosis, treatment, prognosis, and/or planned course of treatment, alternatives (including no treatment), and associated risks/benefits.
10. Receive information regarding the availability of support services, including translation, transportation and education services.
11. Receive sufficient information to participate fully in decisions related to his or her health care and to provide informed consent prior to any diagnostic or therapeutic procedure (except in emergencies). If a patient is unable to participate fully, he or she has the right to be represented by parents, guardians, family member or other designated surrogates.
12. Ask questions (at any time before, during or after receiving services) regarding any diagnosis, treatment, prognosis and/or planned course of treatment, alternatives and risks, and receive understandable and clear answers to such questions.
13. Refuse any treatment (except as prohibited by law), be informed of the alternatives and/or consequences of refusing treatment, which may include CHC having to inform the appropriate authorities of this decision, and express preferences regarding any future treatments.
14. Obtain another medical opinion prior to any procedure.
15. Be informed if any treatment is for purposes of research or is experimental in nature, and be given the opportunity to provide his or her informed consent before such research or experiment will begin (unless such consent is otherwise waived).
16. Develop advance directives and be assured that all health care providers will comply with those directives in accordance with law.
17. Designate a surrogate to make health care decision if he or she is or becomes incapacitated.



18. Ask for and receive information regarding his or her financial responsibility for the services.
19. Receive an itemized copy of the bill for his or her services, an explanation of charges, and description of the services that will be charged to his/her insurance.
20. Request an additional assistance necessary to understand and/or comply with the CHC's administrative procedures and rules, access health care and related services, participate in treatments, or satisfy payment obligations by contacting Administrative Services Director.
21. File a grievance or complaint about CHC or its staff without fear of discrimination or retaliation and have it resolved in a fair, efficient and timely manner. A complaint can be made by asking to speak to the department's manager, the Administrative Services Director, or the Quality Improvement Coordinator.

EVERY PATIENT IS RESPONSIBLE FOR:

1. Providing accurate personal, financial, insurance, and medical information (including all current treatments and medications) prior to receiving services from the CHC and its health care providers.
2. Following all administrative and operational rules and procedures posted within the CHC facilities.
3. Behaving at all times in a polite, courteous, considerate and respectful manner to all CHC staff and patients, including respecting the privacy and dignity of other patients.
4. Supervising his or her children while in CHC's facility.
5. Refraining from abusive, harmful, threatening, or rude conduct towards other patients and/or the CHC staff.
6. Not carrying any type of weapons or explosives into the CHC facility(s).
7. Keeping all scheduled appointments and arriving on time.
8. Notifying CHC no later than 24 hours (or as soon as possible within 24 hours) prior to the time of an appointment if he/she cannot keep the appointment as scheduled. Failure to follow this policy may result in being charged for the visit and/or being placed on a waiting list for the next visit. It also prevents CHC from providing care to other patients in their place.
9. Participating in and following the treatment plan recommended by his or her health care providers, to the extent he or she is able, and working with providers to achieve desired health outcomes.
10. Asking questions if he or she does not understand the explanation of (or information regarding) his or her diagnosis, treatment, prognosis, and/or planned course of treatment, alternatives or associated risks/benefits, or any other information provided to him or her regarding services.
11. Providing an explanation to his or her health care providers if refusing to (or unable to) participate in treatment, to the extent he or she is able, and clearly communicating wants and needs.
12. Informing his or her health care providers of any changes or reactions to medication and/or treatment.
13. Familiarizing himself or herself with his or her health benefits and any exclusions, deductibles, co-payments, and treatment costs.
14. As applicable, making a good faith effort to meet financial obligations, including promptly paying for services provided.
15. Advising CHC of any concerns, problems, or dissatisfaction with the services provided or the manner in which (or by whom) they are furnished.
16. Utilizing all services, including grievance and complaint procedures, in a responsible, non-abusive manner, consistent with the rules and procedures of CHC (including being aware of CHC's obligation to treat all patients in an efficient and equitable manner).



DECLARACIÓN DE DERECHOS Y RESPONSABILIDADES DE LOS PACIENTES

El Christ Health Center (CHC) se compromete a ofrecer atención médica de alta calidad, justa, receptiva y responsable frente a las necesidades de nuestros pacientes y sus familias. Nosotros nos comprometemos a proporcionarles a nuestros pacientes y a sus familias un medio para no solo recibir la atención médica y servicios correspondientes apropiados, sino también abordar todo tipo de inquietudes que generen dichos servicios. Animamos a todos nuestros pacientes a ser conscientes de sus derechos y responsabilidades, y a participar activamente en el mantenimiento y mejora de su salud y en el fortalecimiento de sus relaciones con nuestras entidades prestadoras de salud. Solicitamos encarecidamente a todos los que tienen inquietudes o dudas respecto a la "Declaración de Derechos y Responsabilidades" que contacten a nuestro Responsable de Recepción o al Director de Servicios Administrativos quienes estarán deseosos de atenderlos.

TODO PACIENTE TIENE DERECHO A:

1. Recibir atención médica de alta calidad con base en los estándares profesionales de práctica, independientemente de la capacidad del paciente o su familia de pagar por dichos servicios.
2. Recibir servicios sin ser discriminado por su raza, origen étnico, nacionalidad, sexo, edad, religión, discapacidad física o mental, orientación o preferencia sexual, estado civil, estado socioeconómico o diagnóstico/condición médica.
3. Ser tratado, en todo momento y bajo cualquier circunstancia, con cortesía, consideración y respeto por el personal del CHC, de tal manera que se respete su dignidad y privacidad.
4. Ser informado acerca de las Políticas y Procedimientos de Privacidad del CHC, debido a que las políticas están relacionadas a la información de salud identificable en forma individual.
5. Esperar que el CHC mantenga la confidencialidad de todos los registros médicos y que solo compartirá dicha información mediante autorización escrita del paciente, en respuesta a órdenes o citaciones de la corte, o de cualquier otro modo permitido o exigido por la ley.
6. Acceder, revisar y/o copiar sus registros médicos, bajo petición, en una fecha y hora pactadas mutuamente (o, según corresponda, cuando un tutor legal tenga derecho de acceder, revisar y/o copiar dichos registros), y sugerir modificaciones de dichos registros.
7. Conocer el nombre y cualificaciones de todos los individuos responsables de su atención médica y saber cómo contactar a dichos individuos.
8. Solicitar una entidad prestadora de salud diferente en caso de que el paciente no esté satisfecho con la persona asignada por el CHC. El CHC hará todo lo que esté a su alcance, pero no garantiza que se pueda reasignar una nueva persona.
9. Recibir una explicación completa, precisa, de fácil entendimiento, y cultural y lingüísticamente competente de (y, de ser necesario, otra información respecto a) todo diagnóstico, tratamiento, pronóstico y/o ciclo de tratamiento establecido, alternativas (incluyendo la opción de no someterse a tratamiento), así como riesgos/beneficios asociados.
10. Recibir información sobre la disponibilidad de servicios de apoyo, incluyendo desplazamiento, transporte y servicios educativos.
11. Recibir información suficiente para participar plenamente en la toma de decisiones relacionadas con su atención médica y brindar consentimiento informado previo a cualquier diagnóstico o procedimiento terapéutico (excepto en caso de emergencias). Si un paciente es incapaz de tomar dichas decisiones, este tendrá derecho a ser representado por sus padres, tutores, parientes u otros representantes designados.
12. Realizar preguntas (en cualquier momento, sea antes, durante o después de recibir los servicios) respecto a cualquier diagnóstico, tratamiento, pronóstico y/o ciclo de tratamiento establecido, alternativas y riesgos, y recibir respuestas claras y entendibles a dichas preguntas.
13. Reusarse a cualquier tratamiento (excepto cuando la ley lo prohíba), ser informado acerca de las alternativas y/o consecuencias de reusarse al tratamiento, lo cual implicaría que el CHC informe a las autoridades competentes sobre la decisión, y exprese preferencias en cuanto a futuros tratamientos.
14. Obtener otra opinión médica antes de cada procedimiento.
15. Ser informado en caso de que algún tratamiento sea para efectos de investigación o experimentales, así como la oportunidad de proporcionar su consentimiento informado antes de dicha investigación o experimentación (a menos que se prescinda de dicho consentimiento).
16. Desarrollar directrices previas y que se les garantice que las entidades prestadoras de salud cumplirán con dichas directrices de conformidad con la ley.

17. Designar un representante para tomar decisiones sobre la atención médica en caso de que el paciente esté o quede incapacitado.
18. Preguntar por y recibir información sobre su responsabilidad financiera por los servicios brindados.
19. Recibir una copia desglosada de la factura por los servicios brindados, una explicación de los costos, y una descripción de los servicios que serán cargados a su seguro médico.
20. Solicitar cualquier asistencia adicional necesaria para entender y/o cumplir con las normas y procedimientos administrativos del CHC, acceder a servicios relacionados y de atención médica, someterse a tratamientos o cumplir con las obligaciones de pago contactando al Director de Servicios Administrativos.
21. Presentar una queja o reclamación contra el CHC y su personal sin miedo a la discriminación o represalias y que esta se resuelva de forma justa, eficiente y oportuna. Se puede presentar una queja mediante una solicitud para hablar con el gerente de departamento, el Director de Servicios Administrativos o el Coordinador de Mejora de la Calidad.

TODO PACIENTE ES RESPONSABLE DE:

1. Proporcionar información precisa sobre su historial y seguro médico, así como sus datos financieros y personales (incluidos los tratamientos y medicamentos actuales) antes de ser atendido por el CHC y sus entidades prestadoras de salud.
2. Cumplir todas las normas y procedimientos administrativos y operacionales establecidos dentro de las instalaciones del CHC.
3. Comportarse, en todo momento, de manera cortés, amable, considerada y respetuosa con el personal y los pacientes del CHC, así como respetar la privacidad y dignidad de otros pacientes.
4. Supervisar a sus hijos durante su estadía en las instalaciones del CHC.
5. Evitar una conducta abusiva, dañina, amenazante o ruda hacia otros pacientes y/o personal del CHC.
6. No llevar ningún tipo de armas o explosivos a las instalaciones del CHC.
7. Cumplir con todas las citas programadas y ser puntual.
8. Notificar al CHC a más tardar 24 horas (o lo más antes posible dentro de 24 horas) antes de una cita si el paciente no puede asistir a dicha cita. En caso de no cumplir con esta política, el CHC podría cobrarle la visita al paciente y/o podría colocarlo en una lista de espera para la próxima visita. Esto impediría al CHC brindar atención médica a otros pacientes en su lugar.
9. Participar en y cumplir con el plan de tratamiento recomendado por sus entidades prestadoras de salud, en la medida en que el paciente pueda cumplirlo, y trabajar en conjunto con los proveedores para alcanzar los resultados sanitarios deseados.
10. Realizar preguntas en caso de que el paciente no entienda la explicación sobre (o información respecto a) su diagnóstico, tratamiento, pronóstico y/o ciclo de tratamiento establecido, alternativas o riesgos/beneficios asociados, o cualquier otra información proporcionada al paciente acerca de los servicios brindados.
11. Brindar una explicación a sus entidades prestadoras de salud en caso de negarse a (o no poder) someterse a un tratamiento, en la medida en que el paciente pueda, y dar a conocer lo que quiere y necesita.
12. Informar a sus entidades prestadoras de salud sobre cambios o reacciones a los medicamentos y/o al tratamiento.
13. Familiarizarse con sus beneficios sanitarios y con todas las exclusiones, deducibles, copagos y costos de tratamiento.
14. Según corresponda, realizar un esfuerzo de buena fe para cumplir con las obligaciones financieras, incluyendo el pago oportuno de los servicios brindados.
15. Hablar con el CHC sobre cualquier inquietud, problema o insatisfacción de los servicios recibidos o la manera en la que (o por quien) son atendidos.
16. Utilizar todos los servicios, incluyendo los procedimientos de quejas y reclamaciones de manera responsable y no abusiva cumpliendo con las normas y procedimientos del CHC (además, tener conocimiento sobre la obligación del CHC de tratar a todos los pacientes de manera justa y equitativa).



**AS A FEDERALLY QUALIFIED HEALTH CENTER, WE PROMISE
TO:**

- Serve All Patients, regardless of ability to pay
- Offer discounted charges for patients who qualify, regardless of insured status
- Accept insurance, including Medicaid, Medicare, and ALL Kids

**Notice of Nondiscrimination and
Availability of Language Assistance Services**

Christ Health does not discriminate on the basis of race, color, national origin, sex, age or disability.

To assure patient accessibility to our services:

- we provide free reasonable modifications to patients with disabilities, through electronic qualified sign language interpreters and written information delivered orally; and
- we provide free language assistance services to patients through qualified Spanish interpreter staff or electronic certified interpretation services for more than 200 languages



via audio and video transaction as well as through translated documents.

If you need these services, please inform the Front Office staff. The COO is our Section 1557 Coordinator; you may contact the COO by asking Front Office staff to send an electronic message or by calling 205-380-9455 and asking for the COO.

If you believe that we have failed in providing these services or discriminated against you in another way you can file a grievance by notifying the Front Office staff who will assist you. Or you can mail your grievance in writing addressed to the COO, Section 1557 Coordinator, Christ Health Center, Inc., 5720 1st Avenue South, Birmingham, AL 35212.

You can also file a civil rights complaint with the Office for Civil Rights, Department of Health and Human Services by one of the following methods:

- mailing your written complaint to: Centralized Case Management Operations, U.S. Department of Health and Human Services, 200 Independence Avenue, SW, Room 509F HHH Bldg., Washington, D.C. 20201; or
- online at the OCR Portal found at <https://www.hhs.gov/civil-rights/filing-a-complaint/complaint-process/index.html>; or
- email to OCRComplaint@hhs.gov

This Notice is also available at www.christhealthcenter.org.



COMO CENTRO MÉDICO CALIFICADO A NIVEL FEDERAL, PROMETEMOS:

- Servir a todos los pacientes,
sin importar su capacidad de pago
- Ofrecer cargos con descuento a los pacientes que califican, sin
importar el estatus de su seguro
- Aceptar seguros, incluyendo Medicaid, Medicare y ALL Kids

Aviso de no discriminación y disponibilidad de servicios de asistencia de idiomas

Christ Health no discrimina por raza, color, país de origen, sexo, edad ni discapacidad.

Para garantizar nuestros servicios a los pacientes:

- hacemos modificaciones razonables gratuitas para los pacientes con discapacidades, mediante intérpretes calificados de lengua de señas, que se conectan por medios electrónicos, e información por escrito que damos de manera oral; y
- damos servicios gratuitos de asistencia de idiomas a los pacientes mediante personal calificado de interpretación al español o servicios electrónicos de interpretación certificada para más de 200 idiomas mediante transmisión de audio y video, y por medio de documentos traducidos.



Si necesita estos servicios, informe al personal de Recepción. El director de operaciones (COO) es nuestro coordinador de la Sección 1557; usted puede comunicarse con el COO para pedir que el personal de Recepción le envíe un mensaje electrónico o llame al 205-380-9455 y pregunte por el COO.

Si cree que fallamos en la prestación de estos servicios o lo discriminamos de alguna otra forma, puede presentar una queja formal informando al personal de Recepción, que lo ayudará. O puede enviar su queja formal por escrito dirigida al COO, Section 1557 Coordinator, Christ Health Center, Inc. 5720 1st Avenue South, Birmingham, AL 35212.

Usted también puede presentar una queja sobre derechos civiles ante la Oficina de Derechos Civiles (Office for Civil Rights) del Departamento de Salud y Servicios Humanos (Department of Health and Human Services) mediante uno de los siguientes métodos:

- envío por correo de su queja por escrito a: Centralized Case Management Operations, U.S. Department of Health and Human Services, 200 Independence Avenue, SW, Room 509F HHH Bldg., Washington, D.C. 20201; o
- en línea en el portal de OCR Portal en <https://www.hhs.gov/civil-rights/filing-a-complaint/complaint-process/index.html>; o
- por correo electrónico a OCRComplaint@hhs.gov

También puede encontrar este aviso disponible en www.christhealthcenter.org.



Christ Health

VOLUNTEER FTCA NOTICE

You may receive care from a provider who is a volunteer at Christ Health Center. Under federal law relating to the operation of health centers, the Federal Tort Claims Act (FTCA) provides the exclusive remedy for damage from personal injury, including death, resulting from the performance of medical, surgical, dental, or related functions within the scope of deemed employment by any volunteer of a deemed health center who the Department of Health and Human Services has deemed to be an employee of the Public Health Service. (See Public Health Service Act subsection 224(q), codified at 42 U.S.C. § 233(q))



Christ Health

AVISO DE FTCA PARA VOLUNTARIOS

Puede recibir atención de un proveedor que sea voluntario en el Christ Health Center. Según la ley federal relacionada con el funcionamiento de los centros de salud, la Ley Federal de Reclamaciones por Agravios (FTCA, por sus siglas en inglés) proporciona el remedio exclusivo por daños personales, incluida la muerte, resultantes del desempeño de funciones médicas, quirúrgicas, dentales o relacionadas dentro del ámbito del empleo considerado por cualquier voluntario de un centro de salud considerado, que el Departamento de Salud y Servicios Humanos haya considerado como empleado del Servicio de Salud Pública. (Ver subsección 224(q) de la Ley del Servicio de Salud Pública, codificada en 42 U.S.C. § 233(q)).

Notice of Availability of Language Assistance Services and Auxiliary Aids and Services (§ 92.11)

ATENCIÓN: Si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. También están disponibles de forma gratuita ayuda y servicios auxiliares apropiados para proporcionar información en formatos accesibles. Llame al 1-205-380-9455 o hable con su proveedor.

주의: [한국어]를 사용하시는 경우 무료 언어 지원 서비스를 이용하실 수 있습니다. 이용 가능한 형식으로 정보를 제공하는 적절한 보조 기구 및 서비스도 무료로 제공됩니다. 1-205-380-9455 번으로 전화하거나 서비스 제공업체에 문의하십시오.

注意: 如果您说[中文], 我们将免费为您提供语言协助服务。我们还免费提供适当的辅助工具和服务, 以无障碍格式提供信息。致电1-205-380-9455或咨询您的服务提供商。

LƯU Ý: Nếu bạn nói tiếng Việt, chúng tôi cung cấp miễn phí các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ. Các hỗ trợ dịch vụ phù hợp để cung cấp thông tin theo các định dạng dễ tiếp cận cũng được cung cấp miễn phí. Vui lòng gọi theo số 1-205-380-9455 hoặc trao đổi với người cung cấp dịch vụ của bạn.

تنبيه: إذا كنت تتحدث اللغة العربية، فستتوفر لك خدمات المساعدة اللغوية المجانية. كما تتوفر وسائل مساعدة وخدمات مناسبة لتوفير المعلومات بتنسيقات يمكن الوصول إليها مجانًا. اتصل على الرقم (1-205-380-9455 أو تحدث إلى مقدم الخدمة.

ACHTUNG: Wenn Sie Deutsch sprechen, stehen Ihnen kostenlose Sprachassistenzen zur Verfügung. Entsprechende Hilfsmittel und Dienste zur Bereitstellung von Informationen in barrierefreien Formaten stehen ebenfalls kostenlos zur Verfügung. Rufen Sie 1-205-380-9455 an oder sprechen Sie mit Ihrem Provider.

ATTENTION : Si vous parlez Français, des services d'assistance linguistique gratuits sont à votre disposition. Des aides et services auxiliaires appropriés pour fournir des informations dans des formats accessibles sont également disponibles gratuitement. Appelez le 1-205-380-9455 ou parlez à votre fournisseur.

ધ્યાન આપો: જો તમે ગુજરાતી બોલતા હો તો મફત ભાષાકીય સહાયતા સેવાઓ તમારા માટે ઉપલબ્ધ છે. યોગ્ય ઓફિસિલરી સહાય અને એક્સેસિબલ ફોર્મેટમાં માહિતી પૂરી

પાડવા માટેની સેવાઓ પણ વિના મૂલ્યે ઉપલબ્ધ છે. 1-205-380-9455 પર કોલ કરો અથવા તમારા પ્રદાતા સાથે વાત કરો.

PAALALA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, magagamit mo ang mga libreng serbisyong tulong sa wika. Magagamit din nang libre ang mga naaangkop na auxiliary na tulong at serbisyo upang magbigay ng impormasyon sa mga naa-access na format. Tumawag sa 1-205-380-9455 o makipag-usap sa iyong provider.

ध्यान दें: यदि आप हिंदी बोलते हैं, तो आपके लिए निःशुल्क भाषा सहायता सेवाएं उपलब्ध होती हैं। सुलभ प्रारूपों में जानकारी प्रदान करने के लिए उपयुक्त सहायक साधन और सेवाएँ भी निःशुल्क उपलब्ध हैं। 1-205-380-9455 पर कॉल करें या अपने प्रदाता से बात करें।

ເຊີນຊາບ: ຖ້າທ່ານເວົ້າພາສາ ລາວ, ຈະມີບໍລິການຊ່ວຍດ້ານພາສາແບບບໍ່ເສຍຄ່າໃຫ້ທ່ານ. ມີເຄື່ອງຊ່ວຍ ແລະ ການບໍລິການແບບບໍ່ເສຍຄ່າທີ່ເໝາະສົມເພື່ອໃຫ້ຂໍ້ມູນໃນຮູບແບບທີ່ສາມາດເຂົ້າເຖິງໄດ້. ໂທຫາເບີ 1-205-380-9455 ຫຼື ລົມກັບຜູ້ໃຫ້ບໍລິການຂອງທ່ານ.

ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русский, вам доступны бесплатные услуги языковой поддержки. Соответствующие вспомогательные средства и услуги по предоставлению информации в доступных форматах также предоставляются бесплатно. Позвоните по телефону 1-205-380-9455 или обратитесь к своему поставщику услуг.

ATENÇÃO: Se você fala português, serviços gratuitos de assistência linguística estão disponíveis para você. Auxílios e serviços auxiliares apropriados para fornecer informações em formatos acessíveis também estão disponíveis gratuitamente. Ligue para 1-205-380-9455 ou fale com seu provedor.

注: 日本語を話される場合、無料の言語支援サービスをご利用いただけます。アクセシブル(誰もが利用できるよう配慮された)な形式で情報を提供するための適切な補助支援やサービスも無料でご利用いただけます。1-205-380-9455までお電話ください。または、ご利用の事業者にご相談ください。\\

DİKKAT: Türkçe konuşuyorsanız ücretsiz dil yardım hizmetlerinden yararlanabilirsiniz. Erişilebilir formatlarda bilgi sağlamaya yönelik uygun yardımcı yardımlar ve hizmetler de ücretsiz olarak mevcuttur. 1-205-380-9455'i arayın veya sağlayıcınızla konuşun.

Your Rights and Protections Against Surprise Medical Bills

When you get emergency care or are treated by an out-of-network provider at an in-network hospital or ambulatory surgical center, you are protected from balance billing. In these cases, you shouldn't be charged more than your plan's copayments, coinsurance and/or deductible.

What is “balance billing” (sometimes called “surprise billing”)?

When you see a doctor or other health care provider, you may owe certain [out-of-pocket costs](#), like a [copayment](#), [coinsurance](#), or [deductible](#). You may have additional costs or have to pay the entire bill if you see a provider or visit a health care facility that isn't in your health plan's network.

“Out-of-network” means providers and facilities that haven't signed a contract with your health plan to provide services. Out-of-network providers may be allowed to bill you for the difference between what your plan pays and the full amount charged for a service. This is called “**balance billing**.” This amount is likely more than in-network costs for the same service and might not count toward your plan's deductible or annual out-of-pocket limit.

“Surprise billing” is an unexpected balance bill. This can happen when you can't control who is involved in your care—like when you have an emergency or when you schedule a visit at an in-network facility but are unexpectedly treated by an out-of-network provider. Surprise medical bills could cost thousands of dollars depending on the procedure or service.

You're protected from balance billing for:

Emergency services

If you have an emergency medical condition and get emergency services from an out-of-network provider or facility, the most they can bill you is your plan's in-network cost-sharing amount (such as copayments, coinsurance, and deductibles). You **can't** be balance billed for these emergency services. This includes services you may get after you're in stable condition, unless you give written consent and give up your protections not to be balance billed for these post-stabilization services.

Certain services at an in-network hospital or ambulatory surgical center

When you get services from an in-network hospital or ambulatory surgical center, certain providers there may be out-of-network. In these cases, the most those providers can bill you is your plan's in-network cost-sharing amount. This applies to emergency medicine, anesthesia, pathology, radiology, laboratory, neonatology, assistant surgeon, hospitalist, or intensivist services. These providers can't balance bill you and may not ask you to give up your protections not to be balance billed.

If you get other types of services at these in-network facilities, out-of-network providers **can't** balance bill you, unless you give written consent and give up your protections.

You're never required to give up your protections from balance billing. You also aren't required to get out-of-network care. You can choose a provider or facility in your plan's network.

When balance billing isn't allowed, you also have these protections:

- You're only responsible for paying your share of the cost (like the copayments, coinsurance, and deductible that you would pay if the provider or facility was in-network). Your health plan will pay any additional costs to out-of-network providers and facilities directly.
- Generally, your health plan must:
 - Cover emergency services without requiring you to get approval for services in advance (also known as "prior authorization").
 - Cover emergency services by out-of-network providers.
 - Base what you owe the provider or facility (cost-sharing) on what it would pay an in-network provider or facility and show that amount in your explanation of benefits.
 - Count any amount you pay for emergency services or out-of-network services toward your in-network deductible and out-of-pocket limit.

If you think you've been wrongly billed, contact the No Surprises Help Desk at 1-800-985-3059 from 8 am to 8 pm EST, 7 days a week, or submit a complaint online at <https://www.cms.gov/nosurprises>.

Visit <https://www.cms.gov/nosurprises/consumers> for more information about your rights under federal law.

If you have any questions about your Christ Health bill you can call us at 205-380-9455.

Sus Derechos y Protecciones Contra Facturas Médicas Sorpresas

Cuando reciba atención de emergencia o sea tratado por un proveedor fuera de la red en un hospital o centro quirúrgico ambulatorio dentro de la red, está protegido contra la facturación de saldo. En estos casos, no se le debería cobrar más que los copagos, coaseguros y/o deducible de su plan.

¿Qué es la “facturación de saldo” (a veces llamada “facturación sorpresa”)?

Cuando visita a un médico u otro proveedor de atención médica, puede adeudar ciertos costos de bolsillo, como un copago, coaseguro o deducible. Puede tener costos adicionales o tener que pagar la factura completa si ve a un proveedor o visita una instalación de atención médica que no está en la red de su plan de salud.

“Fuera de la red” significa proveedores e instalaciones que no han firmado un contrato con su plan de salud para proporcionar servicios. Los proveedores fuera de la red pueden tener permiso para facturarle la diferencia entre lo que paga su plan y el monto total cobrado por un servicio. Esto se llama **“facturación de saldo”**. Esta cantidad probablemente sea mayor que los costos dentro de la red por el mismo servicio y podría no contar para el deducible de su plan o el límite anual de gastos de bolsillo.

“Facturación sorpresa” es una factura de saldo inesperada. Esto puede ocurrir cuando no puede controlar quién está involucrado en su atención —como cuando tiene una emergencia o cuando programa una visita en una instalación dentro de la red pero es tratado inesperadamente por un proveedor fuera de la red. Las facturas médicas sorpresas podrían costar miles de dólares dependiendo del procedimiento o servicio.

Está protegido contra la facturación de saldo para:

Servicios de emergencia

Si tiene una condición médica de emergencia y recibe servicios de emergencia de un proveedor o instalación fuera de la red, lo máximo que pueden facturarle es el monto de participación en los costos dentro de la red de su plan (como copagos, coaseguros y deducibles). No se le puede facturar saldo por estos servicios de emergencia. Esto incluye servicios que pueda recibir después de estar en condición estable, a menos que dé su consentimiento por escrito y renuncie a sus protecciones para no ser facturado saldo por estos servicios de post-estabilización.

Ciertos servicios en un hospital o centro quirúrgico ambulatorio dentro de la red Cuando recibe servicios de un hospital o centro quirúrgico ambulatorio dentro de la red, ciertos proveedores allí pueden estar fuera de la red. En estos casos, lo máximo que esos proveedores pueden facturarle es el monto de participación en los costos dentro de la red de su plan. Esto aplica a servicios de medicina de emergencia, anestesia, patología, radiología, laboratorio,

neonatología, cirujano asistente, hospitalista o intensivista. Estos proveedores no pueden facturarle saldo y no pueden pedirle que renuncie a sus protecciones para no ser facturado saldo.

Si recibe otros tipos de servicios en estas instalaciones dentro de la red, los proveedores fuera de la red no pueden facturarle saldo, a menos que dé su consentimiento por escrito y renuncie a sus protecciones.

Nunca está obligado a renunciar a sus protecciones contra la facturación de saldo. Tampoco está obligado a recibir atención fuera de la red. Puede elegir un proveedor o instalación en la red de su plan.

Cuando no se permite la facturación de saldo, también tiene estas protecciones:

- Solo es responsable de pagar su parte del costo (como los copagos, coaseguros y deducible que pagaría si el proveedor o instalación estuviera dentro de la red). Su plan de salud pagará cualquier costo adicional a proveedores e instalaciones fuera de la red directamente.
- Generalmente, su plan de salud debe:
 - Cubrir servicios de emergencia sin requerir que obtenga aprobación para los servicios con anticipación (también conocido como “autorización previa”).
 - Cubrir servicios de emergencia por proveedores fuera de la red.
 - Basar lo que adeuda al proveedor o instalación (participación en costos) en lo que pagaría a un proveedor o instalación dentro de la red y mostrar ese monto en su explicación de beneficios.
 - Contar cualquier monto que pague por servicios de emergencia o servicios fuera de la red hacia su deducible dentro de la red y límite de gastos de bolsillo.

Si cree que se le ha facturado incorrectamente, comuníquese con el Centro de Ayuda Sin Sorpresas al 1-800-985-3059 de 8 am a 8 pm EST, 7 días a la semana, o presente una queja en línea en <https://www.cms.gov/nosurprises>.

Visite <https://www.cms.gov/nosurprises/consumers> para obtener más información sobre sus derechos bajo la ley federal.

Si tiene alguna pregunta sobre su factura de Christ Health, puede llamarnos al 205-380-9455.

Medicare Shared Savings Program Accountable Care Organizations

Working together to give you the best care.

is part of an Accountable Care Organization (ACO). We've teamed up with other doctors, hospitals, and health care providers to make sure you get the best care.

We provide coordinated care for you to get well & stay well

- ▶ You get patient-centered care focused on YOUR needs.
- ▶ Your health care providers can see the same test results, treatments, and prescriptions.
- ▶ More coordination helps prevent medical errors and drug interactions.
- ▶ You may save time, money, and frustration by avoiding repeated tests and appointments.
- ▶ Better communication can help protect against Medicare fraud and waste.

You may have access to expanded benefits

- ▶ We may offer telehealth services, which let your primary care doctor care for you without an in person visit.
- ▶ Ask your health care provider if you qualify for these benefits.

Get the most from your care with our communication & support

- ▶ **Ask about signing up for our secure online portal.** You'll get 24-hour access to your personal health information, including lab results and communication from your health care provider.
- ▶ When you choose a health care provider that participates in an ACO, they'll help you get the right care at the right time. You can visit [Medicare.gov](https://www.medicare.gov) and log into (or create) your secure Medicare account to choose a primary care doctor.
- ▶ Medicare protects the privacy of your health information. If you don't want Medicare to share information with your health care providers for care coordination, call 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Medicare may still share general information to measure provider quality. For more information on how Medicare may use and give out your information, visit [Medicare.gov](https://www.medicare.gov) and search for "privacy."

Want more information?

Ask our front desk, or call us at _____. You can also visit [Medicare.gov](https://www.medicare.gov) or call 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). TTY users can call 1-877-486-2048.
To report a Medicare-related concern or complaint, call 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227).

To learn more about Accountable Care Organizations, scan the QR code here:



MEDICARE
SHARED SAVINGS
PROGRAM

Programa de Ahorros Compartidos de Medicare Organizaciones Responsable de la Salud

Trabajando juntos para brindarle el mejor cuidado.

es parte de una Organización Responsable de la Salud (ACO). Nos hemos asociado con otros médicos, hospitales y proveedores de la salud para asegurarnos de que reciba el mejor cuidado.

Brindamos cuidado coordinado para que se recupere y se mantenga saludable

- ▶ Recibe cuidado centrado en el paciente y enfocado en SUS necesidades.
- ▶ Sus proveedores de la salud pueden ver los mismos resultados de pruebas, tratamientos y recetas.
- ▶ Una mayor coordinación ayuda a prevenir errores médicos e interacciones entre medicamentos.
- ▶ Puede ahorrarle tiempo, dinero y frustración al evitar pruebas y citas repetidas.
- ▶ Una mejor comunicación puede ayudarle a protegerse contra el fraude y el desperdicio de Medicare.

Es posible que tenga acceso a beneficios adicionales

- ▶ Podemos ofrecerle servicios de telesalud que permiten que su médico primario lo atienda sin una visita en persona.
- ▶ Pregúntele a su proveedor de la salud si es elegible para estos beneficios.

Aproveche al máximo su cuidado con nuestra comunicación y apoyo

- ▶ **Pregunte sobre cómo registrarse en nuestro portal en línea seguro.** Obtendrá acceso las 24 horas a su información de salud personal, incluidos los resultados de laboratorio y comunicación de su proveedor de cuidados médicos.
- ▶ Cuando elija un proveedor de la salud que participe en una ACO, le ayudarán a obtener el cuidado adecuado en el momento adecuado. Puede visitar [Medicare.gov](https://www.medicare.gov) e iniciar sesión (o crear) su cuenta segura de Medicare para elegir un médico primario.
- ▶ Medicare protege la privacidad de su información de salud. Si no desea que Medicare comparta información con sus proveedores de la salud para la coordinación de su cuidado, llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Medicare aún puede compartir información general para medir la calidad del proveedor. Para más información sobre cómo Medicare puede usar y divulgar su información, visite [Medicare.gov](https://www.medicare.gov) y busque "privacidad".

¿Quiere más información?

Pregúntele a nuestra recepción o llámenos al _____. También puede visitar [Medicare.gov](https://www.medicare.gov) o llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-877-486-2048. Para informar una inquietud o queja relacionada con Medicare, llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227).

Obtenga más información sobre las Organización Responsable de la Salud escanea el código QR aquí:

