



**RESUMEN DE LOS PROGRAMAS DE AYUDA
FINANCIERA Y SOLICITUD
SUMMARY OF FINANCIAL ASSISTANCE
PROGRAMS AND APPLICATION**

**RESUMEN DE LOS PROGRAMAS DE ASISTENCIA FINANCIERA EN TODOS LOS HOSPITALES
PROPIEDAD Y OPERADOS POR BANNER HEALTH (BH)
SUMMARY OF FINANCIAL ASSISTANCE PROGRAMS AT ALL HOSPITALS OWNED AND
OPERATED BY BANNER HEALTH (BH)**

Banner Health ofrece programas de asistencia financiera a pacientes sin seguro, con seguro insuficiente y medicamento indigentes. Esta política únicamente es válida para los hospitales y no para otros centros de BH tales como los centros de cirugía ambulatoria (ASC), imagenología y centros de urgencias leves. Un paciente sin seguro es un paciente sin seguro de un tercero y que no está inscrito en un programa de seguro gubernamental. A los pacientes sin seguro se les cobra inicialmente la Tarifa de Pago por Cuenta Propia por los Servicios Cubiertos. Un paciente con seguro insuficiente significa un paciente con cobertura de Seguro de Terceros, pero con limitaciones financieras o corresponsabilidad, incluyendo deducibles, copagos y coaseguro, tiene gastos de su propio bolsillo que exceden sus capacidades financieras. Por paciente medicamento indigente significa un hogar con gastos médicos incurridos durante los 12 meses anteriores, en los que la parte de la que es responsable el hogar supera el 50% de los ingresos totales del hogar ese año. Para determinar si un hogar es un Hogar Medicamento Indigente, se incluyen todos los gastos médicos, incluidos los gastos médicos que no sean de BH.

Si usted es un paciente sin seguro, puede calificar para un precio reducido si no reúne los requisitos para el Programa de Asistencia Financiera en base a las guías del Índice de Pobreza Federal. El calificar para la atención con descuento significa que, a usted le cobrarán 1.25 x MNF (el Monto Normalmente Facturado), el cual se basa en el promedio de los montos que un seguro médico privado y Medicare pagarían al hospital (y copagos y deducibles) por los servicios medicamento necesarios que reciba, si usted hubiera estado asegurado.

Si usted es un paciente sin seguro, puede calificar para la Asistencia Financiera de BH si, (1) tiene un ingreso familiar anual y un núcleo familiar igual o menor al 400% del Índice de Pobreza Federal y no tienen otros bienes para pagar los cargos completos del hospital y, (2) si el hospital le pide que lo haga, solicita Medicaid/ AHCCCS, coopera completamente con la solicitud y proceso de determinación, o no puede razonablemente completar el proceso de solicitud, y le niegan la cobertura de Medicaid/ AHCCCS.

Si usted es un paciente con seguro insuficiente, puede calificar para la Asistencia Financiera de BH para personas con Seguro Insuficiente o Saldo después del Descuento de Seguro. Necesita presentar la solicitud para que le consideren y cumplir con los requisitos del saldo de la factura del hospital especificado en la Política de Asistencia Financiera y las guías del Índice Federal de Pobreza.

Si usted califica para la Asistencia Financiera de BH, no se le cobrará en ningún caso, más del Monto Normalmente Facturado por servicios de urgencia u otros servicios medicamento necesarios. Además, nunca se le exigirá que haga un pago por adelantado o que haga otros arreglos para el pago, para recibir servicios de urgencia. Sin embargo, para recibir servicios que no sean de urgencia, le exigirán en la mayoría de los casos, que haga un depósito de anticipo considerable o que haga otros arreglos para el pago, en base a un cálculo estimado de los Montos Normalmente Facturados.

Una copia gratuita de la política de asistencia financiera, de la política de facturación y cobranza, y de los formularios para las solicitudes están disponibles en el sitio de internet de Banner en Bannerhealth.com. También puede pedir copias por correo si se comunica con el Departamento de Servicios Financieros de Banner al (888) 264-2127. El personal del Departamento de Servicios Financieros de Banner está disponible para contestar sus preguntas y darle información sobre los Programas de Asistencia Financiera, el proceso de solicitud y las organizaciones sin fines de lucro y las agencias gubernamentales que pueden ayudarle con estas solicitudes. Comuníquese al (888) 264-2127 si tiene más preguntas.

Programa de Quejas sobre Facturas Hospitalarias: El Programa de Quejas sobre Facturas Hospitalarias es un programa estatal, que revisa las decisiones de los hospitales sobre si usted reúne los requisitos para recibir ayuda para pagar su factura hospitalaria. Si cree que le han denegado erróneamente la ayuda económica, puede presentar una queja ante el Programa de Quejas sobre Facturas Hospitalarias. Vaya a HospitalBillComplaintProgram.hcai.ca.gov para más información y para presentar una queja.

DO NOT RETAIN AS PART OF THE PERMANENT MEDICAL RECORD



**RESUMEN DE LOS PROGRAMAS DE AYUDA
FINANCIERA Y SOLICITUD
SUMMARY OF FINANCIAL ASSISTANCE
PROGRAMS AND APPLICATION**

Enviar a: Banner Health c/o PBM PO Box 743711, Los Angeles, CA 90074-3711 BannerFAApplications@bannerhealth.com	Fecha actual: Nombre del paciente: Fecha de nacimiento: Centro: Fecha de servicio:
--	--

Instrucciones: Complete la solicitud e incluya la siguiente documentación y envíela a la dirección o correo electrónico arriba indicados.

- **No aplica para ubicaciones en NHSC incluyendo: Fallon, NV, Femley, NV, Susanville, CA Payson Primary Care, AZ, Payson OBGYN, AZ y Maricopa, AZ**
- Prueba de ingresos. Entre los documentos aceptables se incluyen:
 - Si trabaja actualmente, copias de los tres (3) últimos comprobantes de nómina consecutivos (paciente, aval y cónyuge)
 - Si trabaja por cuenta propia, una copia del formulario de impuestos federales Anexo C u otra prueba de ingresos y gastos
 - Si está jubilado o recibe Seguro Social, una copia del formulario SSA 1099 o de la carta de compensación**.
 - Si está desempleado, una copia de su declaración federal de la renta del año anterior, una carta de compensación por desempleo o una carta de autodeclaración de **ingresos****.
 - Determinación de la ayuda estatal o gubernamental (Medicaid/AHCCCS) **.
 - Si se solicita, copias de facturas médicas que no sean de **Banner****.

Información del solicitante

Nombre del solicitante/aval _____ Número de Seguro Social: ** _____

Dirección: _____

Fecha de nacimiento: _____

Número de teléfono: _____

Empleador: _____ Situación laboral: _____

Duración del empleo: _____ Desempleado Fecha/Duración: _____

Información sobre el cónyuge o pareja

Nombre: _____

Empleador: _____ Situación laboral: _____

Fecha de nacimiento: _____

Número de teléfono: _____

Información dependiente

Nombre:	Relación:	Fecha de nacimiento: (mm/dd/aaaa)
1.		
2.		
3.		
4.		
5.		
6.		

Otros ingresos

Descripción:	Importe mensual:
1.	\$
2.	\$

DO NOT RETAIN AS PART OF THE PERMANENT MEDICAL RECORD



**RESUMEN DE LOS PROGRAMAS DE AYUDA
FINANCIERA Y SOLICITUD
SUMMARY OF FINANCIAL ASSISTANCE
PROGRAMS AND APPLICATION**

Enviar a: Banner Health c/o PBM PO Box 743711, Los Angeles, CA 90074-3711 BannerFAApplications@bannerhealth.com	Fecha actual: Nombre del paciente: Fecha de nacimiento: Centro: Fecha de servicio:
--	--

Información médica		
Tipo de deuda / a quién:	Saldo pendiente:	Pago mensual:
1. (Doctor)	\$	\$
2. (Hospital)	\$	\$
3. (Imágenes médicas)	\$	\$
4. (DME/Atención a domicilio)	\$	\$
5. (Ambulancia)	\$	\$
6.	\$	\$

Me gustaría participar en el programa de asistencia financiera de Banner Health y entiendo que toda la información personal divulgada tiene el único propósito de determinar mi elegibilidad. Banner Health la mantendrá segura y confidencial.

La información que he proporcionado es exacta a mi leal saber y entender. Me explicaron y estoy de acuerdo como condición para calificar para la asistencia financiera de Banner Health, en caso de calificar y recibir asistencia, cualquier financiamiento de terceros que yo reciba o sea elegible para recibir, de conformidad con ARS Sec. 33-931, et seq., el estatuto de gravamen de atención médica de Arizona, o los estatutos aplicables, puede ser considerado y recuperado por Banner Health para abordar y compensar el descuento de asistencia financiera que se me haya proporcionado.

Firma del responsable: _____ **Fecha/Hora:** _____

Nombre en letra de molde: _____

Firma del cónyuge o pareja: _____ **Fecha/Hora:** _____

Nombre en letra de molde: _____

Enviar a:
 Banner Health c/o PBM
 PO Box 743711, Los Angeles, CA 90074-3711
 BannerFAApplications@bannerhealth.com

DO NOT RETAIN AS PART OF THE PERMANENT MEDICAL RECORD