



**RÉSUMÉ DES PROGRAMMES D'AIDE FINANCIÈRE
DANS TOUS LES HÔPITAUX DÉTENUS ET EXPLOITÉS
PAR BANNER HEALTH (BH)
SUMMARY OF FINANCIAL ASSISTANCE
PROGRAMS AT ALL HOSPITALS OWNED AND
OPERATED BY BANNER HEALTH (BH)**

Banner Health propose des programmes d'aide financière pour les patients non assurés, sous-assurés et médicalement indigents. Cette politique s'applique uniquement aux hôpitaux de Banner et non aux autres établissements de BH, tels que les centres chirurgicaux ambulatoires (ASC), l'imagerie ou les soins d'urgence. Un patient non assuré est une personne sans couverture d'assurance privée ni inscription à un programme d'assurance gouvernemental. Les patients non assurés se voient initialement facturer le tarif d'auto-paiement pour les services couverts. Un patient sous-assuré désigne un patient bénéficiant d'une couverture d'assurance, mais présentant des limitations financières ou une responsabilité partagée, comme des franchises, des co-paiements et une co-assurance, entraînant des frais qui excèdent ses capacités financières. Un patient médicalement indigent désigne un ménage dont les frais médicaux, encourus au cours des 12 derniers mois, représentent plus de 50 % du revenu total du ménage pour l'année en cours. Pour déterminer si un foyer est considéré comme médicalement indigent, toutes les dépenses médicales sont prises en compte, y compris celles qui ne concernent pas Banner Health.

Si vous êtes un patient non assuré, vous pourriez bénéficier d'un tarif réduit si vous ne satisfaites pas aux critères du Programme d'aide financière basés sur les directives relatives au niveau fédéral de pauvreté. Si vous êtes éligible à des soins à tarif réduit, vous devrez payer 1,25 fois l'AGB (montants généralement facturés), calculé sur la base de la moyenne des montants qui auraient été payés à l'hôpital par les assureurs privés et Medicare (y compris les quotes-parts et les franchises) pour les services médicalement nécessaires que vous auriez reçus si vous aviez été assuré(e).

Si vous êtes un patient non assuré, vous pouvez bénéficier de l'aide financière de BH (1) si le revenu annuel de votre ménage, ainsi que la taille de celui-ci, est inférieur ou égal à 400 % du seuil de pauvreté fédéral et que vous ne disposez pas d'autres actifs pour payer l'intégralité des frais hospitaliers, et (2) si, à la demande de l'hôpital, vous faites une demande de Medicaid/AHCCCS, coopérez pleinement à la procédure de demande et de détermination, ou si vous n'êtes pas en mesure de compléter raisonnablement la procédure, et que la couverture Medicaid/AHCCCS vous est refusée.¹

Si vous êtes un patient sous-assuré, vous pourriez être admissible à l'aide financière de BH au titre d'une réduction pour les personnes sous-assurées/reste à charge après déductions d'assurance. Vous devrez présenter une demande et remplir les exigences relatives au reste à charge sur la facture de l'hôpital énoncées dans la Politique d'aide financière et les directives relatives au niveau fédéral de pauvreté.

Si vous êtes admissible à l'aide financière de BH, vous ne serez en aucun cas facturé plus que les montants généralement facturés pour les services d'urgence ou autres services médicalement nécessaires. De plus, vous n'aurez jamais à payer d'avance ou à prendre d'autres dispositions de paiement pour bénéficier de services d'urgence. Toutefois, pour accéder à des services non urgents, il vous sera demandé, dans la plupart des cas, de verser un acompte substantiel ou de convenir d'autres modalités de paiement, basées sur une estimation des montants généralement facturés.

Une copie gratuite de la politique d'aide financière de l'hôpital, ainsi que des politiques de facturation et de recouvrement, ainsi que les formulaires de demande sont disponibles sur le site internet de Banner Health à l'adresse Bannerhealth.com. Une traduction en espagnol de ce résumé, des politiques d'aide financière et de facturation de l'hôpital, ainsi que des formulaires de demande, est disponible sur les sites Internet de Banner et de l'hôpital, ainsi que dans la zone d'admission de l'établissement. Vous pouvez également demander ces documents par courrier en contactant les services financiers aux patients de Banner au (888) 264-2127. Le personnel des Services financiers aux patients de Banner est à votre disposition pour répondre à vos questions et fournir des informations sur les programmes d'aide financière, le processus de demande, ainsi que sur les organisations à but non lucratif et les agences gouvernementales susceptibles de vous aider dans ces démarches. Veuillez les contacter au (888) 264-2127 pour toute autre question.

¹ Cette politique ne s'applique pas aux sites approuvés par le NHSC, tels que : Fallon, NV, Fernley, NV, Susanville, CA, Payson Primary Care, AZ, Payson OBGYN, AZ, Maricopa, AZ, Torrington, WY, et Wheatland, WY

Services financiers aux patients de Banner
BP 743711, Los Angeles, CA 90074-3711
BannerFAApplications@bannerhealth.com

DO NOT RETAIN AS PART OF THE PERMANENT MEDICAL RECORD

**SUMMARY OF FINANCIAL ASSISTANCE
PROGRAMS AT ALL HOSPITALS OWNED AND
OPERATED BY BANNER HEALTH (BH)**

Banner Health offers Financial Assistance Programs to Uninsured, Underinsured and Medically Indigent patients. This policy only applies to Banner hospitals and not to other BH facilities such as ASCs, imaging, or urgent care. An Uninsured Patient means a patient without Third-Party Insurance and who is not enrolled in a government insurance program. Uninsured Patients are initially charged the Self-Pay Rate for Covered Services. An Underinsured Patient means a patient with Third-Party Insurance coverage, but with financial limitations or co-responsibility, including deductibles, co-payments, and co-insurance, has out-of-pocket expenses that exceed his/her financial abilities. A Medically Indigent Patient means a household with medical expenses incurred during the previous 12 months, where the portion for which the household is responsible exceeds 50% of the household's total income for that year. For the purposes of determining whether a household is a Medically Indigent Household, all medical expenses are included, including non-BH medical expenses.

If you are an Uninsured patient, you may qualify for a discounted rate if you do not meet the qualifications for the Financial Assistance Program based on Federal Poverty Level guidelines. Qualification for the discounted care means, you will be charged 1.25 x AGB (Amounts Generally Billed,) which is based upon the average of the amounts that would have been paid to the Hospital by private health insurers and Medicare (and co-pays and deductibles) for the medically necessary services you receive if you had been insured.

If you are an Uninsured patient, you will qualify for BH Financial Assistance (1) if you have an annual household income and household size that is equal to or less than 400% of the Federal Poverty Level and lack other assets to pay the Hospital's full charges and, (2) if requested to do so by the Hospital, you apply for Medicaid/ AHCCCS, fully cooperate in the application and determination process, or are unable to reasonably complete the application process, and are denied Medicaid/AHCCCS coverage.¹

If you are an Underinsured patient, you may qualify for BH Financial Assistance for Underinsured/Balance After Insurance discount. You will need to apply for consideration and meet both Hospital bill balance requirements stated in the Financial Assistance Policy and Federal Poverty Level guidelines.

If you qualify for BH Financial Assistance, you will in no case be charged more than Amounts Generally Billed for emergency services or other medically necessary services. In addition, you will never be required to make advance payment or other payment arrangements to receive emergency services. However, to receive non-emergent services, you will be required in most situations to make a substantial advance deposit or other payment arrangements based upon an estimate of the Amounts Generally Billed.

A free copy of the hospital's financial assistance policy, the billing and collections policy, and the application forms are available on the Banner Health website at Bannerhealth.com. Spanish translation of this Summary, the Hospital's financial assistance and billing policies, and the applications forms are available on the Banner and Hospital websites and in the hospital's Admitting area. Copies are also available by mail by contacting Banner Patient Financial Services at (888) 264-2127. The Banner Patient Financial Services staff is available to answer questions and provide information about the Financial Assistance Programs, the application process and nonprofit organizations and government agencies that can assist with these applications. Please contact (888) 264-2127 if you have further questions.

¹ Not applicable to NHSC approved locations, including: Fallon, NV, Fernley, NV, Susanville, CA, Payson Primary Care, AZ, Payson OBGYN, AZ, Maricopa, AZ, Torrington, WY, and Wheatland, WY

Banner Patient Financial Services
PO Box 743711, Los Angeles, CA 90074-3711
BannerFAApplications@bannerhealth.com

DO NOT RETAIN AS PART OF THE PERMANENT MEDICAL RECORD



**RÉSUMÉ DES PROGRAMMES D'AIDE FINANCIÈRE
DANS TOUS LES HÔPITAUX DÉTENUS ET EXPLOITÉS
PAR BANNER HEALTH (BH)
SUMMARY OF FINANCIAL ASSISTANCE
PROGRAMS AT ALL HOSPITALS OWNED AND
OPERATED BY BANNER HEALTH (BH)**

Retourner à : Banner Health c/o PBM BP 743711, Los Angeles, CA 90074-3711 BannerFAApplications@bannerhealth.com	Date actuelle : Nom du patient : Date de naissance : Établissement : Date d'entrée en vigueur :
--	---

Instructions : veuillez remplir le formulaire de candidature et y joindre les documents suivants avant de les renvoyer à l'adresse ou à l'e-mail mentionnés ci-dessus.

**Cette instruction ne s'applique pas aux sites du NHSC, tels que :
Fallon, NV, Fernley, NV, Susanville, CA Payson Primary Care, AZ, Payson OBGYN, AZ et Maricopa, AZ, Torrington, WY et Wheatland, WY

- Justificatif de revenu. Vous pouvez fournir les documents suivants comme justificatif :
 - Si vous êtes actuellement employé, une copie des trois (3) derniers bulletins de salaire consécutifs (pour le patient, le garant et le conjoint).
 - Si vous êtes travailleur indépendant, une copie de l'annexe C de votre déclaration d'impôt fédéral ou tout autre justificatif de vos revenus et dépenses.
 - Si vous êtes retraité et/ou bénéficiaire de la sécurité sociale, une copie du formulaire 1099 de la SSA ou de votre lettre d'attribution.**
 - Si vous êtes au chômage, une copie de votre déclaration d'impôt fédéral de l'année précédente, une lettre d'indemnité de chômage, ou une déclaration de revenus faite par vous-même.**
 - Détermination de l'aide de l'État ou du gouvernement (Medicaid/AHCCCS)**
 - Sur demande, des copies de factures médicales non liées à Banner**

Informations sur le demandeur :

Nom du demandeur/garant : _____ Numéro de sécurité sociale : ** _____
Adresse : _____
Date de naissance : _____
Numéro de téléphone : _____
Employeur : _____ Statut de l'emploi : _____
Durée de l'emploi : _____ Date et durée du chômage : _____

Informations sur le conjoint ou le partenaire

Nom : _____
Employeur : _____
Statut de l'emploi : _____ Date de naissance : _____
Numéro de téléphone : _____

Informations sur les personnes à charge et/ou la taille du ménage :

Nom :	Lien de parenté :	Date de naissance : (mm/jj/aaaa)
1.		
2.		
3.		
4.		
5.		
6.		

Autres revenus

Description :	Montant mensuel :
1.	\$
2.	\$

DO NOT RETAIN AS PART OF THE PERMANENT MEDICAL RECORD



**SUMMARY OF FINANCIAL ASSISTANCE
PROGRAMS AT ALL HOSPITALS OWNED AND
OPERATED BY BANNER HEALTH (BH)**

Return to: Banner Health c/o PBM PO Box 743711, Los Angeles, CA 90074-3711 BannerFAApplications@bannerhealth.com	Current Date: Patient Name: Birth Date: Facility: Date of Svc:
---	--

Instructions: Complete application and include the following documentation and return to address or email above.

****Not applicable for NHSC locations including: Fallon, NV, Femley, NV, Susanville, CA Payson Primary Care, AZ, Payson OBGYN, AZ and Maricopa, AZ**

- Proof of income. Acceptable documents include:
 - If currently employed, copies of last three (3) most recent consecutive payroll stubs (patient, guarantor and spouse)
 - If self-employed, a copy of Federal tax form Schedule C or other proof of income and expenses
 - If retired and/or receiving Social Security, a copy of SSA 1099 form or reward letter**
 - If Unemployed, a copy of your prior year's federal income tax return, unemployment reward letter or self-declaration of income letter.**
 - Determination of State or government assistance (Medicaid/AHCCCS)**
 - If requested, copies of non-Banner medical bills**

Applicant Information

Applicant/Guarantor Name: _____ Social Security Number:** _____

Address: _____

Birth Date: _____

Phone Number: _____

Employer: _____ Employment Status: _____

Length of Employment: _____ Unemployed Date/Length: _____

Spouse or Partner Information

Name: _____

Employer: _____ Employment Status: _____

Birth Date: _____

Phone Number: _____

Dependent Information

Name:	Relationship:	Birthdate: (mm/dd/yyyy)
1.		
2.		
3.		
4.		
5.		
6.		

Other Income

Description:	Monthly Amount:
1.	\$
2.	\$

DO NOT RETAIN AS PART OF THE PERMANENT MEDICAL RECORD



**RÉSUMÉ DES PROGRAMMES D'AIDE FINANCIÈRE
DANS TOUS LES HÔPITAUX DÉTENUS ET EXPLOITÉS
PAR BANNER HEALTH (BH)
SUMMARY OF FINANCIAL ASSISTANCE
PROGRAMS AT ALL HOSPITALS OWNED AND
OPERATED BY BANNER HEALTH (BH)**

Retourner à : Banner Health c/o PBM BP 743711, Los Angeles, CA 90074-3711 BannerFAApplications@bannerhealth.com	Date actuelle : Nom du patient : Date de naissance : Établissement : Date d'entrée en vigueur :
--	---

Informations médicales		
Type de dette / créancier :	Solde impayé :	Paiement mensuel :
1) (Médecin)	\$	\$
2. (Hôpital)	\$	\$
3. (Imagerie)	\$	\$
4) (DME/soins à domicile)	\$	\$
5. (Ambulance)	\$	\$
6.	\$	\$

Je souhaite participer au programme d'aide financière de Banner Health et je comprends que toutes les données à caractère personnel divulguées le sont uniquement dans le but de déterminer mon éligibilité. Banner Health les conservera en toute sécurité et confidentialité.

Les informations que j'ai fournies sont, à ma connaissance, exactes. Ces conditions m'ont été expliquées et je les accepte comme conditions d'admissibilité à l'aide financière de Banner Health. Dans le cas où je serais admissible et recevrais de l'aide, tout financement de tiers que je recevrai ou pourrai recevoir, conformément à la section 33-931 et suivantes de l'ARS, à la loi sur le privilège des soins de santé de l'Arizona ou à d'autres lois applicables, pourra être pris en compte et récupéré par Banner Health afin de compenser la réduction d'aide financière qui m'aura été accordée.

Signature de la partie responsable : _____ Date/Heure : _____

Nom en caractères d'imprimerie : _____

Signature du conjoint ou du partenaire : _____ Date/Heure : _____

Nom en caractères d'imprimerie : _____

Retourner à :
Banner Health c/o PBM
BP 743711, Los Angeles, CA 90074-3711
BannerFAApplications@bannerhealth.com

DO NOT RETAIN AS PART OF THE PERMANENT MEDICAL RECORD



**SUMMARY OF FINANCIAL ASSISTANCE
PROGRAMS AT ALL HOSPITALS OWNED AND
OPERATED BY BANNER HEALTH (BH)**

Return to: Banner Health c/o PBM PO Box 743711, Los Angeles, CA 90074-3711 BannerFAApplications@bannerhealth.com	Current Date: Patient Name: Birth Date: Facility: Date of Svc:
---	--

Medical Information		
Type of Debt / to Whom:	Unpaid Balance:	Monthly Payment:
1. (Doctor)	\$	\$
2. (Hospital)	\$	\$
3. (Imaging)	\$	\$
4. (DME/Home Care)	\$	\$
5. (Ambulance)	\$	\$
6.	\$	\$

I would like to participate in Banner Health’s financial assistance program and understand all disclosed personal information is for the sole purpose of determining my eligibility. Banner Health will keep this secure and confidential.

The information I have provided is accurate to the best of my knowledge. It has been explained to me and I agree as a condition of my qualifying for financial assistance from Banner Health, should I qualify and receive assistance, any third-party funding I receive or become eligible to receive, pursuant to ARS Sec. 33-931, et seq., Arizona’s health care lien statute, or applicable statutes, may be considered and recovered by Banner Health to address and offset the financial assistance discount provided to me.

Responsible Party Signature: _____ **Date/Time:** _____

Print Name: _____

Spouse or Partner Signature: _____ **Date/Time:** _____

Print Name: _____

Return to:
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