

**ملخص برامج المساعدة المالية في جميع المستشفيات التي تمتلكها
BANNER HEALTH (BH) وتديرها**

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

تقدم Banner Health برامج المساعدة المالية للمرضى غير المؤمن عليهم وغير المؤمن عليهم بالقدر الكافي والمعوزين طبياً. تنطبق هذه السياسة على مستشفيات Banner وبعض منشآت BH الأخرى. ويعني المرضى غير المؤمن عليهم المريض الذي ليس لديه تأمين من جهة خارجية وغير مسجل في برنامج تأمين حكومي. في البداية، يتحمل المرضى غير المؤمن عليهم قيمة الدفع الذاتي مقابل الخدمات المغطاة. ويعني المرضى غير المؤمن عليهم بالقدر الكافي المريض الذي يتمتع بتغطية تأمينية من جهة خارجية، ولكن مع وجود قيود مالية أو مسؤولية مشتركة، بما في ذلك الخصومات والمدفوعات المشتركة والتأمين المشترك، ولديه مصروفات نثرية تتجاوز قدراته المالية. ويعني المريض المعوز طبياً الأسرة التي تكبدت نفقاتها الطبية خلال الاثني عشر شهراً السابقة، حيث يتجاوز الجزء الذي تتحمله الأسرة 50% من إجمالي دخل الأسرة لتلك السنة. ولتحديد ما إذا كانت الأسرة أسرة معوزة طبياً، يتم تضمين جميع النفقات الطبية، بما في ذلك النفقات الطبية غير المتعلقة بخدمات BH.

إذا كنت مريضاً غير مؤمن عليه، فقد تكون مؤهلاً للحصول على سعر مخفض إذا لم تنطبق عليك شروط برنامج المساعدة المالية بناءً على الإرشادات الفيدرالية لمستوى الفقر. ويعني استحقاق للحصول على الرعاية المخفضة أنك ستتحمل نسبة $1.25 \times$ AGB (المبالغ المفوترة بشكل عام) والتي تستند إلى متوسط المبالغ التي كان من المقرر دفعها للمستشفى من قبل شركات التأمين الصحي الخاصة وبرنامج Medicare (ومبالغ المشاركة في الدفع والمبالغ المقطوعة) مقابل الخدمات الطبية اللازمة التي تتلقاها إذا كنت مؤمناً عليك.

إذا كنت مريضاً وليس لديك تأمين، فستكون مؤهلاً للحصول على مساعدة مالية من BH (1) إذا كان الدخل السنوي للأسرة وحجم أسرة يساوي أو يقل عن 400% من مستوى الفقر وفق الإرشادات الفيدرالية وليس لديك أصول أخرى لدفع رسوم المستشفى بالكامل، و(2) إذا طلبت المستشفى ذلك، وتقدمت بطلب للانضمام إلى Medicaid/AHCCCS، وتعاونت بشكل كامل في عملية التقديم والبت في الحالة، أو لم تتمكن من إكمال عملية التقديم بشكل معقول، وتم رفض منحك تغطية Medicaid/AHCCCS.

إذا كنت مريضاً غير مؤمن عليه بالقدر الكافي، فقد تكون مستحقاً لمساعدة مالية من BH للتأمين غير الكافي/الرصيد بعد خصم التأمين. وسوف تحتاج إلى تقديم طلب لدراسته وتلبية متطلبات رصيد فاتورة المستشفى المنصوص عليها في سياسة المساعدة المالية والمبادئ التوجيهية الفيدرالية لمستوى الفقر.

إذا كنت مستحقاً للمساعدة المالية من BH، فلن تتم محاسبتك بأي حال من الأحوال على أكثر من المبالغ المفوترة بشكل عام مقابل خدمات الطوارئ أو الخدمات الطبية اللازمة الأخرى. بالإضافة إلى ذلك، لن يطلب منك مطلقاً سداد دفعة مقدمة أو أي ترتيبات دفع أخرى لتلقي خدمات الطوارئ. ومع ذلك، لتلقي الخدمات غير الطارئة، سيطلب منك في معظم الحالات إيداع مبلغ كبير مقدماً أو ترتيبات دفع أخرى بناءً على تقدير المبالغ المفوترة بشكل عام.

تتوفر نسخة مجانية من سياسة المساعدة المالية للمستشفى وسياسة الفواتير والتحصيل واستمارات الطلب على موقع Banner Health على Bannerhealth.com. وتتوفر الترجمة باللغة الإسبانية لهذا الملخص وسياسات المساعدة المالية والفواتير الخاصة بالمستشفى واستمارات الطلبات على موقعي Banner والمستشفى وفي منطقة تسجيل الدخول بالمستشفى. كما تتوفر النسخ عن طريق البريد من خلال التواصل مع Banner Patient Financial Services على الرقم 264-2127 (888). ويرحب فريق الخدمات المالية للمرضى في Banner بالإجابة عن الاستفسارات وتقديم المعلومات حول برامج المساعدة المالية وعملية تقديم الطلبات والمنظمات غير الربحية والهيئات الحكومية التي يمكنها المساعدة في هذه الطلبات. في حال وجود استفسارات أخرى، يرجى الاتصال على 264-2127 (888).

خدمات Banner المالية للمرضى

PO Box 743711, Los Angeles, CA 90074-3711

BannerFAApplications@bannerhealth.com

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 applies to Banner hospitals and certain other BH entities. 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.

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.

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

ملخص برامج المساعدة
المالية وتقديم الطلبات لها

**SUMMARY OF FINANCIAL ASSISTANCE
PROGRAMS AND APPLICATION**

التاريخ الحالي: اسم المريض: تاريخ الميلاد: المنشأة: تاريخ تقديم الخدمة:	مستلم الرد: Banner Health c/o PBM PO Box 743711, Los Angeles, CA 90074-3711 BannerFAApplications@bannerhealth.com
---	---

التعليمات: املأ الطلب مع تضمين الوثائق التالية وأعدده إلى العنوان أو البريد الإلكتروني أعلاه.

لا يسري على مواقع NHSC ويشمل ذلك: Fallon, NV, Fernley, NV, Susanville, CA, Payson Primary Care, AZ, Payson OBGYN, AZ, Maricopa, AZ, Torrington, WY and Wheatland, WY.

• إثبات الدخل. تشمل المستندات المقبولة ما يلي:

- إذا كنت موظفًا حاليًا، فستحصل على نسخ من آخر ثلاثة (3) قسائم متتالية لكشوف المرتبات (المريض والضامن والزوج)
- إذا كنت تعمل لحسابك الخاص، فيجب تقديم نسخة من نموذج الضرائب الفيدرالي الجدول C أو أي وثيقة إثبات أخرى للدخل والمصروفات
- في حال التقاعد و/أو تلقي الضمان الاجتماعي، يجب تقديم نسخة من نموذج SSA 1099 أو خطاب الترسية**
- إذا كنت عاطلاً عن العمل، يرجى تقديم نسخة من إقرار ضريبة الدخل الفيدرالية للعام السابق أو خطاب ترسية البطالة أو خطاب الإقرار الذاتي بالدخل.**
- تحديد مساعدة الولاية أو المساعدة الحكومية (Medicaid/AHCCCS)**
- عند الطلب، نسخ من الفواتير الطبية من جهة غير Banner**

بيانات مقدم الطلب

اسم مقدم الطلب/الضامن:	رقم الضمان الاجتماعي:**
العنوان:	
تاريخ الميلاد:	
رقم الهاتف:	
جهة التوظيف:	الحالة الوظيفية:
طول فترة التوظيف:	تاريخ/مدة ترك العمل:

بيانات الزوج أو الشريك

الاسم:	_____
جهة التوظيف:	الحالة الوظيفية:
تاريخ الميلاد:	_____
رقم الهاتف:	_____

معلومات عن مقدار المعالين و/أو الأسرة

الاسم:	صلة القرابة:	تاريخ الميلاد: (شهر/يوم/سنة)
1.		
2.		
3.		
4.		
5.		
6.		

وصف الدخل:	المبلغ الشهري:
1.	\$
2.	\$

DO NOT RETAIN AS PART OF THE PERMANENT MEDICAL RECORD



SUMMARY OF FINANCIAL ASSISTANCE PROGRAMS AND APPLICATION

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, Fernley, NV, Susanville, CA, Payson Primary Care, AZ, Payson OBGYN, AZ, Maricopa, AZ, Torrington, WY and Wheatland, WY.

- 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 and/or Household Size Information

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

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

DO NOT RETAIN AS PART OF THE PERMANENT MEDICAL RECORD

ملخص برامج المساعدة
المالية وتقديم الطلبات لها

**SUMMARY OF FINANCIAL ASSISTANCE
PROGRAMS AND APPLICATION**

التاريخ الحالي: اسم المريض: تاريخ الميلاد: المنشأة: تاريخ تقديم الخدمة:	مستلم الرد: Banner Health c/o PBM PO Box 743711, Los Angeles, CA 90074-3711 BannerFAApplications@bannerhealth.com
---	--

البيانات الطبية		
نوع الدين/الدائن:	الرصيد غير المدفوع:	الدفعة الشهرية:
1. (الطبيب)	\$	\$
2. (المستشفى)	\$	\$
3. (التصوير)	\$	\$
4. (المعدات الطبية المعمرة/الرعاية المنزلية)	\$	\$
5. (سيارة الإسعاف)	\$	\$
6.	\$	\$

أرغب في المشاركة في برنامج المساعدة المالية من Banner Health وأدرك أن جميع البيانات الشخصية التي تم الكشف عنها هي لغرض وحيد هو تحديد أهليتي. ستحافظ Banner Health على هذه البيانات آمنة وسريّة.

المعلومات التي قدمتها دقيقة على حد علمي. وقد شُرح لي ذلك، وأوافق على أنه كشرط لتأهلي للحصول على مساعدة مالية من Banner Health، وفي حال استوفيت الشروط وحصلت على المساعدة، يجوز لشركة Banner Health النظر في أي تمويل من طرف ثالث أتلّقه أو أصبح مؤهلاً لتلقيه، وفقاً للمادة 931-33 وما يليها من قانون ARS، وقانون أمتياز الرعاية الصحية في ولاية أريزونا، أو القوانين السارية، واسترداده، وذلك لمعالجة وتعويض خصم المساعدة المالية الممنوح لي.

توقيع الجهة المسؤولة: _____ التاريخ/الوقت: _____

الاسم بأحرف واضحة:

توقيع الزوج أو الشريك: _____ التاريخ/الوقت: _____

الاسم بأحرف واضحة:

مستلم الرد:

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



SUMMARY OF FINANCIAL ASSISTANCE PROGRAMS AND APPLICATION

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