Banner Health

ZUSAMMENFASSUNG DER FINANZIELLEN UNTERSTÜTZUNGSPROGRAMME IN ALLEN KRANKENHÄUSERN BETRIEBEN VON BANNER HEALTH (BH)

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

Banner Health bietet finanzielle Unterstützungsprogramme für nicht versicherte, unterversicherte und medizinisch bedürftige Patienten an. Diese Richtlinie gilt für Banner-Krankenhäuser und bestimmte andere BH-Einrichtungen. Ein Nicht versicherter Patient ist ein Patient ohne Haftpflichtversicherung, der nicht in einem staatlichen Versicherungsprogramm eingeschrieben ist. Nicht versicherte Patienten werden zunächst mit dem Selbstzahlertarif für abgedeckte Leistungen belastet. Ein unterversicherter Patient ist ein Patient, der zwar über eine Haftpflichtversicherung verfügt, aber aufgrund finanzieller Einschränkungen oder Mitverantwortung, einschließlich Selbstbehalt, Zuzahlungen und Mitversicherung, Ausgaben hat, die seine finanziellen Möglichkeiten übersteigen. Ein Medizinisch bedürftiger Patient ist ein Haushalt mit medizinischen Ausgaben, die in den letzten 12 Monaten angefallen sind, wobei der Anteil, für den der Haushalt verantwortlich ist, 50 % des Gesamteinkommens des Haushalts für dieses Jahr übersteigt. Um festzustellen, ob es sich bei einem Haushalt um einen medizinisch bedürftigen Haushalt handelt, werden alle medizinischen Ausgaben berücksichtigt, auch solche, die nicht von der Krankenkasse übernommen werden.

Wenn Sie ein nicht versicherter Patient sind, können Sie sich für einen ermäßigten Tarif qualifizieren, sofern Sie nicht die Voraussetzungen für das Financial Assistance Program erfüllen, das auf den Richtlinie zum Federal Poverty Level basiert. Die Qualifikation für die ermäßigte Versorgung bedeutet, dass Ihnen 1,25 x AGB (Amounts Generally Billed) in Rechnung gestellt werden, die auf dem Durchschnitt der Beträge basieren, die dem Krankenhaus von privaten Krankenversicherungen und Medicare (sowie Zuzahlungen und Selbstbeteiligungen) für die medizinisch notwendigen Leistungen, die Sie erhalten, gezahlt worden wären, wenn Sie versichert gewesen wären.

Wenn Sie ein nicht versicherter Patient sind, qualifizieren Sie sich für die BH Financial Assistance, (1) wenn Sie ein jährliches Haushaltseinkommen und eine Haushaltsgröße haben, die 400 % oder weniger des Federal Poverty Level beträgt, und wenn Sie kein anderes Vermögen haben, um die vollen Gebühren des Krankenhauses zu bezahlen; und (2) wenn Sie auf Aufforderung des Krankenhauses einen Antrag auf Medicaid/ AHCCCS stellen, bei der Beantragung und Bestimmung vollständig kooperieren, oder wenn Sie nicht in der Lage sind, den Antrag ordnungsgemäß auszufüllen, und Ihnen die Medicaid/AHCCCS-Versorgung verweigert wird.

Wenn Sie ein unterversicherter Patient sind, können Sie sich für die BH Finanzielle Unterstützung für Unterversicherte/Restbetrag nach Versicherung qualifizieren. Sie müssen einen Antrag stellen und sowohl die Anforderungen für den Restbetrag der Krankenhausrechnung erfüllen, die in der Richtlinie für Finanzhilfe angegeben sind, als auch die Richtlinien zum Federal Poverty Level.

Wenn Sie die Voraussetzungen für die BH Finanzielle Unterstützung erfüllen, wird Ihnen in keinem Fall ein höherer Betrag als die allgemein in Rechnung gestellten Beträge für Notfallleistungen oder andere medizinisch notwendige Leistungen in Rechnung gestellt. Darüber hinaus wird von Ihnen niemals eine Vorauszahlung oder eine andere Zahlungsvereinbarung verlangt, um Notfallleistungen in Anspruch nehmen zu können. Für die Inanspruchnahme von Leistungen, die keine Notfallleistungen sind, wird von Ihnen jedoch in den meisten Fällen eine erhebliche Vorauszahlung oder eine andere Zahlungsvereinbarung auf der Grundlage einer Schätzung der allgemein in Rechnung gestellten Beträge verlangt.

Ein kostenloses Exemplar der finanziellen Unterstützungsrichtlinien des Krankenhauses, der Abrechnungs- und Inkassorichtlinien und der Antragsformulare finden Sie auf der Banner Health Website unter Bannerhealth.com. Eine spanische Übersetzung dieser Zusammenfassung, der Finanzhilfe- und Abrechnungsrichtlinien des Krankenhauses und der Antragsformulare sind auf den Banner- und Krankenhaus-Webseiten und im Aufnahmebereich des Krankenhauses erhältlich. Kopien sind auch per Post erhältlich, indem Sie Banner Patient Financial Services unter (888) 264-2127 kontaktieren. Die Mitarbeiter von Banner Patient Financial Services stehen Ihnen zur Verfügung, um Fragen zu beantworten und Informationen über die Finanzhilfeprogramme, das Antragsverfahren und gemeinnützige Organisationen und Regierungsbehörden, die bei diesen Anträgen behilflich sein können, zu geben. Bitte kontaktieren Sie (888) 264-2127, wenn Sie weitere Fragen haben.

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

9999-0061DE
(04/2025)

Banner Health

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

9999-0061DE
(04/2025)

Banner Health

ZUSAMMENFASSUNG DER FINANZIELLEN UNTERSTÜTZUNG PROGRAMME UND BEWERBUNG

SUMMARY OF FINANCIAL ASSISTANCE PROGRAMS AND APPLICATION

Rücksendung an: Banner Health c/o PBM PO Box 743711, Los Angeles, CA 90074-3711 BannerFAApplications@bannerhealth.com	Aktuelles Datum: Name des Patienten: Geburtsdatum: Einrichtung: Datum des Dienstes:

Anleitung: Füllen Sie den Antrag aus, fügen Sie die folgenden Unterlagen bei und senden Sie ihn an die oben genannte Adresse oder E-Mail.

**Gilt nicht für NHSC-Standorte einschließlich: Fallon, NV, Fernley, NV, Susanville, CA Payson Primary Care, AZ, Payson OBGYN, AZ und Maricopa, AZ, Torrington, WY und Wheatland, WY

- Einkommensnachweis. Folgende Dokumente sind zulässig:
  - Falls derzeit erwerbstätig, Kopien der letzten drei (3) aufeinanderfolgenden Gehaltsabrechnungen (Patient, Garant und Ehepartner)
  - Bei Selbstständigen, eine Kopie des Bundessteuerformulars Schedule C oder einen anderen Nachweis über Einkommen und Ausgaben
  - Wenn Sie im Ruhestand sind und/oder Sozialhilfe beziehen, eine Kopie des SSA-Formulars 1099 oder des Lohnschreibens**
  - Falls Sie arbeitslos sind, legen Sie bitte eine Kopie Ihrer Einkommensteuererklärung für das Vorjahr, eine Arbeitslosenentschädigung oder eine Selbsterklärung über Ihr Einkommen bei.**
  - Feststellung von bundesstaatlicher oder föderaler Unterstützung (Medicaid/AHCCCS)**
  - Falls gewünscht, Kopien von Arztrechnungen, die nicht von Banner stammen**

Informationen zum Antragsteller

Name des Antragstellers/Garanten:_____ Sozialversicherungsnummer:**_____

Adresse:_____

Geburtsdatum:_____

Telefon-Nummer:_____

Arbeitgeber:_____ Beschäftigungsstatus:_____

Dauer der Beschäftigung:_____ Arbeitslos Datum/Länge:_____

Informationen zum Ehepartner oder Partner

Name:_____

Arbeitgeber:_____ Beschäftigungsstatus:_____

Geburtsdatum:_____

Telefon-Nummer:_____

Informationen zu Abhängigen und/oder Haushaltsgröße

Name:	Beziehung:	Geburtsdatum: (mm/tt/jjjj)
1.		
2.		
3.		
4.		
5.		
6.		

Beschreibung des Einkommens:	Monatlicher Betrag:
1.	$
2.	$

DO NOT RETAIN AS PART OF THE PERMANENT MEDICAL RECORD

9999-0061DE
(04/2025)

Banner Health

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

9999-0061DE
(04/2025)

Banner Health

ZUSAMMENFASSUNG DER FINANZIELLEN UNTERSTÜTZUNG PROGRAMME UND BEWERBUNG

SUMMARY OF FINANCIAL ASSISTANCE PROGRAMS AND APPLICATION

Rücksendung an: Banner Health c/o PBM PO Box 743711, Los Angeles, CA 90074-3711 BannerFAApplications@bannerhealth.com	Aktuelles Datum: Name des Patienten: Geburtsdatum: Einrichtung: Datum des Dienstes:

Medizinische Informationen		
Art der Schulden / Adressat:	**Unbezahlter Betrag:**	**Monatliche Zahlung:**
1. (Arzt)	$	$
2. (Krankenhaus)	$	$
3. (Bildgebung)	$	$
4. (DME/Heimpflege)	$	$
5. (Krankenwagen)	$	$
6.	$	$

Ich möchte am finanziellen Unterstützungsprogramm von Banner Health teilnehmen und bin mir bewusst, dass alle offengelegten persönlichen Informationen nur dazu dienen, meine Berechtigung zu bestimmen. Banner Health wird dies diskret und vertraulich behandeln.

Die von mir gemachten Angaben sind nach bestem Wissen und Gewissen richtig. Es wurde mir erklärt und ich stimme zu, dass als Bedingung für meine Qualifikation für finanzielle Unterstützung von Banner Health, sollte ich berechtigt sein und Unterstützung erhalten, jegliche Finanzierung von dritter Seite, die ich erhalte oder zu der ich berechtigt bin, gemäß ARS Sec. 33-931, et seq., Arizonas Gesundheitsfürsorge-

Pfandrecht oder geltenden Gesetzen, von Banner Health in Betracht gezogen und zurückgefordert werden kann, um den mir gewährten finanziellen Unterstützungsrabatt zu begleichen und zu kompensieren.

Unterschrift der verantwortlichen Person:_____ **Datum/Uhrzeit:**_____

Name drucken:_____

Unterschrift Ehegatte oder Partner:_____ **Datum/Uhrzeit:**_____

Name drucken:_____

Rücksendung an:
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

9999-0061DE
(04/2025)

Banner Health

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

9999-0061DE
(04/2025)