

RÉSUMÉ DES PROGRAMMES D'AIDE FINANCIÈRE DANS TOUS LES HÔPITAUX DÉTENUS ET GÉRÉS PAR BANNER HEALTH (BH)

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

Banner Health offre des programmes d'aide financière aux patients non assurés, sous-assurés et médicalement indigents. Cette politique s'applique aux hôpitaux de Banner et à certaines autres entités de BH. Le terme Patient non assuré désigne un patient qui n'est pas assuré par un tiers et qui n'est pas inscrit à un programme d'assurance gouvernemental. Les Patients non assurés sont initialement facturés au tarif du reste à charge pour les services couverts. Le terme Patient sous-assuré désigne un patient bénéficiant d'une couverture d'assurance en tiers payant, mais qui, en raison de limitations financières ou d'une coresponsabilité, y compris les franchises, les quotes-parts et la coassurance, a des frais à sa charge qui dépassent ses capacités financières. Le terme Patient médicalement indigent désigne un ménage dont les dépenses médicales ont été engagées au cours des 12 mois précédents, pour lequel la part à charge du ménage dépasse 50 % du revenu total du ménage pour cette année. Pour déterminer si un ménage est médicalement indigent, tous les frais médicaux sont inclus, y compris les frais médicaux non-BH.

Si vous êtes un Patient non assuré, vous pouvez bénéficier d'un tarif réduit si vous ne remplissez pas les conditions requises pour bénéficier du Programme d'aide financière basé sur les directives relatives au niveau de pauvreté fédéral. Si vous avez droit à ce tarif réduit, vous devrez payer 1,25 x AGB (Montants généralement facturés,) qui est basé sur la moyenne des montants qui auraient été payés à l'hôpital par les assureurs privés et Medicare (ainsi que les co-paiements et les franchises) pour les services médicalement nécessaires que vous recevez si vous aviez été assuré(e).

Si vous êtes un Patient non assuré, vous pourrez bénéficier de l'aide financière de BH (1) si le revenu annuel de votre ménage et la taille de votre ménage sont égaux ou inférieurs à 400 % du niveau de pauvreté fédéral et que vous ne disposez pas d'autres actifs pour payer l'intégralité des frais de l'hôpital et (2) si, à la demande de l'hôpital, vous demandez à bénéficier de Medicaid/AHCCCS, coopérez pleinement à la procédure de demande et de détermination, ou n'êtes pas en mesure de compléter raisonnablement la procédure de demande et que la couverture Medicaid/AHCCCS vous est refusée.

Si vous êtes un Patient sous-assuré, vous pouvez bénéficier de la réduction sur l'aide financière de BH pour les Personnes sous-assurées/le solde après assurance. Vous devrez en faire la demande et remplir les conditions relatives au solde de la facture de l'hôpital énoncées dans la politique d'assistance financière, ainsi que les directives relatives au niveau de pauvreté fédéral.

Si vous avez droit à l'aide financière de BH, vous ne devrez en aucun cas payer plus que les montants généralement facturés pour les services d'urgence ou autres services médicalement nécessaires. En outre, il ne vous sera jamais demandé d'effectuer un paiement anticipé ou de prendre d'autres dispositions de paiement pour bénéficier des services d'urgence. Toutefois, pour bénéficier de services non urgents, il vous sera demandé, dans la plupart des cas, de verser un acompte substantiel ou de prendre d'autres dispositions de paiement sur la base d'une estimation des montants généralement facturés.

Une copie gratuite de la politique d'assistance financière de l'hôpital, de la politique de facturation et de recouvrement, et des formulaires de demande sont disponibles sur le site Web 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 et des formulaires de demande est disponible sur les sites Internet de Banner et de l'hôpital et dans la zone d'admission de l'hôpital. Des copies sont également disponibles par courriel en contactant le Banner Patient Financial Services au (888) 264-2127. Le personnel des Banner Patient Financial Services est disponible pour répondre aux questions et fournir des informations sur les programmes d'aide financière, le processus de demande et les organisations à but non lucratif et les agences gouvernementales qui peuvent aider à ces demandes. Veuillez contacter le (888) 264-2127 si vous avez d'autres questions.

Banner Patient Financial Services
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 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



**RÉSUMÉ DE L'AIDE FINANCIÈRE
PROGRAMMES ET APPLICATION**

**SUMMARY OF FINANCIAL ASSISTANCE
PROGRAMS AND APPLICATION**

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.

**Ne s'applique pas aux sites du NHSC, y compris : Fallon, NV, Fernley, NV, Susanville, CA, Payson Primary Care, AZ, Payson OBGYN, AZ, Maricopa, AZ, Torrington, WY et Wheatland, WY.

- Preuve de revenus. Les documents acceptés sont les suivants :
 - 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 SSA 1099 ou de la lettre de récompense**
 - Si vous êtes au chômage, une copie de votre déclaration fédérale d'impôt sur le revenu de l'année précédente, de votre lettre d'indemnisation du chômage ou de votre lettre d'autodéclaration de revenus.**
 - Détermination de l'aide de l'État ou du gouvernement (Medicaid/AHCCCS)**
 - Sur demande, des copies de factures médicales ne provenant pas de Banner**

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

Informations sur le conjoint ou le partenaire	
Nom : _____	
Employeur : _____	Statut professionnel : _____
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. _____	_____	_____

Description du revenu :	Montant mensuel :
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



**RÉSUMÉ DE L'AIDE FINANCIÈRE
PROGRAMMES ET APPLICATION**
**SUMMARY OF FINANCIAL ASSISTANCE
PROGRAMS AND APPLICATION**

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 informations personnelles divulguées ont pour seul but de déterminer mon éligibilité. Banner Health conservera ces informations en toute sécurité et confidentialité.

Les informations que j'ai fournies sont exactes à ma connaissance. Il m'a été expliqué et j'accepte comme condition de mon éligibilité à l'aide financière de Banner Health, si je suis éligible et que je reçois une aide, que tout financement tiers que je reçois ou que j'ai le droit de recevoir, conformément à l'ARS Sec. 33-931, et seq, à la loi sur le privilège des soins de santé de l'Arizona ou aux lois applicables, puisse être pris en compte et récupéré par Banner Health afin de régler la réduction sur l'aide financière qui m'a 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 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