

**BANNER HEALTH (BH) が運営し保有する  
すべての病院での医療費支援プログラムの概要**

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

Banner Health (BH)では、無保険の患者さん、十分な保険に加入されていない患者さん、および医療的に困窮した患者さんのための医療費支援プログラム (Financial Assistance Program) を提供しています。このポリシーは、Banner の病院施設および特定のその他の BH 事業体に適用されます。無保険の患者さんとは、第三者による保険 (Third-Party Insurance) がなく、政府保険プログラムに登録されていない患者さんを意味します。無保険の患者さんには当初保険が補償対象とするサービス (Covered Services) に対して自己負担レート (Self-Pay Rate) で課金されます。十分な保険に加入していない患者さんとは、第三者による保険の補償はあるが、金額制限がある、または免責規定、自己負担および共同保険などの共同責任があり、支払い能力を超える自己負担の出費がある患者さんを意味します。医療的に困窮した患者さんとは、過去 12 ヶ月間に発生した医療費がある家計で、家計からの出費が必要な医療費の割合がその年の家計の総収入の 50%を超える家計を意味します。医療的に困窮した家計かどうかを判定する目的では、BH 以外の医療費を含むすべての医療費が含まれます。

無保険の患者さんの場合、連邦貧困レベル (Federal Poverty Level) ガイドラインに基づく医療費支援プログラムの適用資格に該当しない場合でも、割引レートの適用資格があることがあります。割引ケアの資格があると、1.25 x AGB (Amounts Generally Billed: 一般的請求金額) を請求されることになります。AGB は、保険に加入していた場合に受けられる医学的に必要なサービスに対して民間の保険会社およびメディケア (Medicare) (および自己負担額と控除額) から病院に支払われるであろう金額の平均値に基づいて定められます。

無保険の患者さんで、以下の方の場合は、BH 医療費支援の受給資格があります。(1) 患者さんに世帯年収があり、世帯規模が連邦貧困レベルの 400%以下であり、病院の請求料金全額を支払うためのその他の資産がない場合、(2) 病院から指示があった場合、メディケイド (Medicaid) / AHCCCS に申請し、申請と決定プロセスに全面的に協力する、あるいは申請プロセスを合理的に完了できず、Medicaid / AHCCCS の適用を却下された場合。

十分な保険に加入されていない患者さんの場合、十分な保険に加入されていない患者さん向け / 保険による控除後の残余额向けの BH 医療費支援の受給資格がある場合があります。資格検討の申請をする必要があり、医療費支援ポリシーに規定されている病院の請求残余额要件と連邦貧困レベルガイドラインの両方を満たす必要があります。

BH 医療費支援の受給資格がある場合、緊急サービスその他医療上必要なサービスに対して一般的請求金額を超える請求をされることはありません。また緊急サービスに対して前払いその他支払いの手配をする必要もありません。ですが、緊急でないサービスを受ける場合、ほとんどの場合で、一般的請求金額の推計金額に基づいて相当分の前払金やその他の支払いを手配をする必要があります。

病院の医療費支援ポリシー、請求 / 回収ポリシー、申請フォームのコピーは Banner Health のウェブサイト ([Bannerhealth.com](http://Bannerhealth.com)) から無料で入手可能です。本概要、病院の医療費支援と請求ポリシー、および申請フォームのスペイン語訳は、Banner および Hospital のウェブサイトならびに病院の入院エリアで入手可能です。これらのコピーはまた、Banner Patient Financial Services (患者医療費支援サービス) に郵便または電話 ((888) 264-2127) でお問い合わせくだされば入手可能です。Banner Patient Financial Services のスタッフがご質問にお答えし、医療費支援プログラム、申請手順、上記申請を支援可能な非営利法人および政府機関に関する情報を提供いたします。さらなるご質問は、(888) 264-2127 にお寄せください。

Banner Patient Financial Services  
PO Box 743711, Los Angeles, CA 90074-3711  
[BannerFAApplications@bannerhealth.com](mailto: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](http://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](mailto:BannerFAApplications@bannerhealth.com)

**DO NOT RETAIN AS PART OF THE PERMANENT MEDICAL RECORD**

**医療費支援  
プログラムおよび申請の概要**

**SUMMARY OF FINANCIAL ASSISTANCE  
PROGRAMS AND APPLICATION**

返送先: Banner Health c/o PBM PO Box 743711, Los Angeles, CA 90074-3711 BannerFAApplications@bannerhealth.com	現在の日付: 患者氏名: 生年月日: 施設名: 医療サービスの日付:
---	--

手順説明: 申請書に記入し、以下の文書を添付して上記のメールアドレスまたは郵送先にご返送ください。

\*\* 次の NHSC 拠点には適用されません。Fallon, NV、Femley, NV、Susanville, CA、Payson Primary Care, AZ、Payson OBGYN, AZ、Maricopa, AZ、Torrington, WY、および Wheatland, WY。

- 収入証明。受理可能な文書としては以下が含まれます。
  - 現在雇用されている場合は、(患者、保証人および配偶者の) 直近 3 ヶ月連続の給与明細のコピー
  - 個人事業主の場合は、連邦税申告書スケジュール C またはその他収入および経費の証拠
  - 退職および／または社会保障を受けている場合は、SSA 1099 フォームのコピーまたは社会保障給付決定書\*\*
  - 失業中の場合は、以前の年の連邦所得税申告書、失業給付決定書、または収入に関する自己宣誓書\*\*
  - 州または政府の支援決定 (メディケイド／AHCCCS)\*\*
  - 要求された場合、Banner 以外の医療費請求書のコピー\*\*

**申請者情報**

申請者／保証人氏名: \_\_\_\_\_ 社会保障番号: \*\* \_\_\_\_\_

住所: \_\_\_\_\_

生年月日: \_\_\_\_\_

電話番号: \_\_\_\_\_

雇用主: \_\_\_\_\_ 雇用状況: \_\_\_\_\_

雇用期間: \_\_\_\_\_ 失業日／失業期間: \_\_\_\_\_

**配偶者またはパートナーの情報**

氏名: \_\_\_\_\_

雇用主: \_\_\_\_\_ 就業状況: \_\_\_\_\_

生年月日: \_\_\_\_\_

電話番号: \_\_\_\_\_

**扶養家族および／または世帯人数の情報**

氏名:	続柄:	生年月日: (mm/dd/yyyy)
1.		
2.		
3.		
4.		
5.		
6.		

収入の説明:	月額:
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



医療費支援  
プログラムおよび申請の概要  
SUMMARY OF FINANCIAL ASSISTANCE  
PROGRAMS AND APPLICATION

返送先: Banner Health c/o PBM PO Box 743711, Los Angeles, CA 90074-3711 BannerFAApplications@bannerhealth.com	現在の日付: 患者氏名: 生年月日: 施設名: 医療サービスの日付:
---	--

医療情報		
負債の種類／債権者:	未払残高:	毎月の支払金額:
1. (医師)	\$	\$
2. (病院)	\$	\$
3. (画像診断)	\$	\$
4. (DME／ホームケア)	\$	\$
5. (救急車)	\$	\$
6.	\$	\$

私は、Banner Health の医療費支援プログラムに参加することを希望し、すべての個人情報は自分の適格性の判定のためだけに開示されることを理解します。Banner Health は、この情報を機密情報として安全に保持します。

私が提供した情報は、私の知る限り正確なものです。私が Banner Health からの医療費支援を受ける資格を得る条件として、私が資格を得て支援を受ける場合、ARS Sec. 33-931 以降、Arizona 州の医療担保権法 (health care lien statute)、または適用される法令に従って、私が受け取る、または受け取る資格を得た第三者からの資金は、私に提供された財政援助割引に対処し、相殺するために、Banner Health によって考慮され、回収される可能性があります。

責任者の署名: \_\_\_\_\_ 日時: \_\_\_\_\_

氏名(楷書): \_\_\_\_\_

配偶者またはパートナーの署名: \_\_\_\_\_ 日時: \_\_\_\_\_

氏名(楷書): \_\_\_\_\_

返送先:  
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**