

**RESUMEN DE LOS PROGRAMAS DE ASISTENCIA FINANCIERA EN TODOS LOS HOSPITALES
PROPIEDAD DE Y OPERADOS POR BANNER HEALTH (BH)
SUMMARY OF FINANCIAL ASSISTANCE PROGRAMS AT ALL HOSPITALS OWNED AND
OPERATED BY BANNER HEALTH (BH)**

Banner Health ofrece un Programa de Asistencia Financiera a los pacientes sin seguro, con seguro insuficiente y pacientes medicamente indigentes. Esta política corresponde a los hospitales de Banner y a otras entidades de BH. Un paciente sin seguro es alguien que no tiene un seguro de terceros y que no esté inscrito en un programa de seguro gubernamental. A los pacientes sin seguro se les cobra inicialmente la tarifa de pago por cuenta propia para los servicios cubiertos. Un paciente con seguro insuficiente es un paciente con cobertura de seguro de terceros, pero con limitaciones financieras o corresponsabilidad, incluidos deducibles, copagos y coaseguros, tiene unos gastos de su bolsillo que superan sus capacidades financieras. Un paciente medicamente indigente se refiere a un hogar con gastos médicos incurridos durante los 12 meses anteriores, en los que la parte de la que es responsable el hogar supera el 50% de los ingresos totales del hogar para ese año. Para determinar si un hogar es un Hogar con Indigencia Médica, se incluyen todos los gastos médicos, incluidos los gastos médicos que no sean de BH.

Si usted es un paciente sin seguro, puede calificar para un precio reducido si no reúne los requisitos para el Programa de Asistencia Financiera en base a las guías del Índice de Pobreza Federal. El calificar para la atención con descuento significa que, a usted le cobrarán 1.25 x MNF (el Monto Normalmente Facturado), el cual se basa en el promedio de los montos que un seguro médico privado y Medicare pagarían al hospital (y copagos y deducibles) por los servicios medicamente necesarios que reciba, si usted hubiera estado asegurado.

Si usted es un paciente sin seguro, puede calificar para la Asistencia Financiera de BH si, (1) tiene un ingreso familiar anual y un núcleo familiar igual o menor al 400% del Índice de Pobreza Federal y no tienen otros bienes para pagar los cargos completos del hospital y, (2) si el hospital le pide que lo haga, solicita Medicaid/ AHCCCS, coopera completamente con la solicitud y proceso de determinación, o no puede razonablemente completar el proceso de solicitud, y le niegan la cobertura de Medicaid/ AHCCCS.

Si usted es un paciente con seguro insuficiente, puede calificar para la Asistencia Financiera de BH para personas con Seguro Insuficiente o Saldo después del Descuento de Seguro. Necesita presentar la solicitud para que le consideren y cumplir con los requisitos del saldo de la factura del hospital especificados en la Política de Asistencia Financiera y las guías del Índice Federal de Pobreza.

Si usted califica para la Asistencia Financiera de BH, no se le cobrará en ningún caso, más del Monto Normalmente Facturado por servicios de urgencia u otros servicios medicamente necesarios. Además, nunca se le exigirá que haga un pago por adelantado o que haga otros arreglos para el pago, para recibir servicios de urgencia. Sin embargo, para recibir servicios que no sean de urgencia, le exigirán en la mayoría de los casos, que haga un depósito de anticipo considerable o que haga otros arreglos para el pago, en base a un cálculo estimado de los Montos Normalmente Facturados.

Una copia gratuita de la política de asistencia financiera, de la política de facturación y cobranza, y de los formularios para las solicitudes están disponibles en el sitio de Banner Health en Bannerhealth.com. Traducciones en español y otros idiomas de este resumen, de la política de facturación y cobranza, y de los formularios para las solicitudes están disponibles en los sitios de Banner Health y del hospital y en el área de ingreso del hospital. También puede solicitar una copia comunicándose al Departamento de Servicios Financieros de Banner al (888) 264-2127. El personal del Departamento de Servicios Financieros de Banner está disponible para contestar sus preguntas y darle información sobre los Programas de Asistencia Financiera, el proceso de solicitud y las organizaciones sin fines de lucro y las agencias gubernamentales que pueden ayudarle con estas solicitudes. Por favor llame al (888) 264-2127 si tiene alguna pregunta.

Servicios Financieros para Pacientes de Banner
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 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



**RESUMEN DE LOS PROGRAMAS DE
ASISTENCIA FINANCIERA Y SOLICITUD
SUMMARY OF FINANCIAL ASSISTANCE
PROGRAMS AND APPLICATION**

Enviar a: Banner Health c/o PBM PO Box 743711, Los Angeles, CA 90074-3711 BannerFAApplications@bannerhealth.com	Fecha de hoy: Nombre del paciente: Fecha de nacimiento: Centro: Fecha del servicio:
--	---

Instrucciones: Llene la solicitud e incluya la siguiente documentación y envíela a la dirección o correo electrónico arriba indicados.

**No es válido para los centros NHSC que incluyen: Fallon, NV, Fernley, NV, Susanville, CA, Payson Primary Care, AZ, Payson OBGYN, AZ, Maricopa, AZ, Torrington, WY y Wheatland, WY.

- Prueba de ingresos. Los documentos válidos incluyen:
 - Si trabaja actualmente, copias de los tres (3) últimos recibos de nómina consecutivos (paciente, garante y cónyuge)
 - Si trabaja por cuenta propia, una copia del formulario de impuestos federales Schedule C, u otra prueba de ingresos y gastos
 - Si está jubilado y/o recibe Seguridad Social, una copia del formulario 1099 de la SSA o de la carta de beneficios**
 - Si está desempleado, una copia de su declaración de impuestos federales del año anterior, carta de beneficios por desempleo o carta de autodeclaración de ingresos.**
 - Determinación de asistencia estatal o gubernamental (Medicaid/AHCCCS) **
 - Si se le solicita, copias de facturas médicas que no sean de Banner**

Información del solicitante

Nombre del solicitante o garante: _____ N.º de Seguro Social:** _____
Dirección: _____
Birth Date: _____
Fecha de nacimiento: _____
Empleador: _____ Situación laboral: _____
Antigüedad en su empleo: _____ Desempleado Fecha/Duración: _____

Información del cónyuge o pareja

Nombre: _____
Empleador: _____ Situación laboral: _____
Fecha de nacimiento: _____
Teléfono: _____

Información sobre dependientes o tamaño del hogar

Nombre:	Relación:	Fecha de nacimiento: (mm/dd/aaaa)
1.		
2.		
3.		
4.		
5.		
6.		

Descripción de ingresos:	Cantidad mensual:
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



**RESUMEN DE LOS PROGRAMAS DE
ASISTENCIA FINANCIERA Y SOLICITUD
SUMMARY OF FINANCIAL ASSISTANCE
PROGRAMS AND APPLICATION**

Enviar a: Banner Health c/o PBM PO Box 743711, Los Angeles, CA 90074-3711 BannerFAApplications@bannerhealth.com	Fecha de hoy: Nombre del paciente: Fecha de nacimiento: Centro: Fecha del servicio:
--	---

Información médica		
Tipo de deuda / con quién:	Saldo pendiente:	Pago mensual:
1. (Doctor)	\$	\$
2. (Hospital)	\$	\$
3. (Imagenología)	\$	\$
4. (DME/Asistencia domiciliaria)	\$	\$
5. (Ambulancia)	\$	\$
6.	\$	\$

Me gustaría participar en el programa de asistencia financiera de Banner Health y entiendo que toda la información personal divulgada es con el único propósito de determinar si reúno los requisitos. Banner Health la mantendrá segura y confidencial.

La información que proporcioné es correcta a mi leal saber y entender. Me han explicado y acepto como condición para reunir los requisitos para recibir asistencia financiera de Banner Health, en caso de que reúna los requisitos y reciba asistencia, cualquier financiamiento de terceros que reciba o reúna los requisitos para recibir, de conformidad con ARS Sec. 33-931, et seq., el estatuto de gravamen de atención médica de Arizona, o los estatutos aplicables, puede ser considerado y recuperado por Banner Health para abordar y compensar el descuento de asistencia financiera que se me proporcione.

Firma de la persona responsable: _____ Fecha/Hora: _____

Nombre en letra de molde: _____

Firma del cónyuge o pareja: _____ Fecha/Hora: _____

Nombre en letra de molde: _____

Enviar a:
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