

Programa de Asistencia Financiera de Banner Lassen para Descuentos y Atención Caritativa

Resumen del Programa de Asistencia Financiera

Banner Health ofrece programas de asistencia financiera a pacientes sin seguro, con seguro insuficiente y médicamente indigentes. La asistencia financiera está disponible en los hospitales Banner y en otras entidades de BH. Los pacientes sin seguro no tienen seguro de terceros o del gobierno y se les cobra la tarifa de pago por cuenta propia por los servicios cubiertos. A los pacientes sin seguro se les cobra inicialmente la tarifa de pago por cuenta propia por los servicios cubiertos. Los pacientes con seguro insuficiente tienen seguro pero enfrentan dificultades financieras debido a los altos deducibles, copagos o coseguros. Los pacientes médicamente indigentes tienen gastos médicos, incluidos los servicios de Banner y los que no son de Banner, que superan el 50% de los ingresos de su hogar.

Los pacientes de Banner califican para recibir asistencia financiera en función de los ingresos del hogar si: (1) el ingreso familiar anual del paciente y el tamaño del hogar son iguales o inferiores al 400% del nivel federal de pobreza; o (2) los gastos médicos, incluidos los servicios de Banner y los que no son de Banner, exceden el 50% de los ingresos de su hogar. El monto de la asistencia se aprobará en una escala móvil según los ingresos del hogar y todos los gastos médicos.

Los pacientes con seguro insuficiente pueden calificar para la Asistencia Financiera de BH - Descuento por Seguro Insuficiente/Saldo Después del Seguro. Los pacientes deben solicitar consideración y cumplir con los requisitos de saldo de facturas del hospital establecidos en la Política de Asistencia Financiera y las pautas federales del Nivel de Pobreza.

A los pacientes que califiquen para la Asistencia Financiera de BH no se les cobrará más que el límite de pago esperado de HSC (§ 127405(d)) y AGB por Servicios Cubiertos, que se basa en el promedio de los montos que Medicare/Medi-Cal habría pagado al Hospital (y copagos y deducibles) por los servicios médicamente necesarios recibidos si estuvieran asegurados. La atención de emergencia siempre se brinda sin requerir pago por adelantado. Para los servicios que no son de emergencia, es posible que se requiera un depósito sustancial o un acuerdo de pago basado en los cargos estimados. Para obtener una lista de los cargos estándar y los servicios que se pueden comprar de Banner, visite <https://www.bannerhealth.com/patients/billing/pricing-resources/hospital-price-transparency> y seleccione su instalación.

Las copias gratuitas de las políticas de asistencia financiera, facturación y cobranzas de Banner Health, así como los formularios de solicitud, están disponibles en español e inglés en BannerHealth.com. También puede solicitar copias por correo u obtener ayuda llamando a Banner Patient Financial Services al (888) 264-2127, donde el personal puede ayudarlo con las solicitudes y conectarlo con recursos adicionales.

Si necesita ayuda en otro idioma, llame al 888-264-2127 de 6:00 a. m. a 10:00 p. m. o visite el mostrador de información del Centro Médico Banner Lassen ubicado en 1800 Spring Ridge Drive, Susanville, CA 96130. También están disponibles ayudas y servicios para personas con discapacidades, como documentos en braille o letra grande, audio y otros formatos electrónicos accesibles. Estos servicios son gratuitos. **Programa de quejas de facturas hospitalarias:** el Programa de quejas de facturas hospitalarias es un programa estatal que revisa las decisiones del hospital sobre si califica para recibir ayuda para pagar su factura del hospital. Si cree que se le negó asistencia financiera por error, puede presentar una queja ante el Programa de Quejas de Facturas

Hospitalarias. Visita HospitalBillComplaintProgram.hcai.ca.gov para obtener más información y presentar una queja.

NO CONSERVE COMO PARTE DEL REGISTRO MÉDICO PERMANENTE

Solicitud de descuento por asistencia financiera o atención caritativa en Banner Lassen

Instrucciones - Por favor, rellene todos los campos, adjunte la documentación requerida y envíela a
Banner Health c/o PBM, PO Box 743711, Los Ángeles, CA 90074-3711 o
BannerFAAApplications@bannerhealth.com

Comprobante de ingresos: requerido. Los documentos aceptables incluyen:

- A. Si está empleado actualmente, copias de los 3 talones de nómina más recientes para el paciente, el solicitante (si no es paciente) y el cónyuge / pareja, si ocurrieron dentro de un período de 6 meses antes o después de que el hospital le facturó al paciente por primera vez.
- B. Si trabaja por cuenta propia o desempleado, una copia de las declaraciones de impuestos sobre la renta del año en que se facturó por primera vez al paciente o 12 meses antes de que el Hospital le facturó por primera vez al paciente.

Información del solicitante:

Nombre: _____
Dirección: _____
Fecha de nacimiento: _____ Número de teléfono: _____ Correo electrónico: _____
Empleador: _____ Situación laboral: _____
Duración del empleo: _____ Desempleado Fecha o duración: _____

Información del cónyuge o pareja:

Nombre: _____
Dirección: _____
Fecha de nacimiento: _____ Número de teléfono: _____ Correo electrónico: _____
Empleador: _____ Situación laboral: _____
Duración del empleo: _____ Desempleado Fecha o duración: _____

Información de los miembros de la familia: Enumere a los miembros de la familia en su hogar. La "familia" de un paciente incluye:

- A. Para personas de 18 años o más: un cónyuge; pareja de hecho, como se define en la Sección 297 del Código de Familia de California; e hijos dependientes menores de 21 años, ya sea que vivan en casa o no.
- B. Para personas menores de 18 años: un padre, parientes cuidadores y otros hijos menores de 21 años del padre o pariente cuidador.

Utilice otra página si hay más de 5 miembros de la familia.

- 1. Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____ Relación: _____
- 2. Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____ Relación: _____
- 3. Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____ Relación: _____
- 4. Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____ Relación: _____
- 5. Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____ Relación: _____

Detalles financieros:

Ingresos 1 Descripción: _____ Cantidad mensual: _____
Ingresos 2 Descripción: _____ Cantidad mensual: _____

Pasivos médicos: Enumere el tipo de deuda (es decir, médico, hospital, imágenes, DME, atención domiciliaria, ambulancia, etc.).

- | | | |
|----------------|---------------------|---------------------|
| 1. Tipo: _____ | Saldo impago: _____ | Pago mensual: _____ |
| 2. Tipo: _____ | Saldo impago: _____ | Pago mensual: _____ |
| 3. Tipo: _____ | Saldo impago: _____ | Pago mensual: _____ |
| 4. Tipo: _____ | Saldo impago: _____ | Pago mensual: _____ |
| 5. Tipo: _____ | Saldo impago: _____ | Pago mensual: _____ |

Declaración y firma

Declaro que 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 mi elegibilidad. Banner Health mantendrá esto seguro y confidencial. Esta Solicitud iniciará al Paciente para su consideración tanto para la Atención Caritativa como para los Pagos con Descuento. Tenga en cuenta que los pacientes que solo solicitan pagos con descuento pueden recibir menos asistencia financiera de la que puede estar disponible para el paciente bajo el programa de atención caritativa.

Al firmar a continuación, doy fe de que la información que he proporcionado es precisa a mi leal saber y entender. Se me ha explicado y acepto como condición de mi calificación para recibir asistencia financiera de Banner Health, en caso de que califique y reciba asistencia, cualquier financiamiento de terceros que reciba o sea elegible para recibir, puede ser considerado y recuperado por Banner Health para abordar y compensar el descuento de asistencia financiera que se me proporcionó. de conformidad con el Código de Salud y Seguridad de California § 3045.1 et seq. Banner Health puede considerar y recuperar el estatuto de gravamen de atención médica de California, o los estatutos aplicables, para abordar y compensar el descuento de asistencia financiera que se me proporcionó.

Firma de la parte responsable: _____ Fecha y hora: _____
Nombre impreso: _____

NO CONSERVE COMO PARTE DEL REGISTRO MÉDICO PERMANENTE