

Título: Financial Assistance for Hospital Patients	
Número: 770, Versión: 4	Fecha original: 10/17/2019
Fecha de entrada en vigencia: 10/25/2019	Fecha de la última actualización/revisión: 10/25/2019
Fecha de la próxima actualización: 10/25/2022	Autores: Becky Peters, Gordon Goodnow
Aprobado por: Administrative Policy Committee, Banner Health Board of Directors, Chief Financial Officer, PolicyTech Administrators 10/25/2019	
Discrete Operating Unit/Facility: Hospitals Banner Baywood Medical Center Banner Behavioral Health Banner Boswell Medical Center Banner Casa Grande Medical Center Banner Churchill Community Hospital Banner Del E Webb Medical Center Banner Desert Medical Center Banner Estrella Medical Center Banner Fort Collins Medical Center Banner Gateway Medical Center Banner Goldfield Medical Center Banner Heart Hospital Banner Ironwood Medical Center Banner Lassen Medical Center Banner Payson Medical Center Banner Thunderbird Medical Center Banner—University Medical Center Phoenix Banner—University Medical Center South Banner—University Medical Center Tucson Cardon Children’s Medical Center Community Hospital East Morgan County Hospital McKee Medical Center North Colorado Medical Center Ogallala Community Hospital Page Hospital Platte County Memorial Hospital Sterling Regional MedCenter Washakie Medical Center	Banner Corporate Ambulatory Services Banner Behavioral Health Outpatient Services Banner MD Anderson Cancer Center Banner Medical Group Banner Surgery Centers Banner Urgent Care Services Banner—University Medical Group Occupational Health/Employee Services Rural Health Clinics Banner Home Care and Hospice (BHCH) Banner Pharmacy Services Insurance Banner Health Network Banner Plan Administration University Physicians Health Plans Post-Acute Services (PAC) Research

I. Propósito/Población:

- A. **Propósito:** Esta política y el programa de asistencia financiera que se describe en el presente documento tienen por objeto garantizar una metodología no discriminatoria y coherente para la prestación de atención de emergencia gratuita o con descuento y otros cuidados médicamente necesarios en los hospitales de Banner Health (BH). Esta política solo se aplica a los hospitales de BH y no a otras instalaciones de BH o proveedores no hospitalarios (por ejemplo, médicos, centros de cirugía ambulatoria, imagenología, atención de urgencia). Debe utilizarse como complemento de la política de Banner titulada Banner Health Physician Practice/Clinics Financial Assistance Program (Política de asistencia financiera para consultorios médicos/clínicas de Banner Health). Además, BH ofrece descuentos para pacientes no asegurados bajo una póliza separada para pacientes no asegurados que no califican para el programa de asistencia financiera descrito en esta póliza.

Al ser adoptadas por la junta directiva de BH, actuando en su capacidad como el cuerpo gobernante de cada hospital, esta política y el programa de asistencia financiera establecido en este documento constituirán la política oficial de asistencia financiera (dentro del significado de la Sección 501(r) del Código de Rentas Internas) para cada uno de dichos hospitales.

- B. **Población:** Todos los empleados.

II. Definiciones:

- A. Cantidades generalmente facturadas (AGB, por sus siglas en inglés) significa los cargos brutos por servicios médicamente necesarios proporcionados a un paciente, multiplicados por el porcentaje de las AGB específico del hospital. Las AGB son específicas para cada hospital y se calcula con base en el "método de retrospectiva histórica, según lo prescrito en las Regulaciones del Tesoro 1-501(r)-5(b)(3)(ii)(B).
- B. Saldo después del seguro (BAI, por sus siglas en inglés) significa las cantidades adeudadas por el paciente después de que se haya completado la adjudicación del seguro (por ejemplo, deducibles, copagos y coseguro). El BAI no incluye la parte del costo del paciente para Medicaid/AHCCCS según lo determinado por el estado como una cantidad que el paciente debe pagar para que el paciente sea elegible para Medicaid/AHCCCS, y BH no está autorizado a proporcionar asistencia financiera para financiar o renunciar a esta cantidad.
- C. Política de facturación y cobros significa la política de BH titulada: "Servicios financieros para los pacientes: política de facturación y cobros para cuentas de autopago", que puede ser enmendada de vez en cuando.
- D. Atención caritativa significa servicios cubiertos proporcionados a un paciente por los cuales no se espera que el paciente pague ninguna cantidad.
- E. Continuación de la atención significa atención continua que es médicamente necesaria para mantener al paciente fuera de una situación de emergencia.
- F. Servicios cubiertos significa aquellos servicios para pacientes hospitalizados y ambulatorios proporcionados por un hospital de BH que son atención de emergencia o de otra manera

médicamente necesaria de acuerdo con los estándares de la política fiscal de Medicare de BH.

- G. Atención con descuento significa servicios cubiertos proporcionados a un paciente por los cuales se espera que el paciente pague una cantidad con descuento.
- H. Persona elegible significa una persona elegible para recibir asistencia financiera bajo esta política y el programa de asistencia financiera que se describe a continuación, sin importar si la persona ha solicitado asistencia financiera.
- I. Condición de emergencia significa una condición médica de un paciente que ha resultado de la aparición repentina de una condición de salud con síntomas agudos que, en ausencia de atención médica inmediata, es razonablemente probable que ponga en serio peligro la salud del paciente, resulte en un serio deterioro de las funciones corporales del paciente o resulte en una disfunción grave de cualquier órgano o parte del cuerpo.
- J. Servicios de emergencia significa los servicios necesarios y apropiados para tratar una condición de emergencia.
- K. Nivel federal de pobreza (FPL, por sus siglas en inglés) significa el nivel de ingreso anual para diferentes tamaños de hogares establecido por el gobierno federal para establecer hogares que viven por encima o por debajo del nivel de pobreza definido.
- L. Cargos brutos significa las tarifas de los servicios cubiertos que se presentan anualmente al Departamento de Servicios de Salud de Arizona u otra agencia estatal aplicable para el hospital correspondiente. Si no es necesario que el hospital correspondiente presente las tarifas anualmente a cualquier agencia estatal, entonces los cargos brutos serán las tarifas para los servicios cubiertos según lo disponga el sistema de gastos hospitalarios para ese hospital en el momento en que se presten los servicios cubiertos.
- M. Hospital significa cada hospital de propiedad o arrendado por BH, y cada hospital operado por BH en el cual la junta directiva de BH tiene la autoridad del cuerpo gobernante sobre las operaciones de dicho hospital.
- N. Porcentaje de cantidades generalmente facturadas (AGB, por sus siglas en inglés) específico del hospital significa, para cada hospital, un porcentaje derivado de dividir (1) la suma de todos los reclamos por servicios prestados en dicho hospital durante el período pertinente permitido por Medicare y todas las aseguradoras privadas de salud como pagadores primarios, junto con cualquier parte asociada de estos reclamos que deba ser pagada por los beneficiarios de Medicare o por individuos asegurados en forma de copagos, coseguros o deducibles (sin importar si tales cantidades fueron pagadas realmente), por (2) los cargos brutos por dichos servicios médicamente necesarios. El porcentaje de las AGB específico del hospital se calculará para el período relevante inicial a más tardar el 14 de noviembre de cada año, para el período relevante más recientemente completado. Cada porcentaje de las AGB específico del hospital será efectivo hasta el próximo cálculo anual del porcentaje de las AGB específico del hospital. El cálculo del porcentaje de las AGB específico del hospital para cada hospital deberá cumplir con el "método de retrospectiva" descrito en la Regulación del Tesoro 1-501(r)-5(b)(3)(ii)(B). (véase también la Sección II.A arriba).
- O. Medicaid significa todos los programas estatales y federales que incluyen (pero no se limitan a) Medicaid, Medi-Cal, AHCCCS, CICP y FES.

- P. Hogar médicamente indigente significa un hogar con gastos médicos incurridos durante los 12 meses anteriores por los cuales el hogar es responsable y que exceden el 50 % de los ingresos totales del hogar para ese año. Para los propósitos de determinar si un hogar es un hogar médicamente indigente, todos los gastos médicos están incluidos, incluyendo los gastos médicos que no son de BH.
- Q. Médicamente necesario: significa aquellos servicios requeridos para identificar o tratar una enfermedad o lesión que se diagnostica o se sospecha razonablemente; considerando el nivel de atención más apropiado. Para ser médicamente necesario, un servicio debe:
1. Ser requerido para tratar una enfermedad o lesión;
 2. Ser consistente con el diagnóstico y tratamiento de las condiciones del paciente;
 3. Estar de acuerdo con los estándares de las buenas prácticas médicas;
 4. No ser para la conveniencia del paciente o del médico del paciente; y
 5. Ser ese nivel de atención más apropiado para el paciente según lo determinado por la condición médica del paciente y no por la situación financiera o familiar del paciente.
- Los servicios de emergencia se consideran médicamente necesarios.
- R. PFS significa Servicios Financieros para el Paciente, la unidad operativa de BH responsable de facturar y cobrar las cuentas de autopago por los servicios del hospital, incluyendo copagos y deducibles.
- S. Período relevante significa el período de 12 meses que termina el 30 de noviembre de 2013, para la asistencia financiera proporcionada desde el 1 de enero de 2014 hasta que se calcule el porcentaje de cantidades generalmente facturadas específico del hospital basado en los reclamos pagados durante el período de 12 meses que termina el 30 de septiembre de 2014. A partir de entonces, el período relevante significa cada período de 12 meses que termina el 30 de septiembre.
- T. La tarifa de autopago significa, para cada hospital, el 125 % de las cantidades generalmente facturadas para ese hospital.
- U. Seguro de terceros significa una entidad (corporación, plan de salud de la compañía o fideicomiso, beneficio de pago médico de automóvil, compensación de trabajadores, etc.) que no sea el paciente (o garante) que pagará la totalidad o una parte de las cuentas médicas del paciente.
- V. Paciente con seguro insuficiente significa un paciente con cobertura de seguro de terceros, pero con limitaciones significativas o corresponsabilidad, incluyendo deducibles, copagos y coseguro.
- W. Paciente no asegurado significa un paciente sin seguro de terceros e inelegible para los programas gubernamentales, en cualquier caso, que puede ser facturado por los servicios cubiertos proporcionados al paciente.

III. Póliza:

- A. General. BH proporciona atención médica de calidad a todos los pacientes independientemente de su edad, sexo, orientación sexual, preferencia de género, raza, religión, discapacidad, condición de veterano, origen nacional y/o capacidad de pago. Esta política establece programas de asistencia financiera de BH que, basados en el ingreso

familiar y el nivel de gastos médicos, determinan la calificación de un paciente para la atención médica caritativa o los servicios cubiertos con descuento. La elegibilidad para recibir asistencia financiera se proporcionará a aquellas personas que no están aseguradas o tienen un seguro insuficiente y que cumplen con las pautas de ingresos del hogar según se describe en esta política, o que son miembros de un hogar médicamente indigente.

- B. Asistencia financiera para pacientes no asegurados. Los pacientes no asegurados calificarán para recibir asistencia financiera de BH si: (a) su ingreso familiar es menor al 400 % del nivel federal de pobreza, (b) no pueden calificar para Medicaid/AHCCCS u otro programa gubernamental, o no pueden completar razonablemente el proceso de solicitud para dichos programas gubernamentales, y (c) completan una solicitud de asistencia financiera (a menos que se determine que son presuntamente elegibles, como se indica a continuación), de acuerdo con la siguiente tabla:

Asistencia financiera: atención caritativa y con descuento para pacientes no asegurados	
Ingreso del hogar	Cantidades cobradas
200 % de < nivel federal de pobreza	Descuento completo de caridad de 100 %, cancelación de toda la cuenta del paciente
>200 %-300 % del nivel federal de pobreza	75 % de descuento de las cantidades generalmente facturadas (es decir, el paciente debe el 25 % de las cantidades generalmente facturadas)
>300 %-400 % del nivel federal de pobreza	50 % de descuento de las cantidades generalmente facturadas (es decir, el paciente debe el 50 %)
>400 % del nivel federal de pobreza	No califica para la política de asistencia financiera de BH; refiérase a la tarifa de autopago para pacientes no asegurados a continuación.

- C. Asistencia financiera para pacientes con seguro insuficiente. Los pacientes con seguro insuficiente calificarán para recibir asistencia financiera si: (a) tienen un saldo después del seguro (BAI, por sus siglas en inglés) de \$2500 y un ingreso familiar de menos del 400 % del nivel federal de pobreza, y (b) completan una solicitud de asistencia financiera, de acuerdo con la siguiente tabla:

Asistencia financiera—Pacientes con seguro insuficiente con un saldo después del seguro en exceso de \$2500	
Ingreso del hogar	Saldo después del seguro
<200 % del nivel federal de pobreza	100 % de descuento del saldo después del seguro en exceso de \$2500 (es decir, cancelación de la responsabilidad del paciente en exceso de \$2500)

>200 %-300 % del nivel federal de pobreza	75 % de descuento del saldo después del seguro en exceso de \$2500 (es decir, el paciente debe 25 % del saldo después del seguro en exceso de \$2500 y 100 % del saldo después del seguro hasta \$2500)
>300 %-400 % del nivel federal de pobreza	50 % de descuento del saldo después del seguro en exceso de \$2500 (es decir, el paciente debe 50 % del saldo después del seguro en exceso de \$2500 y 100 % del saldo después del seguro hasta \$2500)
>400 % del nivel federal de pobreza	No califica para recibir asistencia financiera de BH a menos que sea miembro de un hogar médicamente indigente

- D. Asistencia financiera para miembros de hogares médicamente indigentes. Los pacientes que son miembros de hogares médicamente indigentes calificarán para recibir asistencia financiera de BH, sujeto a la solicitud de asistencia financiera, de la siguiente manera:
1. Si es un paciente no asegurado, el paciente es responsable del 25 % de la responsabilidad del paciente (incluyendo cualquier ajuste de la cantidad de responsabilidad del paciente de acuerdo con la aplicación de la política de asistencia financiera de BH para pacientes no asegurados, es decir, si el paciente no asegurado es miembro de un hogar médicamente indigente que tiene un ingreso familiar del 400 % del nivel federal de pobreza, el paciente deberá el 25 % del saldo después del seguro (sin tener en cuenta la cantidad del saldo después del seguro).
 2. Si es un paciente con seguro insuficiente, el paciente es responsable del 25 % del saldo después del seguro (sin tener en cuenta la cantidad del saldo después del seguro).
- E. Tarifa de autopago para pacientes no asegurados. A los pacientes no asegurados que no califiquen para recibir asistencia financiera, ya sea debido a la falta de solicitud (a menos que se determine que son presuntamente elegibles, como se indica a continuación), que tengan un ingreso familiar superior al 400 % del nivel federal de pobreza, que no sean miembros de un hogar médicamente indigente o por cualquier otra razón, se les cobrará la tarifa de autopago (es decir, el 125 % de las cantidades generalmente facturadas) por los servicios recibidos.
- F. Cancelaciones y ajustes.
1. Los servicios cubiertos serán elegibles para cancelación, en su totalidad o en parte si:
 - a. Un paciente califica para Medicaid/AHCCCS después de que el servicio ha sido proporcionado por BH (100 % de cancelación). Esto incluye cualquier factura por servicios anteriores a la cobertura;
 - b. Un paciente califica para Medicaid/AHCCCA, pero no hay fondos disponibles para pagar los servicios o Medicaid/AHCCCS niega la cobertura de los servicios cubiertos (100 % de cancelación).
 - c. Un paciente es aprobado para recibir asistencia financiera en base a las pautas y requisitos descritos anteriormente en esta política, después de la aprobación, las

cancelaciones y los ajustes serán procesados con prontitud de acuerdo con esta política, los procedimientos aplicables, los estatutos y reglamentos estatales.

2. Autoridad de firma para cancelaciones. Las cancelaciones del programa de asistencia financiera serán otorgadas sujeto a los siguientes límites de aprobación:
 - a. Hasta \$5,000 – Gerente del servicio financiero para el paciente (PFS, por sus siglas en inglés);
 - b. Más de \$5,000 – Director del servicio financiero para el paciente, a menos que el director lo delegue al director financiero del hospital.
 3. Notificación de elegibilidad para el programa de asistencia financiera. Una vez determinada la elegibilidad, se notificará por escrito a la persona que se determine que es elegible para el programa de asistencia financiera mejorada de dicha determinación.
- G. Proveedores no cubiertos. Esta política no se aplica a los cargos por servicios de médicos y profesionales de la salud afines que estén o no empleados por BH o sus afiliados, incluyendo todos los departamentos del hospital (por ejemplo, médicos del departamento de emergencias, radiólogos, patólogos, cirujanos, anestesiólogos y hospitalistas). Estos médicos y otros proveedores no son parte del hospital y no están relacionados sustancialmente con el hospital dentro del significado de la Sección 501(r) del Código de Rentas Internas. Cada hospital mantendrá una lista de todos los departamentos del hospital indicando que los cargos por servicios de proveedores empleados y no empleados por Banner no están cubiertos por esta política. Como se mencionó anteriormente, existe una política separada de BH que trata con los proveedores; Banner Health Physician Practice/Clinics Financial Assistance Program (Política de asistencia financiera para consultorios médicos/clínicas de Banner Health).
- H. Reserva del derecho a solicitar el reembolso de los cargos de terceros. Si cualquier pagador principal o tercero es responsable de cualquier parte de la factura de un paciente, BH buscará el reembolso total de todos los cargos incurridos por el paciente a la tarifa contractual o gubernamental aplicable a dicho pagador o, si no hay una tarifa contractual o gubernamental aplicable, la tarifa de autopago, de parte de dicho pagador principal o tercero, incluyendo situaciones regidas por las disposiciones de la Sección 33-931, et. Seq. (o las disposiciones análogas de las leyes de otros estados, según corresponda) a pesar de cualquier ayuda financiera otorgada de conformidad con esta política.
- I. Período de elegibilidad. Si un paciente califica para recibir asistencia financiera bajo esta política (aparte de la membresía del paciente en un hogar médicamente indigente), todos los saldos pendientes de los servicios cubiertos 12 meses antes y 180 días después de la calificación serán elegibles para el descuento o cancelación correspondiente. Cualquier cuenta dentro del año fiscal actual o de los 12 meses anteriores y que haya sido colocada en deuda incobrable será devuelta por el vendedor y cancelada con base en las pautas de asistencia financiera de BH.
- J. Reembolsos. Los pagos recibidos antes de calificar para recibir asistencia financiera bajo esta política no serán reembolsados.
- K. Métodos para solicitar ayuda financiera. A menos que se determine que son presuntamente elegibles, los pacientes deben solicitar asistencia financiera. Los pacientes pueden solicitar ayuda financiera por cualquiera de los siguientes métodos:

1. Aconsejar al personal de servicios financieros al paciente (PFS, por sus siglas en inglés) en o antes del momento de la inscripción que no pueden pagar algunos o todos los cargos hospitalarios reales o anticipados.
 2. El personal de PFS ofrecerá a todos los pacientes sin seguro un formulario de solicitud de asistencia financiera.
 3. Los proveedores de elegibilidad médica seleccionados por PFS y BH ayudarán al paciente a solicitar Medicaid y asistencia financiera bajo esta política.
 4. Descargando el formulario de solicitud de asistencia financiera del sitio web de BH o del hospital de BH y enviándolo por correo al departamento de PFS a la dirección que aparece en el formulario de solicitud.
 5. Solicitando una solicitud de PFS por teléfono: 480-684-7409 o, si está fuera de Arizona, 855-244-7460 o por correo: 525 W. Brown Road, Mesa, AZ 85201 y enviando una solicitud completa a la dirección antes mencionada.
 6. Cualquiera de los métodos especificados en la política de facturación y cobros.
- L. Presunta elegibilidad. BH puede determinar que un individuo es elegible para recibir asistencia financiera basándose en información que no haya sido proporcionada por el paciente o en una determinación previa de elegibilidad para recibir asistencia financiera. Dicha información se obtendrá accediendo, ya sea directamente o a través de un proveedor externo, a información de agencias de crédito (por ejemplo, Equifax), utilizando el número de seguro social del individuo, para determinar el ingreso anual y el tamaño de la familia del individuo, y luego comparando dicha información con los criterios de elegibilidad bajo esta política. Dicha determinación se hará de acuerdo con la política de "Presunta elegibilidad para asistencia financiera para pacientes – Procedimiento", ya que la misma se modifica de vez en cuando. Sobre tal determinación presuntiva, el requisito de la aplicación se considera renunciado, y el paciente será tratado para todos los propósitos como elegible para asistencia financiera a partir de la fecha efectiva de la determinación. Los pagos recibidos en el punto de servicio antes de calificar para la presunta elegibilidad NO serán reembolsados. Algunos de los indicadores que califican para la presunta elegibilidad pueden ser:
1. El paciente está documentado como persona sin hogar;
 2. El paciente ha fallecido sin que se conozca su sucesión;
 3. El paciente está actualmente encarcelado;
 4. El paciente actualmente califica para programas de salud pública que incluyen, pero no se limitan a: Seguro Social, beneficios de desempleo, cupones de alimentos, WIC u otros servicios relacionados con los indigentes.

IV. Procedimiento/Intervenciones:

A. N/C

V. Documentación procesal:

A. N/C

VI. Información adicional:

A. N/C

VII. Referencias:

- A. Ley de Protección al Paciente y Atención Asequible, Sección 9007
- B. Código de Rentas Internas, Sección 501(r)
- C. C.R.S. 25-3-112 (Colorado SB 12-134)

- D. 29 C.F.R. §1.501(r)-1 hasta §1.501(r)-7
- E. Notificación 2015-46, Boletín de Rentas Internas 2015-28 (13 de julio de 2015)
- F. 79 Reg Fed 78954-79016

VIII. Otras políticas y procedimientos relacionados:

- A. [Servicios financieros para los pacientes: Política de facturación y cobros para cuentas de autopago](#) (#772)

IX. Palabras clave y frases clave:

- A. Programa de asistencia financiera
- B. Programa de asistencia al paciente
- C. Pacientes no asegurados
- D. Legal
- E. Junta
- F. Finanzas
- G. Atención caritativa

X. Apéndice:

- A. Resumen de los programas de asistencia financiera en todos los hospitales y operados por Banner Health (BH)

Apéndice A

RESUMEN DE LOS PROGRAMAS DE ASISTENCIA FINANCIERA EN TODOS LOS HOSPITALES DE PROPIEDAD DE BANNER HEALTH Y OPERADOS POR BANNER HEALTH (BH)

Banner Health ofrece programas de asistencia financiera a pacientes sin seguro, con seguro insuficiente y médicamente indigentes. Esta política solo se aplica a los hospitales de Banner y no a otras instalaciones de BH como centros de cirugía ambulatoria, imagenología o atención de urgencia. Un paciente no asegurado significa un paciente sin beneficio de seguro médico o programas gubernamentales que puede ser facturado por los servicios cubiertos que se le brindan en base a las pautas del nivel federal de pobreza (FPL, por sus siglas en inglés), no excluido de esta póliza. Un paciente con seguro insuficiente significa un paciente con cobertura de seguro calificada con limitaciones significativas o corresponsabilidad. Un paciente médicamente indigente significa un paciente con gastos médicos familiares durante un año calendario determinado que exceda el 50 % de los ingresos totales de la familia.

Si usted es un paciente no asegurado, puede calificar para una tarifa de descuento si no cumple con los requisitos para el programa de asistencia financiera basado en las pautas del nivel federal de pobreza. La calificación para la atención con descuento significa que se le cobrará 1.25 x AGB (montos generalmente facturados), que se basa en el promedio de los montos que las aseguradoras privadas de salud y Medicare (y los copagos y deducibles) habrían pagado al hospital por los servicios médicamente necesarios que usted reciba, si hubiera estado asegurado.

Si usted es un paciente no asegurado, calificará para la asistencia financiera de BH (1) si tiene un ingreso familiar anual y el tamaño de su hogar que es igual o menor al 400 % del nivel federal de pobreza y carece de otros bienes para pagar los cargos totales del hospital y, (2) si así lo solicita el hospital, usted solicita Medicaid/AHCCCS, coopera completamente en el proceso de solicitud y determinación, o no puede completar razonablemente el proceso de solicitud, y se le niega la cobertura de Medicaid/AHCCCS.

Si usted es un paciente con seguro insuficiente, puede calificar para recibir asistencia financiera de BH para el descuento por seguro insuficiente/saldo después del seguro. Tendrá que solicitar la consideración y cumplir con los requisitos de saldo de cuentas del hospital establecidos en la política de asistencia financiera y las pautas del nivel federal de pobreza.

Si usted califica para la asistencia financiera de BH, en ningún caso se le cobrará más de los montos generalmente facturados por servicios de emergencia u otros servicios médicamente necesarios. Además, nunca se le pedirá que haga un pago por adelantado u otros arreglos de pago para recibir servicios de emergencia. Sin embargo, para recibir servicios que no sean de emergencia, en la mayoría de las situaciones se le pedirá que haga un depósito por adelantado sustancial u otros arreglos de pago basados en un cálculo aproximado de los montos generalmente facturados.

Una copia gratuita de la política de asistencia financiera del hospital, la política de facturación y cobros, y los formularios de solicitud están disponibles en el sitio web de Banner en Bannerhealth.com. También hay copias disponibles por correo comunicándose con servicios financieros para los pacientes de Banner al (480) 684-7409 o, si está fuera de Arizona al (855) 244-7460. El personal de servicios financieros para los pacientes de Banner está disponible para responder preguntas y proporcionar información sobre los programas de asistencia financiera, el proceso de solicitud y las organizaciones sin fines de lucro y agencias gubernamentales que pueden ayudar con estas solicitudes. Las traducciones al español y otras traducciones de este resumen, las políticas de asistencia financiera y facturación del hospital y los formularios de solicitud están disponibles en los sitios web de Banner y del hospital y en el área de admisión del hospital. También pueden ser solicitados poniéndose en contacto con el personal de servicios financieros para los pacientes de Banner al (480) 684-7409 o, si está fuera de Arizona al (855) 244-7460.