

Resumen de programas de asistencia financiera

La Política de asistencia financiera de Dignity Health describe los programas de asistencia financiera disponibles para los pacientes sin seguro o con cobertura insuficiente que cumplen determinados requisitos de ingresos. Estos programas pueden ayudar a pagar los servicios hospitalarios, proporcionados por Dignity Health, que se consideren médicamente necesarios. Un paciente sin seguro es alguien que no cuenta con cobertura de salud, ya sea un seguro privado o un programa gubernamental, y que tampoco tiene acceso a recibir un reembolso de sus facturas del hospital por parte de otra persona. Un paciente con cobertura insuficiente es alguien que cuenta con cobertura de salud, pero que adeuda sumas hospitalarias altas que el seguro no cubre en su totalidad.

Atención gratuita

- Si no tiene seguro o su cobertura es insuficiente y su ingreso familiar es inferior al 200 % del índice federal de pobreza, podría reunir los requisitos para recibir servicios hospitalarios sin costo para usted.

Atención con descuento

- Si no tiene seguro o su cobertura es insuficiente y su ingreso familiar se encuentra entre el 200 y el 500 % del índice federal de pobreza, se le cobrará el importe generalmente facturado (Amount Generally Billed, AGB). Este es el importe establecido por la ley federal que refleja el importe que le habrían pagado al hospital las aseguradoras médicas privadas y Medicare (incluidos los copagos y deducibles) por los servicios médicamente necesarios que recibió.

Si es apto para recibir asistencia financiera en virtud de nuestra Política de asistencia financiera, no estará obligado a pagar más que el importe generalmente facturado, tal como se describe arriba. Si reúne los requisitos necesarios, también es posible que pueda solicitar un plan de pago ampliado sin intereses.

Nunca se le exigirá hacer un pago por adelantado ni hacer otros acuerdos de pago para recibir servicios de emergencia.

Puede obtener una copia gratuita de la Política de asistencia financiera y los formularios para solicitud de asistencia financiera se encuentran disponibles en línea, en el sitio web del hospital que se indica a continuación. También puede obtenerlas en el área de admisión del hospital, ubicada cerca de la entrada principal. (Siga los carteles que dicen "Admitting" [Admisión] o "Registration" [Inscripción]). Si así lo solicita, también se le puede enviar copias de estos documentos por correo postal. Para ello, llame a Servicios Financieros para Pacientes al teléfono que se indica más abajo correspondiente a su hospital.

Traducción disponible: Además, puede obtener una traducción de estos documentos al español u otros idiomas en el sitio web del hospital, en el área de admisión del hospital o si llama al teléfono del hospital.

Los asesores financieros de Dignity Health están a su disposición para responder sus preguntas, brindarle información sobre la Política de asistencia financiera y guiarlo en el proceso que debe seguir para solicitar este tipo de asistencia. Los integrantes de nuestro personal se encuentran en el área de admisión del hospital y también puede comunicarse con ellos al número de teléfono del hospital que se indica a continuación.

Chandler Regional Medical Center 1955 W. Frye Road, Chandler, AZ 85224 | **Asesoramiento Financiero** 480-728-3564
Servicios Financieros para Pacientes 855-892-2400 | www.dignityhealth.org/chandlerregional/paymenthelp

Mercy Gilbert Medical Center 3555 S. Val Vista Drive, Gilbert, AZ 85297 | **Asesoramiento Financiero** 480-728-7281
Servicios Financieros para Pacientes 855-892-2400 | www.dignityhealth.org/mercygilbert/paymenthelp

St. Joseph's Hospital & Medical Center 350 W Thomas Road, Phoenix, AZ 85013 | **Asesoramiento Financiero** 602-406-4923
Servicios Financieros para Pacientes 877-877-8345 | www.dignityhealth.org/stjosephs/paymenthelp

St. Joseph's Westgate Medical Center 7300 N 99th Avenue, Glendale, AZ | **Asesoramiento Financiero** 866-556-8221
Servicios Financieros para Pacientes 877-877-8345 | www.dignityhealth.org/stjosephs/paymenthelp

O:A:S:I:S Hospital

Solicitud de Asistencia Financiera

Número(s) de cuenta del paciente		Mencione los hospitales en los que recibió tratamiento	
Apellido del paciente	Nombre del paciente	Número de Seguro Social del paciente	Fecha de nacimiento del paciente
Apellido del garante (si es otra persona)	Nombre	Número de Seguro Social del garante	Fecha de nacimiento
Dirección particular del garante		Número de teléfono particular	
Ciudad	Estado	Código postal	
Nombre del empleador del garante		Departamento/Función laboral del garante	
Dirección del empleador del garante		Teléfono del empleador del garante	
Ciudad	Estado	Código postal	
Nombre del empleador del cónyuge		Departamento/Función laboral del cónyuge	
Dirección del empleador del cónyuge		Teléfono del empleador del cónyuge	
Ciudad	Estado	Código postal	

Integrantes del hogar (incluido el solicitante)

Nombre	Relación con el paciente	Fecha de nacimiento	Empleador	Ingreso anual
1)				
2)				
3)				
4)				
5)				
6)				
7)				
8)				
9)				
10)				

Solicitud de asistencia financiera para atención médica de Oasis Hospital (continuación)

A fin de determinar quién reúne las condiciones verdaderamente para recibir asistencia financiera, primero requerimos que se presente la información que se menciona a continuación para demostrar dificultades financieras. Complete la solicitud y envíela con toda la documentación que se detalla abajo. Si no puede presentar alguno de los documentos o si hay otros factores que puedan afectar la evaluación, envíe una declaración escrita que explique su situación.

Documentos requeridos:

1. Comprobante de identidad - **Uno** de los siguientes documentos:
 - Copia de la tarjeta del Seguro Social
 - Copia de la licencia de conducir emitida por el estado
 - Copia de otra identificación con fotografía
2. Verificación del domicilio actual - **Uno** de los siguientes documentos:
 - Un recibo de alquiler
 - Una factura de un servicio público
3. Rechazo de elegibilidad emitido por el programa Medicaid o Medi-Cal del estado de residencia.
4. Comprobante de ingresos de todos los integrantes de la familia* de los 12 meses anteriores a la fecha en que se prestaron los servicios en Oasis Hospital. Podrían ser las declaraciones de impuestos más recientes o los talones de pago correspondientes al mismo período. Si es trabajador independiente, incluya el Programa C con su declaración de impuestos. Si no cuenta con estos documentos, escriba una explicación en una hoja por separado, donde indique su situación financiera correspondiente a los últimos tres meses y envíela junto con esta solicitud.

*Se consideran integrantes de la familia del paciente:

- a) A las personas mayores de 18 años, el/la cónyuge, la pareja doméstica, tal como se define en la Sección 297 del Código Familiar y a los niños dependientes menores de 21 años, vivan o no en la misma casa.
- b) En el caso de las personas menores de 18 años, el padre, la madre, los familiares responsables de su cuidado y otros niños menores de 21 años del padre, la madre o el familiar a cargo de los cuidados.

Una vez que completamos la evaluación inicial de los documentos proporcionados, podemos requerir lo siguiente para determinar si reúne los requisitos o no:

Comprobante de activos monetarios - **Todos** los documentos siguientes:

- Estados de cuenta corriente de los últimos 3 meses
- Estados de cuenta de ahorro de los últimos 3 meses
- Acciones, bonos y CD bancarios

Al firmar a continuación, acepta que se lo considere para recibir asistencia financiera. Además, certifica que todas las declaraciones que se han manifestado en esta solicitud son verdaderas y están completas a su leal saber y entender. Si se determinase que la información que proporcionó está incompleta o es falsa, es posible que se anulen los descuentos que hubieran podido realizarse en su factura y que usted deba hacer el pago en su totalidad. Al firmar abajo, autoriza a Oasis Health a comprobar las referencias y su historial crediticio para evaluar su solicitud de que se lo considere para recibir asistencia financiera.

Si recibe un pago por parte de una aseguradora, un plan de indemnización por accidente en el trabajo o cualquier otro tercero, se compromete a informar al hospital de tal pago. El hospital conserva su derecho de cobrar los cargos originales, según la factura sin descuentos, si un tercero le paga los servicios brindados por el hospital.

Firma de la persona responsable por la factura (garante)

Fecha

Enviar la solicitud completa por correo a:

Oasis Hospital
750 N 40th Street
Phoenix, AZ 85008
602-797-7775

Revisado: 9 septiembre de 2016