

## DECLARACIÓN DE LAS PERSONAS QUE NO CUENTAN CON SEGURO MÉDICO PARA RECIBIR ASISTENCIA FINANCIERA BÁSICA

Efectivo el 1º de febrero de 2026, los hospitales de HonorHealth y las clínicas de HonorHealth Medical Group ofrecen el descuento de ochenta y siete por ciento (87%) de los cargos facturados por servicios prestados a pacientes que no cuenten con seguro médico y cuyo nivel de ingresos familiar sea menor a cuatro veces el indicado en las Pautas del nivel federal de pobreza conforme a la política de Asistencia Financiera. Esta política se puede revisar en la sección de Políticas Financieras y de Privacidad en HonorHealth.com. Este descuento puede no ser aplicable a la atención recibida en relación con una lesión en la que otra persona o entidad sea responsable del pago.

**Expectativas de pago:** Los hospitales y clínicas esperan que se realice un depósito antes de que se presten los servicios programados y que el saldo o los acuerdos de pago se paguen de acuerdo con la política de HonorHealth. Aproximadamente una semana después del alta hospitalaria o la visita, recibirá un estado de cuenta detallado que indica el saldo adeudado que incluye el descuento y la información de contacto en caso de que necesite concertar algún acuerdo de pago.

En caso de que otra persona o entidad sea responsable de las lesiones que dieron lugar a este tratamiento, el hospital conserva sus derechos de gravamen en conformidad con los estatutos revisados del estado de Arizona (A.R.S. § 33-931) y hará cumplir su derecho de gravamen contra cualquier indemnización.

Si el garante no puede pagar la factura del hospital o la clínica, o no puede llegar a un acuerdo de pago formal, notifique de inmediato al personal del hospital o al representante de asistencia financiera para iniciar las solicitudes que deben enviarse a tiempo para ver si califica en otros programas estatales, federales o del hospital.

Estos programas están sujetos a modificaciones y cancelaciones en cualquier momento.

### DECLARACIÓN

Como paciente o garante de la cuenta, declaro que:

- El paciente cuenta con seguro médico para cubrir este servicio.
- El paciente no cuenta con seguro médico para cubrir estos servicios como paciente interno o externo en cualquier hospital o
- El ingreso bruto anual de la familia es inferior a la cantidad que se indica a continuación para el tamaño de mi familia.

Entiendo que esta información puede verificarse a través de servicios de reportes crediticios.

Tamaño de la familia	<400% FPL (Índice federal de pobreza, FPL por sus siglas en inglés)
1	\$63,840
2	\$86,560
3	\$109,280
4	\$132,000

---

Firma / Nombre escrito

No. de cuenta del paciente

---

Relación con el paciente

Fecha