

DECLARACIÓN DE LAS PERSONAS NO-ASEGURADAS PARA RECIBIR ASISTENCIA FINANCIERA BÁSICA

Efectivo el día 1º de julio de 2020, los hospitales de HonorHealth y la clínica de HonorHealth Medical Group ofrecen el descuento de ochenta y cuatro por ciento (84%) de los cargos facturados por servicios prestados a pacientes que no cuenten con seguro médico y cuyo nivel de ingresos familiar sea menor a cinco veces el indicado en la Guía 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 probablemente no pueda aplicarse a la atención recibida relacionada con lesiones en las que otra persona o entidad sea responsable del pago.

Expectativas de pago: Los hospitales y las ubicaciones de las clínicas esperan recibir un depósito antes de los servicios programados y que se pague el saldo o la mensualidad de los arreglos de pago de acuerdo con la política de HonorHealth. Aproximadamente una semana después del alta hospitalaria o de su visita, recibirá un estado de cuenta detallado que indica el saldo adeudado con el descuento incluido y la información de contacto en caso de que necesite hacer arreglos 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. 33931) y hará cumplir su derecho de retención contra dicha recuperación.

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

Tales programas podrían modificarse o cancelarse en cualquier momento.

DECLARACIÓN

Declaro como paciente o garante de esta cuenta, que:

- El paciente no cuenta con seguro médico para cubrir este servicio.
- El paciente no cuenta con seguro médico para pacientes hospitalizados ni ambulatorios en ningún hospital o instalación de atención médica que pudiera cubrir estos servicios.
- El ingreso bruto anual de la familia es menor a la cantidad que se detalla a continuación para el tamaño de mi familia.

Entiendo que esta información podría verificarse a través de los servicios de reporte de crédito.

Tamaño de la familia.	<500% FPL (Índice Federal de Pobreza, FPL por sus siglas en inglés)
1	\$67,950
2	\$91,550
3	\$115,150
4	\$138,750

Firma y nombre en letra de molde

No. de cuenta del paciente _____

Relación con el paciente _____

Fecha _____

Por favor, devuelva este formulario a la dirección en la parte superior de esta página.

12.2021