Patient Financial Services
2500 W Utopia Rd #100
Phoenix, AZ 85027
Teléfono: 602-445-3370
Fax: 623-464-6216
Correo electrónico: patientfinancial@honorhealth.com

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

Efectivo el día 1º de julio de 2020, los hospitales de HonorHealth y las clínicas del Medical Group de HonorHealth ofrecen un descuento de ochenta y cuatro por ciento (84%) de los cargos facturados por servicios prestados a los pacientes que no cuenten con seguro médico y cuyo nivel de ingreso familiar sea menor a cinco veces el indicado en las Pautas Federales del Nivel de Pobreza conforme a la política de Asistencia Financiera, la cual se puede revisar en la sección de Políticas Financieras y de Privacidad en HonorHealth.com. Este descuento posiblemente no será aplicable a la atención recibida relacionada con lesiones en las que otra persona o entidad sea responsable del pago.

Expectativas de pago: El hospital y la clínica en la ubicación correspondiente esperan recibir un depósito antes de que se programen los servicios, así como que se haga el pago del saldo o delas mensualidades acordadas según las políticas de HonorHealth. Aproximadamente una semana después del alta hospitalaria o visita, usted recibirá un estado de cuenta desglosado indicando su saldo deudor con el descuento incluido y la información de contacto por si necesita 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. 33-931) y hará cumplir sus derechos de retención contra dicha recuperación.

Si el garante no puede pagar la factura del hospital o la clínica, o no puede hacer los arreglos de pago formal, notifique al personal del hospital o representante de asistencia financiera inmediatamente para que se inicien 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 familiar bruto anual 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 (Pautas Federales del Nivel de Pobreza, FPL por sus siglas en inglés)
1	$62,450
2	$84,550
3	$106,650
4	$128,750

_____ _____
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 ESCRITA EN LA PARTE SUPERIOR DE ESTA PÁGINA