



Northern Arizona Healthcare
1200 N. Beaver Street
Attn: CBO - Debbie
Flagstaff, AZ 86001
928-773-2025
NAHealth.com

Northern Arizona Healthcare
269 S. Candy Lane
Attn: Registration
Cottonwood, AZ 86326
928-773-2025
NAHealth.com

ASISTENCIA PARA ATENCIÓN

DEVOLVER EN UN PLAZO DE 30 DÍAS

Northern Arizona Healthcare se dedica a brindar una atención de calidad excepcional a cada paciente. Como parte de nuestro compromiso, nos esforzamos por ayudar a nuestros pacientes con las obligaciones financieras asociadas con su atención médica. Para ayudarnos a determinar si califica para un descuento financiero, hemos adjuntado una solicitud para nuestro Programa de Asistencia para Atención.

Una vez que revisemos su solicitud, es posible que se le pida que solicite beneficiarse de AHCCCS. Esta solicitud se basa en el nivel de ingresos que figura en su solicitud. Si ya solicitó beneficiarse de AHCCCS y tiene una Carta de denegación actual, incluya una copia cuando devuelva esta solicitud. Si está en el proceso de solicitar beneficiarse de AHCCCS o ya ha recibido aprobación para la cobertura, comuníquese con nuestra oficina.

SITIO WEB DE AHCCCS: <https://www.azahcccs.gov/>

Circunstancias adicionales que pueden imponer dificultades financieras: Quiebra ordenada por un tribunal, discapacidad, enfermedad prolongada y fallecimiento. Elegibilidad por catástrofe, según lo determinado por las pautas de NAH.

Si no desea completar esta solicitud, debe comunicarse con nuestra oficina de facturación para coordinar pagos adecuados en relación con su saldo.

Si tiene preguntas relacionadas con la asistencia para atención, lo que incluye el cálculo de descuentos o el monto generalmente facturado por este tipo de servicios, diríjase al siguiente sitio web:

<https://nahealth.com/patient-rights-policies/financial-assistance>

Se tomará una decisión dentro de los 15 días posteriores a la recepción de su solicitud. Si tiene preguntas, llame al **928-773-2025**.

Mission
Improving health, healing people.

Vision
Always better care.
Every person, every time...together.

SOLICITUD DE ASISTENCIA PARA ATENCIÓN

Para su conveniencia, hay varias formas de presentar su solicitud completa con la documentación requerida.

POR CORREO o EN PERSONA:

Flagstaff Medical Center
Attn: CBO – Debbie
1200 N. Beaver Street
Flagstaff, AZ 86001

Entréguela a servicios ambulatorios: Use la entrada izquierda.
al Departamento de Emergencias

Verde Valley Medical Center
Attn: Registration
269 S. Candy Lane
Cottonwood, AZ 86326

Entréguela al cajero/registro: Entrada principal

DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO: careassistance@nahealth.com

FAX: 928-639-6411

NOTA: No recibir toda la información requerida con su solicitud completa puede afectar nuestra capacidad para aprobar la asistencia de manera oportuna.

Devuelva la solicitud con la documentación en un plazo de 30 días.

Si tiene alguna pregunta, llame a Debbie al **928 773 2025**.

NORTHERN ARIZONA HEALTHCARE
SOLICITUD DE ASISTENCIA FINANCIERA

Si actualmente cuenta con aprobación conforme al plan **SLMB** o **QI1 de AHCCCS**, **NO** es necesario que complete esta solicitud. Si cuenta con aprobación conforme a Ahcccs, comuníquese con nuestra oficina y proporcione su información de Ahcccs.

Nombre del paciente:		Fecha de nacimiento:	
Nombre del garante: (si corresponde)	Fecha de nacimiento:	Relación con el paciente:	
Dirección postal:			
Ciudad:	Estado:	Código postal:	
N.º de teléfono:	N.º de Seguro Social:		
Enumere a todas las personas que viven en su hogar			
Nombre	Relación	Fecha de nacimiento	
INGRESO BRUTO MENSUAL:	PROPIO	CÓNYUGE	OTRO
Salarios/Empleo autónomo			
Seguro Social			
Otro: Pensión/Jubilación			

ENVÍE UNO DE LOS SIGUIENTES DOCUMENTOS COMO PRUEBA DE INGRESOS POR PERSONA, SI CORRESPONDE:
(Los documentos originales no se devolverán)

Últimos tres recibos de sueldo; carta de beneficios del Seguro Social y/o estado de cuenta del plan de pensión; declaración de impuestos más actual; extracto bancario del mercado monetario y/o de fondos mutuales (el extracto debe reflejar los últimos tres períodos de pago).

NOTA: SE TOMARÁ UNA DECISIÓN DENTRO DE LOS QUINCE (15) DÍAS HÁBILES POSTERIORES A LA RECEPCIÓN DE ESTA SOLICITUD.

DESCARGO DE RESPONSABILIDAD: Entiendo que la información que proporcione se usará solo para determinar la responsabilidad financiera de mis gastos en Northern Arizona Healthcare, que incluyen servicios hospitalarios y médicos, y que esta se mantendrá confidencial. Entiendo que si se determina que cualquier información que haya proporcionado es falsa, la aprobación de la asistencia para la atención podrá anularse y seré responsable del monto total de todos los gastos.

Mi firma autoriza a NAH a verificar toda la información proporcionada en este formulario. Certifico que la información anterior es verdadera y precisa a mi leal saber y entender.

Firma: _____ Fecha: _____

ENVÍE LA SOLICITUD POR CORREO O ENTRÉGUELA EN UNO DE LOS SIGUIENTES CENTROS:
NORTHERN ARIZONA HEALTHCARE, Attn: CBO - Debbie, 1200 N. Beaver St., Flagstaff, AZ 86001
VERDE VALLEY MEDICAL CENTER, Attn: Registration, 269 S. CANDY LANE, COTTONWOOD, AZ 86326