



Northern Arizona Healthcare
1000 N. Humphreys
Suite 130
Flagstaff, AZ 86001
careassistance@NAHealth.com

ENTREGAR EN 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 a su atención médica. Para ayudarnos a determinar si califica para un descuento financiero, adjuntamos una solicitud para beneficiarse de nuestro Programa de Ayuda Financiera.

Después de que entregue y se revise su solicitud, es posible que deba solicitar beneficiarse del Sistema de Contención de Costos de la Atención Médica de Arizona (AHCCCS, por sus siglas en inglés). Esta solicitud se basa en el nivel de ingresos que figura en su solicitud. Si ya ha solicitado beneficiarse del AHCCCS y tiene una carta de denegación actual, incluya una copia cuando envíe esta solicitud. Si actualmente solicita beneficiarse del AHCCCS o ya se le ha aprobado la cobertura, comuníquese con nuestra oficina.

Circunstancias adicionales que pueden imponer dificultades financieras:

quiebra ordenada por un tribunal, discapacidad, enfermedad prolongada, 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 ayuda financiera, 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 10 días posteriores a la recepción de su solicitud. Llame al 928-773-2025 si tiene preguntas.

Atentamente,
Northern Arizona Healthcare
Servicios Financieros para el Paciente

Mission

Improving health, healing people.

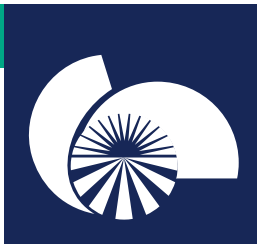
Vision

Always better care.

Every person, every time...together.

Values





Northern Arizona Healthcare
1000 N. Humphreys
Suite 130
Flagstaff, AZ 86001
careassistance@NAHealth.com

Las SOLICITUDES DE AYUDA FINANCIERA
pueden entregarse de la siguiente manera:

Por correo o EN PERSONA
A LA SIGUIENTE DIRECCIÓN:

Flagstaff Medical Center (Bashas' Shopping Center)
Attn: Debbie
1000 N. Humphreys
Suite 130
Flagstaff, AZ 86001

- O

Verde Valley Medical Center
ATTN: Physician Billing
269 S. Candy Lane
Cottonwood, AZ 86326

FAX: 928-773-2034

CORREO ELECTRÓNICO: careassistance@NAHealth.com

SITIO WEB DEL AHCCCS:

<https://www.healtharizonaplus.gov/Default/Default.aspx>

Llame al
928-773-2025 si tiene preguntas.

Mission

Improving health, healing people.

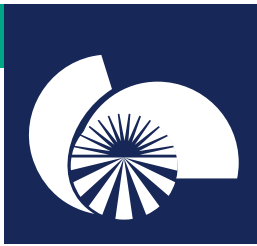
Vision

Always better care.

Every person, every time...together.

Values





Si ya tiene aprobación conforme al **Programa para Beneficiarios de Medicare Especificados como de Bajos Ingresos (SLMB, por sus siglas en inglés)** o conforme al **plan del Programa para Individuos Calificados (QIP, por sus siglas en inglés)**, ambos del AHCCCS, **NO** es necesario que complete esta solicitud. Comuníquese con nuestra oficina y proporcione su información del 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	Edad
INGRESO BRUTO MENSUAL:	PROPIO	CÓNYUGE	OTRO
Salarios/Empleo autónomo			
Seguro Social			
Otro: Pensión/Jubilación			

ENVÍE UNO DE LOS SIGUIENTES DOCUMENTOS COMO PRUEBA DE INGRESOS:
(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 DIEZ (10) DÍAS HÁBILES POSTERIORES A LA RECEPCIÓN DE ESTA SOLICITUD.

DESCARGO DE RESPONSABILIDAD: Entiendo que la información que proporciono se utilizará 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 ayuda para la atención podrá anularse y será 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, 1000 N. HUMPHREYS, SUITE 130, FLAGSTAFF, AZ 86001
VERDE VALLEY MEDICAL CENTER, 269 S. CANDY LANE, COTTONWOOD, AZ 86326