NORTHERN ARIZONA HEALTHCARE

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

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

ASISTENCIA FINANCIERA

DEVUELVA EN UN PLAZO DE 30 DÍAS

Northern Arizona Healthcare (NAH) se dedica a brindar 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 la atención.

Una vez que revisemos su solicitud, es posible que se le pida que solicite AHCCCS. Esta solicitud se basa en el nivel de ingresos que figura en su solicitud. Si ya solicitó AHCCCS y tiene una carta de denegación vigente, incluya una copia al devolver esta solicitud. Si está en el proceso de solicitar AHCCCS o ya ha sido aprobado para la cobertura, comuníquese con nuestra oficina.

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

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

Si no desea completar esta solicitud, es imperativo que se comunique con nuestra oficina de facturación para hacer los arreglos de pago adecuados con respecto a su saldo.

Las preguntas relacionadas con su asistencia para la atención, incluido el cálculo del descuento o el monto generalmente facturado por este tipo de servicio, se pueden encontrar en línea:
https: //nahealth.com/patient-rights-policies/financial-assistance

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

Misión
Mejorar la salud, curar a las personas.

Visión
Siempre mejor atención.
Cada persona, cada vez**…juntos.**

SOLICITUD DE ASISTENCIA FINANCIERA

Para su conveniencia, existen varias formas de enviar su solicitud completa con la documentación requerida.

ENVÍE POR CORREO O ENTREGUE A:

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

Entregue a Servicios Ambulatorios: Use la entrada izquierda al Departamento de Emergencias.

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

Entregue 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 duda, llama a Debbie al **928 773 2025.**

Northern Arizona Healthcare
Solicitud de asistencia financiera

Si actualmente está bajo el plan SLMB o QI1 de AHCCCS, NO es necesario que complete esta solicitud. Si está aprobado 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:
Número de teléfono	Número de Seguro Social	

Enumere todas las personas que viven en el hogar.		
Nombre	Relación	Fecha de nacimiento

Ingreso bruto mensual:	YO	CÓNYUGE	OTRO
Salarios/Empleo por cuenta propia			
Seguro Social			
Otro: Pensión/Jubilación			

PRESENTE UNO DE LOS SIGUIENTES DOCUMENTOS QUE DEMUESTREN PRUEBA DE INGRESOS POR PERSONA, SI CORRESPONDE: (Los documentos originales no se pueden devolver)

Talones de pago (últimos 3), carta de beneficios del Seguro Social y/o declaración de pensión, declaración de impuestos más reciente, declaración bancaria, de mercado monetario y/o de fondos mutuos (la declaración debe reflejar los últimos 3 períodos de pago)

NOTA: SE TOMARÁ UNA DECISIÓN DENTRO DE LOS QUINCE (15) DÍAS HÁBILES DESPUÉS DE RECIBIR ESTA SOLICITUD CON TODOS LOS DOCUMENTOS DE LA SOLICITUD

DESCARGO DE RESPONSABILIDAD: Entiendo que la información que proporciono se usará únicamente para determinar la responsabilidad financiera de mis cargos en Northern Arizona Healthcare, que incluyen servicios hospitalarios y médicos y se mantendrá confidencial. Entiendo que si se determina que alguna información que he proporcionado es falsa, puede resultar en la revocación de la aprobación de asistencia financiera y seré responsable del monto total de todos los cargos.

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

Firma: _____ Fecha: _____

ENVÍE POR CORREO O ENTREGUE LA SOLICITUD A UNA DE LAS SIGUIENTES UBICACIONES:
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