



Patient Financial Services
 8850 E Pima Center Parkway
 Scottsdale AZ 85258
 Teléfono: 480-800-3905
 Fax: 717-412-9480

Rehabilitation Hospital
 In affiliation with Select Medical

DECLARACIÓN DE PACIENTE SIN SEGURO PARA RECIBIR ASISTENCIA FINANCIERA BÁSICA

A partir del 1.º de enero del 2018, el HonorHealth Rehabilitation Hospital ofrece un descuento del cincuenta y uno por ciento (51 %) sobre los cargos facturados por servicios prestados a pacientes sin seguro médico con ingresos familiares inferiores al quíntuple de los Niveles federales de pobreza tal como se indica en la política de asistencia financiera. Esta política está disponible en la sección Políticas financieras y de privacidad en el sitio HonorHealth-Rehab.com. Este descuento quizá no pueda aplicarse a la atención recibida en relación con una lesión respecto de la cual otra persona o entidad deba responder por el pago.

Expectativas de pago: El hospital puede requerir un depósito o plan de pago con anterioridad a los servicios programados y el saldo o el plan de pagos se pagarán de acuerdo con la política del HonorHealth Rehabilitation Hospital.

En caso de que otra persona o entidad deba responder por las lesiones que originaron este tratamiento, el hospital conserva su derecho de preferencia en virtud del A.R.S. 33-931 y exigirá su derecho de preferencia frente a ese resarcimiento.

Si el garante no puede pagar la factura del hospital, o no puede acordar una forma de pago formal, notifique al personal del hospital de inmediato para poder iniciar solicitudes urgentes de otros programas hospitalarios, estatales o federales.

Estos programas están sujetos a modificaciones o cancelaciones en cualquier momento.

DECLARACIÓN

Declaro como paciente o garante de esta cuenta que:

- El paciente no tiene seguro para este servicio.
- El paciente no tiene cobertura de seguro para pacientes internados o ambulatorios en ningún hospital o centro de salud que podría cubrir estos servicios.
- El ingreso familiar anual bruto es inferior al monto que se indica más abajo para el tamaño familiar.

Comprendo que esta información podrá ser verificada por medio de informes de crédito.

Tamaño familiar	<500 % FPL
1	\$60 700
2	\$82 300
3	\$103 900
4 o más	\$125 500

 Firma/Nombre en imprenta

 N.º de cuenta del paciente

 Relación con el paciente

 Fecha

DEVUELVA ESTE FORMULARIO A LA DIRECCIÓN EN LA PARTE SUPERIOR DE ESTA PÁGINA