

Pinewood Springs

Resumen de la Política de asistencia financiera en lenguaje sencillo

Los pacientes que no califican para recibir asistencia estatal o federal pueden tener a disposición asistencia financiera con respecto a la atención de emergencia y médicamente necesaria. En la mayoría de los casos, los pacientes que clasifican en el rango del 0 al 250% de las Pautas federales de pobreza, con base en los ingresos totales del hogar, pueden obtener un descuento benéfico del 100% (sujeto a los requisitos de verificación y constancias de los ingresos). En ciertos casos, pueden aplicar otros descuentos que varían del 40 al 90% si los ingresos totales del hogar del paciente superan estos umbrales. Pinewood Springs requiere que se llene la Solicitud de asistencia financiera de Pinewood Springs. Hay disponible información adicional sobre la elegibilidad y la asistencia, una copia de nuestra política de asistencia financiera, el formulario de solicitud de asistencia financiera y un resumen en lenguaje sencillo de la política de asistencia financiera (en inglés o español). Puede pedirlos por escrito a la siguiente dirección: Patient Accounting Services, PO Box 290429, Nashville, TN 37229-0429; o por teléfono al número del centro que se indica en la Política de asistencia financiera. Si es elegible para la asistencia financiera, la cantidad cobrada por la atención de emergencia o médicamente necesaria de otro tipo no excederá las cantidades que generalmente se facturan a los pacientes con seguro.

Aviso de la Política de asistencia financiera

Por favor, tenga presente que si no presenta una solicitud de asistencia financiera en un plazo de 120 días desde la fecha del estado de facturación inicial, el centro del hospital (o cualquier otra parte autorizada) puede tomar ciertas medidas en su contra para obtener el cobro de la factura; por ejemplo, divulgar información negativa sobre su deuda con el centro del hospital a las agencias de información crediticia u oficinas de crédito y/o presentar una demanda civil para obtener una sentencia en su contra por la cantidad adeudada al centro del hospital.

Firma del paciente _____ Fecha _____