

Սոյն պրոշիւրը կրնաք ունենալ
Արեւմտահայերէնով

本手册有中文版本。

Cette brochure est disponible en français.

Diese Broschüre steht in deutscher Sprache
zur Verfügung.

Daim ntawv qhia no muaj ua ntawv Hmoob.

本パンフレットは日本語でご利用いただけ
ます。

본 자료는 한국어로 이용하실 수 있습니다.

Эту брошюру можно получить на
русском языке.

Este folleto está disponible en español.

Ang brochure na ito ay makukuha sa
Tagalog.

Có tài liệu này bằng tiếng Việt.

Programa de Asistencia Financiera

AdventistHealth.org/FAP
844-827-5047

Ayuda para pagar sus facturas médicas

Programa de Asistencia Financiera



AdventistHealth 

En Adventist Health, nos esforzamos para ayudarle a mantenerse saludable. Esto incluye brindarle ayuda si le cuesta pagar su factura de gastos médicos. Usted siempre debería poder recibir la atención médica que necesite, aunque crea que no puede pagar lo que cuesta.

¿Necesita ayuda para pagar su factura médica?

Para averiguar si es elegible para recibir ayuda con el pago de su factura médica, pida completar una solicitud de asistencia financiera. Puede completar la solicitud cuando reciba atención o después de recibir su factura. Usaremos la información que proporcione en este formulario para ver si reúne los requisitos para recibir ayuda con el pago de su factura.

En general:

- Si sus ingresos anuales son menores o iguales al 200% de la pauta de pobreza federal vigente, es posible que reúna los requisitos para un descuento total en su factura.
- Si sus ingresos anuales superan el 200% de la pauta de pobreza federal vigente, es posible que reúna los requisitos para un descuento parcial en su factura.

¿Cómo solicito la asistencia?

Para obtener una copia gratis de este folleto, nuestra política de asistencia financiera y una solicitud en diferentes idiomas, puede:

1. Visitar el área para registrarse
2. Visitar nuestro sitio web (AdventistHealth.org/FAP)
3. Llamarnos al 844-827-5047
4. Escribir a nuestra dirección:

Adventist Health
ATTN: Patient Access
726 4th St.
Marysville, CA 95901

Podemos ayudarle a completar el formulario, solo tiene que pedirlo. Cuando termine de completar el formulario, entrégueselo a un empleado de registro o envíelo por correo.

¿Cómo deciden qué nivel de asistencia financiera puedo recibir?

El nivel de ayuda que reciba para pagar su factura dependerá de su necesidad financiera. Cuando usted reúne los requisitos para recibir asistencia, usamos la cantidad promedio que pagan los pacientes con seguro para determinar cuánto se le pedirá que pague por la atención de emergencia y médicamente necesaria.

Programa de Quejas por Facturas Hospitalarias

El Programa de Quejas por Facturas Hospitalarias es un programa estatal que revisa las decisiones de los hospitales vinculadas con el cumplimiento de los requisitos para recibir ayuda con el pago de su factura hospitalaria. Si usted es paciente en California y cree que le denegaron la asistencia financiera que le correspondía, puede presentar una queja a través del Programa de Quejas Hospitalarias. Busque "Hospital Bill Complaint Program" (Programa de Quejas por Facturas Hospitalarias) en hcai.ca.gov para obtener más información y para presentar una queja.

Más ayuda

Hay organizaciones de asesoramiento al consumidor que brindan ayuda gratuita para que pueda comprender el proceso de facturación y de pago. Puede llamar a Health Consumer Alliance al 888-804-3536 o visitar HealthConsumer.org para obtener más información.

A las personas elegibles para recibir asistencia financiera no se les cobrará ninguna suma que supere el monto generalmente facturado (AGB, por sus siglas en inglés).

Si necesita ayuda en su idioma, llame al 844-827-5047 o visite cualquier centro donde sea posible registrarse durante el horario de atención habitual. También hay asistencia y servicios para personas con discapacidades, como documentos en braille, letra grande, audio y otros formatos electrónicos accesibles. Estos servicios son gratuitos.