

Thank you for choosing Yavapai Regional Medical Center for your care.

As the region's leading source for high-quality not for profit healthcare, we are pleased to provide financial assistance for medically necessary care in a fair, consistent, respectful, and objective manner for low income patients who are uninsured or underinsured.

The term Medically Necessary refers to inpatient or outpatient healthcare services provided for the purpose of evaluation, diagnosis, and/or treatment of an injury, illness, disease or its symptoms that if left untreated would pose a threat to the patient's ongoing health. Services not considered medically necessary are services that are cosmetic, experimental or part of a clinical research program. Private fees for physicians, radiologists and anesthesiologist services remain the patient's responsibility.

### **APPLICATION PROCESS**

A financial assistance application must be completed within 30 days after discharge or before any court judgment has been assigned to the account. Documentation necessary for income and asset verification for the household includes, but is not limited to:

- W-2 or paycheck stubs for the last three (3) months
- Social Security checks
- Unemployment checks
- Current IRS tax return
- Bank and/or credit union statements for the last three (3) months
- Investment statements for the last three (3) months
- Mortgage statements and annual property tax statements
- Self-employment business records
- In the absence of income, a letter of support from individual(s) providing for the patient's basic living needs may be submitted
- YRMC may require additional verification of income and assets upon request

Other supporting documents include:

- Relationship of household members
  - birth or baptismal certificate or adoption papers for minor age children
- Social Security Cards
- Bank statements for the most recent 90-day period
- Proof of legal residency
  - Current Driver's License
  - Other documents proving legal residency

Incomplete applications will be denied until they are fully completed. A letter will be sent to the patient outlining the information needed with instructions on how to submit the necessary documents. Applications will remain on file for 120 days. If the required documents are not received, or no payment arrangements have been made, the account will be submitted for bad debt review.

Gracias por elegir el Yavapai Regional Medical Center para su atención médica.

Como organización de atención médica de alta calidad sin fines de lucro líder en la región, nos complace prestar asistencia financiera para la atención médicamente necesaria, de manera objetiva, respetuosa, coherente y justa, a los pacientes con bajos ingresos que no cuentan con seguro médico o cuentan con un seguro médico insuficiente.

El término médicamente necesario se refiere a los servicios de atención médica prestados a pacientes internos o ambulatorios con el fin de evaluar, diagnosticar y/o tratar una lesión, enfermedad o trastorno, o sus síntomas, que en el caso de no tratarse representaría un riesgo para la salud del paciente. Los servicios que no se consideran médicamente necesarios son los servicios cosméticos, experimentales o que forman parte de un programa de investigación clínica. Los cargos particulares correspondientes a médicos, radiólogos y servicios de anestesistas serán responsabilidad del paciente.

### **PROCESO DE SOLICITUD**

Debe completarse una solicitud de asistencia financiera en el plazo de 30 días posterior a ser dado de alta o antes de que se asigne una sentencia judicial a la cuenta. La documentación necesaria para verificar el patrimonio y los ingresos de la unidad familiar incluye (entre otros):

- Formulario W-2 o recibo de sueldo de los últimos tres (3) meses.
- Cheques del Seguro Social.
- Cheques del seguro de desempleo.
- Declaración de impuestos actual del IRS.
- Estados de cuenta bancarios y/o cooperativa de crédito de los últimos tres (3) meses.
- Declaraciones de inversiones de los últimos tres (3) meses.
- Estados de cuenta de hipoteca y declaraciones anuales del impuesto sobre bienes inmuebles.
- Registros de actividad autónoma.
- En el caso de no percibir ingresos, debe presentarse una carta de sostenimiento de los individuos a cargo de las necesidades básicas del paciente.
- El YRMC puede requerir la verificación adicional de ingresos y patrimonio ante solicitud.

Otros documentos de respaldo incluyen:

- Relación de los miembros de la unidad familiar.
  - Certificado de nacimiento o bautismo o documentos de adopción de menores.
- Tarjetas de Seguro Social.
- Estados de cuenta bancarios del último período de 90 días.
- Evidencia de residencia legal.
  - Licencia de conducir actual.
  - Otros documentos que prueben la residencia legal.

Las solicitudes incompletas se desestimarán hasta que se completen. Se le enviará una carta al paciente donde se detallará la información necesaria con instrucciones sobre cómo presentar los documentos necesarios. Las solicitudes se conservarán en el archivo durante 120 días. En el caso de no recibirse los documentos requeridos o de que no se hayan acordado los pagos, la cuenta será sometida a una revisión como deuda incobrable.



**ELIGIBILITY DETERMINATION**

The YRMC Business Office has 30 days from the date when the completed application is received to authorize financial assistance and to notify the patient. Final determination for financial assistance will be provided in writing. Assignment to a collection agency will not occur during the assistance determination process.

The determining factors for approval are:

- There is no third-party responsible for payment
- Household income is below 350% of the Federal Poverty Level
  - Includes all pre-tax income for all persons 18 years of age and over who reside in the household.
- Must reside within YRMC's service area for a minimum of six (6) months preceding the date when services are rendered. This requirement does not apply to individuals who reside outside of the YRMC service area who require emergency care while traveling or visiting within the YRMC service area.
- A credit history report may be requested
- Household assets
  - Checking accounts
  - Savings accounts
  - Stocks, bonds and annuities
  - Cash value of life insurance policies
  - Personal property
  - Vehicles other than primary transportation

**PAYMENT PLANS**

YRMC will limit the amount collected from the patient to no more the 20% of the patient's household income per year, unless the patient's household has qualified assets.

Terms of payments plans:

AMOUNT OWED	MONTHS TO PAY
\$75-250	3
\$251-500	5
\$501-1,000	7
\$1,001-2,000	13
\$2,001-3,000	18
\$3,001-4,000	22
\$4,001-5,000+	24

If a payment plan needs further extension, please contact the Business Office.

Patients who agree to make monthly payments will not be assigned to a collection agency and will not be charged interest. Failure to make a payment within two (2) months may result in the account being submitted to a collection agency.

Patients have the right to appeal the financial assistance determinate by submitting an explanation of circumstances to the YRMC Business Office within 30 days of receiving the notification of determination.

A copy of the financial assistance application and the complete financial assistance policy is available from YRMC's website at [www.yrmc.org/patient-financial-services/financial-assistance](http://www.yrmc.org/patient-financial-services/financial-assistance) or by calling the YRMC Business Office at (928) 771-5151. If you have any questions about the Financial Assistance Program, please contact the YRMC Business Office.

**DETERMINACIÓN DE LA ELEGIBILIDAD**

La oficina comercial de YRMC contará con un plazo de 30 días a partir de la fecha de recepción de la solicitud completa para autorizar la asistencia financiera y notificar al paciente. La determinación final con respecto a la asistencia financiera se comunicará por escrito. No se recurrirá a una agencia de cobros durante el proceso para determinar la asistencia.

Los factores determinantes para la aprobación son:

- No existe un tercero responsable del pago.
- El ingreso familiar está por debajo del 350 % del nivel federal de pobreza.
  - Incluye todos los ingresos antes de impuestos correspondientes a todas las personas mayores de 18 años que residen en el hogar.
- Debe residir en el área de servicio de YRMC durante un mínimo de seis (6) meses antes de la fecha en que se prestan los servicios. Este requisito no rige para los individuos que residen fuera del área de servicio de YRMC que requieren atención de emergencia en viaje o durante una visita en el área de servicio de YRMC.
- Puede solicitarse un informe de historial de crédito.
- Bienes de la unidad familiar:
  - Cuentas corrientes.
  - Cuentas de ahorros.
  - Acciones, títulos y rentas.
  - Valor en efectivo de pólizas de seguro de vida.
  - Bienes muebles.
  - Vehículos, excepto el transporte primario.

**PLANES DE PAGO**

El YRMC limitará el monto cobrado al paciente a no más del 20 % del ingreso familiar del paciente por año, excepto que la unidad familiar del paciente tenga bienes calificados.

Plazos de los planes de pago:

MONTO ADEUDADO	MESES PARA PAGAR
\$75-250	3
\$251-500	5
\$501-1,000	7
\$1,001-2,000	13
\$2,001-3,000	18
\$3,001-4,000	22
\$4,001-5,000+	24

Si necesita extender el plan de pago, comuníquese con la oficina comercial.

Los pacientes que acuerdan efectuar pagos mensuales no serán asignados a una agencia de cobros y no se les cobrarán intereses. En el caso de no efectuar el pago en el plazo de dos (2) meses, se asignará la cuenta a una agencia de cobros.

Los pacientes tienen derecho a apelar la asistencia financiera determinada; para ello, deben presentar una explicación de las circunstancias ante la oficina comercial del YRMC en el plazo de 30 días de recibir la notificación de la determinación.

Puede obtener una copia de la solicitud de asistencia financiera y la política sobre asistencia financiera completa en el sitio web del YRMC, en [www.yrmc.org/patient-financial-services/financial-assistance](http://www.yrmc.org/patient-financial-services/financial-assistance) o llamando a la oficina comercial del YRMC al (928) 771-5151. Si tiene alguna consulta sobre el Programa de asistencia financiera, comuníquese con la oficina comercial del YRMC.

**THE UNDERSIGNED VERIFIES RECEIPT OF THIS INFORMATION ABOUT THE FINANCIAL ASSISTANCE PROGRAM. ■ EL QUE SUSCRIBE VERIFICA LA RECEPCIÓN DE ESTA INFORMACIÓN SOBRE EL PROGRAMA DE AYUDA ECONÓMICA PARA EL PACIENTE**

SIGNATURE OF PATIENT OR LEGALLY AUTHORIZED REPRESENTATIVE ■ FIRMA DEL PACIENTE / FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL AUTORIZADO	DATE / TIME ■ FECHA/HORA
--	-----------------------------