

## ¿QUÉ FACTURAS PUEDE CUBRIR LA ASISTENCIA FINANCIERA DE INTERMOUNTAIN?

El Programa de Asistencia Financiera de Intermountain se aplica a las facturas por la atención recibida en los hospitales, clínicas y proveedores de atención médica de empleados por Intermountain Healthcare. Esto significa que algunas atención médica que recibe puede no está cubierta por el Programa de Asistencia Financiera de Intermountain. Por ejemplo, la atención brindada por ciertos médicos que no son cuidadores de Intermountain no está cubierta. Comuníquese directamente con los proveedores que no pertenecen a Intermountain Healthcare para preguntar si hay asistencia financiera disponible.

## ¿CÓMO SÉ SI CALIFICO PARA AYUDAR A PAGAR MIS FACTURAS MÉDICAS?

La elegibilidad se basa en muchos factores. Esto incluye el tamaño de su familia, los ingresos, el monto adeudado en sus facturas médicas. También puede calificar si tiene un evento de atención médica catastrófica. Esta tabla lo ayudará a determinar si califica. Las cifras enumeradas son ingresos familiares antes de impuestos, hasta estos montos:

### Ingresos familiares del 2021 antes de impuestos hasta estos montos:

Tamaño de la familia	Asistencia financiera parcial
1	\$64,400
2	\$87,100
3	\$109,800
4	\$132,500
5	\$155,200
6	\$177,900
7	\$200,600
8	\$223,300

Para un hogar con mas de 8 personas, agregue \$4,540.00 por cada miembro adicional.

**Para solicitar asistencia financiera en persona o para informarse más sobre las opciones de pago, llame al 866.415.6556 o vaya a cualquiera de las ubicaciones siguientes:**

Si recibió o planea recibir atención médica en un hospital de Intermountain:

### PRIMARY CHILDREN'S HOSPITAL

100 N. Mario Capecchi Dr. • Salt Lake City, UT 84113

Si recibió o planea recibir atención médica en una clínica de Intermountain, comuníquese con:

### OFICINA DE ASISTENCIA FINANCIERA DE INTERMOUNTAIN

4646 Lake Park Boulevard • PO Box 27327

Salt Lake City, UT 84127

Solicite una solicitud por correo por teléfono: 866.415.6556

Intermountain Healthcare cumple con las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discrimina sobre la base de raza, color, origen nacional, edad, discapacidad o sexo.

Llame al 1-866-415-6556.

注意：如果您使用繁體中文，您可以免費獲得語言援助服務。請致電

1.866.415.6556

(TTY: 1.888.735.5906).



## EL PROGRAMA DE ASISTENCIA FINANCIERA



Cuando los que viven en nuestras comunidades necesitan atención médica, las preocupaciones financieras no deben impedir que reciban tratamiento. Intermountain Healthcare esta comprometido a proporcionar atención médica necesaria ofreciendo asistencia financiera a los residentes del área que califiquen.



## PARA APLICAR

Si necesita ayuda para pagar la atención médica en una instalación de Intermountain Healthcare, debe solicitar asistencia financiera. Las aplicaciones están disponibles en inglés y español. De ser necesario, los Representantes de Asistencia Financiera lo ayudarán a completar la solicitud.

**En línea** – visite el sitio web de Intermountain en [www.intermountainhealthcare.org/assistance](http://www.intermountainhealthcare.org/assistance)

El sitio web brinda información sobre el programa e incluye un formulario de solicitud. Puede enviar la solicitud completa en línea.

**Correo** – puede imprimir la aplicación y enviarla por correo a la dirección que figura en el sitio web. Las copias de la información financiera requerida se deben incluir con su aplicación. También puede solicitar que se le envíe una solicitud llamando al 800.705.9175.

**En persona** – diríjase a la clínica u hospital de Intermountain en el que recibió atención o planificó recibir atención médica. Solicite reunirse con un consejero de elegibilidad y lo ayudarán a completar la solicitud.

## QUÉ INCLUIR CON SU SOLICITUD

**Proporcione la siguiente información del hogar:**

- Sus dos talones de pago más recientes u otro comprobante de ingresos de cualquier fuente. Si trabaja por cuenta propia o está desempleado, proporcione copias de sus últimos tres meses de estados de cuenta bancarios
- Su declaración de impuestos federales más reciente, incluya todos los formularios incluidos con su declaración
- Cualquier información sobre su situación financiera que quiera que consideremos.

Si no puede proporcionar estos, explique por qué en su solicitud.

Puede escanear y enviar su información por correo electrónico a [financial.assistance@r1rcm.com](mailto:financial.assistance@r1rcm.com)

## ¿QUÉ SUCEDE DESPUÉS DE SOLICITAR?

Un representante revisará su información y determinará si usted califica, y se lo comunicará a usted. Se le puede pedir que aplique por Medicaid u otros programas antes de recibir asistencia financiera de Intermountain.

## SI CALIFICO, ¿CUÁNTA AYUDA RECIBIRÉ?

La cantidad de asistencia financiera proporcionada se basará en la necesidad. Intermountain considera toda la información que proporciona con su aplicación para determinar esto. Si se aprueba la asistencia financiera completa, se le pedirá que pague solo un monto nominal en base del tipo de servicio que recibió, si usted no puede pagar este monto, lo podemos exonerar.

## OPCIONES DE PAGO

Intermountain Healthcare puede ayudarlo a administrar sus cuentas, incluso si no solicita o no califica para asistencia financiera. Intermountain ofrece planes de pago a corto y largo plazo. Llame al 866.415.6556 para más información.

