

Programa COPE (Charitable Outreach Provision Expense)

Nombre del paciente: _____

Cuenta: _____

Devolver antes de: _____

Como parte de nuestro compromiso a dar un servicio de calidad a nuestros pacientes, Mt. Graham Regional Medical Center ofrece el programa COPE a los pacientes que cumplen con ciertos requisitos de las guías de ingresos y financieras. Para que podamos determinar si un paciente califica para la asistencia financiera a través del Programa COPE, se debe completar esta solicitud y enviar al consejero financiero de Mt. Graham Regional Medical Center. Es posible que se le pida documentación adicional para verificar sus ingresos y bienes. Su cooperación nos permitirá revisar y procesar su solicitud de manera oportuna.

El Programa COPE de Mt. Graham Regional Medical Center es un servicio de atención sin pago que le permite a los candidatos que cumplan los requisitos reducir un parte de su factura o toda su factura médica en Mt. Graham Regional Medical Center. Las solicitudes están disponibles para cualquier persona que quiera acceder al programa.

Una vez que usted envíe su solicitud al Programa COPE y esta sea procesada, se revisará su solicitud y los documentos enviados para verificar si cumple los requisitos. Usted puede calificar para recibir 25%, 50%, 75% o 100% de descuento en su factura. Las facturas pendientes de pago que no son deudas morosas o que no han pasado a una agencia de cobranzas pueden ser cubiertas. Si la solicitud no es entregada hasta la fecha indicada arriba, la solicitud será denegada y el paciente será responsable financieramente de los cobros. En el caso de no realizarse el pago, consulte las normas de cobranzas de MGRM, la cual está disponible de ser solicitada.

i Qué cubre COPE?

COPE cubre servicios realizados en y por Mt. Graham Regional Medical Center y los honorarios de todo profesional médico empleado por Mt. Graham Regional Medical Center. Una lista de los médicos empleados está disponible de ser solicitada. COPE no cubre ningún servicio que no sea realizado por Mt. Graham Regional Medical Center o cualquier cobro honorarios profesionales de profesionales médicos que no están empleados por Mt. Graham Regional Medical Center, tales como cirujanos y radiólogos. COPE no cubre gastos de ninguna compañía de ambulancias o transporte. Si tiene alguna pregunta sobre COPE o necesita extender su fecha de entrega contacte al consejero financiero de Mt. Graham Regional Medical Center al teléfono 928-348-3715.

SOLICITUD PARA EL PROGRAMA COPE DE MGRMC

La siguiente información debe ser enviada para que podamos realizar una verificación o su solicitud no será considerada. NO envíe documentos originales por correo. Si envía su solicitud por correo, envíe COPIAS de los documentos listados a continuación.

1. Su declaración W2 de salario y sueldo más reciente y su formulario de impuestos sobre la renta 1040 más reciente.
2. Constancia de ingresos en los últimos noventa (90) días. La verificación se puede hacer con su talón de cheques, cheque del seguro social, pago de manutención para cónyuge (alimony), pago de manutención por hijos (child support), dinero en efectivo, regalos, etc. Incluya todos los ingresos de cualquier persona en casa que sea responsable de contribuir a las finanzas del hogar.
3. Constancia de empleo. Esto puede incluir su talón de pago o cheque o una carta de su empleador en papel membretado de la compañía con su información de contacto.
4. Verificación por escrito de la aprobación o negación del Departamento de seguridad económica de Arizona (DES, por sus siglas en inglés).
5. Prueba de participación en cualquier programa de asistencia del gobierno incluyendo pero no limitado al Sistema de contención de costos en salud de Arizona (AHCCCS) u otro plan de Medicaid fuera del estado, Compensación de víctimas (Victims Compensation), Servicios de salud nativoamericanos (Indian Health Services), seguro social (Social Security) y discapacidad del seguro social (Social Security Disability).
6. Los formularios de aprobación o negación de compensación por desempleo (Unemployment Compensation) o seguro de accidentes de trabajo (Workers Compensation) si el paciente ha estado desempleado en los últimos tres (3) meses.
7. Una copia del estado de cuenta de la cuenta corriente o de cheques y del estado de cuenta de la cuenta de ahorros más reciente.
8. Prueba del pago del alquiler o renta o pago de la hipoteca o saldo restante de la hipoteca.
9. Valor estimado de la propiedad.
10. Valor estimado en Bluebook de cada vehículo propio. Monto de todos los préstamos de vehículos u otros bienes.
11. Todas las cuentas médicas de cualquier otra instalación médica con saldos actuales y pagos mensuales necesarios para todos los miembros de la familia en los últimos doce (12) meses. Esto incluye clínicas, recetas, servicios dentales y de visión. Incluya toda cuenta que ya haya pagado en los últimos doce (12) meses.

Hoja de trabajo de ingresos/gastos para COPE

Información del paciente

Nombre del paciente: _____ Cuenta# _____

Fecha de nacimiento: _____ # de seguro social: _____

Dirección: _____

Teléfono: _____ Celular: _____

Empleador: _____

Dirección del empleador: _____

Teléfono del empleador : _____

Estado civil: Casado Divorciado Soltero Viudo

Nombre del esposo(a): _____ Teléfono: _____

Dirección del esposo(a): Igual que el previo Other

Estado migratorio del paciente: Ciudadano de EEUU Residente permanente o condicional

Visa temporal Otro: _____

País de nacimiento : _____

Información financiera

Ingreso bruto mensual total (antes de impuestos y retenciones):\$ _____

Número de dependientes: _____

Nombre de la institución financiera: _____

Saldo en la cuenta corriente: \$ _____

Saldo en la cuenta de ahorros: \$ _____

¿Es dueño de una casa o alguna otra propiedad de bienes raíces? Sí No

Si la respuesta es sí, ¿Cuál es el valor aproximado de la propiedad? \$ _____

¿Recibe ingresos de alguna otra fuente de ingresos? Sí No

Si la respuesta es sí, ¿cuánto? \$ _____

Información de la familia

Nombre, segundo nombre, apellidos	Relación	Fecha de nacimiento

Gastos

Renta/ hipoteca \$ _____

Coche(s) \$ _____ Marca, año y modelo: _____

\$ _____ Marca, año y modelo: _____

Cuentas médicas (últimos 3 meses) \$ _____

Manutención de hijos menores \$ _____

Manutención de excónyuge \$ _____

Declaración

Declaro bajo pena de perjurio que las respuestas que he dado son verdaderas y correctas a lo mejor de mi sabery entender. Acepto informar al hospital dentro de los catorce (14) días si es que hubiese algún cambio en mi, o en la persona por el/la que estoy firmando, ingresos, propiedades, bienes, gastos, dependientes o dirección.

Entiendo que se me puede pedir que compruebe las declaraciones que he realizado y que mi cumplimiento de los requisitos para recibir asistencia financiera puede estar sujeto a una verificación. Esto puede incluir, pero no está limitado a, contactar a mi empleador, banco y obtener un informe crediticio (credit report). Entiendo que la información que he proporcionado será mantenida de forma confidencial. Además, acepto reembolsar al hospital por los servicios médicos prestados como resultado de un accidente o lesión si se obtienen ingresos de un litigio o resolución financiera.

Firma _____

Fecha _____