

ASISTENCIA FINANCIERA

El programa de Asistencia Financiera de UNC Health (UNC Health Financial Assistance Program) ayuda a aliviar la carga financiera de los costos por servicios de salud en entidades que participan con UNC Health. El programa está disponible para los residentes de Carolina del Norte con un ingreso familiar del 250% o menor con respecto a las pautas federales de pobreza para el tamaño de su familia.

¿CUMPLO CON LOS REQUISITOS PARA LA ASISTENCIA FINANCIERA?

Si usted responde «sí» a todas las siguientes preguntas puede que cumpla todos los requisitos para calificar al programa de Asistencia Financiera de UNC Health.

1. ¿Es usted residente de Carolina del Norte?
2. Según el tamaño de su familia, ¿su ingreso familiar es igual o menor a la cantidad que se menciona abajo?

Tamaño de la familia	Límite del ingreso familiar
1	\$31,900
2	\$43,100
3	\$54,300
4	\$65,500
5	\$76,700
6	\$87,900
7	\$99,100
8	\$110,300

Para determinar si cumple con los requisitos para la asistencia financiera, debe completar la solicitud y proporcionar los documentos de apoyo requeridos.

Usted puede solicitar en línea y de manera segura a través de [My UNC Chart](#) o completar la solicitud y enviarla por línea de fax segura al 984-974-6425. Las solicitudes también se pueden enviar por correo a: Financial Assistance Unit, 500 Eastowne Drive 2nd Floor; Chapel Hill, NC 27514.

Puede obtener una solicitud o copia de la Política de Asistencia Financiera en la oficina de Registro del hospital o llamando al número gratuito de la Unidad de Asistencia Financiera al 866-704-5286.

¿Necesita ayuda? Los asesores financieros están disponibles para reunirse con usted en persona en ubicaciones seleccionadas en las clínicas y hospitales o comuníquese con el equipo de Asistencia Financiera de UNC llamando gratuitamente al (866) 704-5286 o llamada local al (984) 974-3425.

NORMAS DE ASISTENCIA FINANCIERA

La asistencia financiera está disponible para los servicios médicos y procedimientos que cumplen los criterios de necesidad médica. Las exclusiones de la cobertura incluyen, pero no se limitan a los procedimientos estéticos y electivos.

Si usted reúne los requisitos para la asistencia financiera, verá los ajustes que se aplicaron después de la cobertura del seguro, asistencia federal o estatal u otra cobertura de terceros.

Es necesario llevar a cabo una preselección para Medicaid u otros programas de cobertura. Para completar esta preselección necesaria de Medicaid, o para recibir ayuda para solicitar Medicaid, comuníquese con el departamento de servicios sociales de su condado o llame al (984) 974-0950.

COPAGOS DE ASISTENCIA FINANCIERA

Se le solicita a todos los pacientes aprobados para Asistencia Financiera que paguen sus copagos. Si tiene un seguro médico, además de la Asistencia Financiera, se le solicitará el copago que aplique su compañía aseguradora en vez del copago de la Asistencia Financiera.

Copago	Servicio
\$10	Cuidados primarios o visita de especialidad
\$10	Imágenes o pruebas de laboratorio
\$20	Servicios de terapias recurrentes
\$35	Visitas a centros de cuidados urgentes (excluye Pardee)
\$50	Sala de emergencias
\$75	Cirugía ambulatoria/Radiación recurrente
\$100	Admisión al hospital como paciente

¿NECESITA AYUDA CON LOS GASTOS MÉDICOS?

Pedimos a todos los pacientes que de manera activa participen con todos los esfuerzos de la ayuda financiera al:

- Discutir su estado financiero con un asesor

financiero. Planear y mantener un plan de pago que se ajuste a sus necesidades.

- Buscar todos los métodos de cobertura, tales como los planes disponibles a través del Health Insurance Marketplace 'Mercado de Seguros Médicos'.
- Solicitar Medicaid o beneficios por discapacidad, si cumple los requisitos. Los requisitos de preselección para solicitar Medicaid y asistencia con su solicitud están disponibles llamando al 984.974.0950.

DESCUENTO SI NO TIENE SEGURO

Si no tiene seguro o no tiene acceso a un seguro médico de EE. UU., recibirá un descuento del 40% de su factura. No necesita completar la solicitud de Asistencia Financiera para recibir este descuento.

NO DISCRIMINACIÓN

UNC Health cumple con las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discrimina por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo.

ATENCIÓN: si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al:

- UNC Hospitals, UNC Faculty Physicians, Chatham Hospital, o UNC REX Healthcare: [\(984\) 974-5006](tel:9849745006)
- Caldwell Memorial Hospital: [\(828\) 292-0174](tel:8282920174)
- Henderson County Hospital Corp (Margaret R. Pardee Memorial Hospital): [\(828\) 696-4644](tel:8286964644)
- Johnston Health Services (Johnston Health): [\(919\) 934-8171](tel:9199348171)
- Nash UNC Health Care: [\(252\) 962-8000](tel:2529628000)
- UNC Physicians Network y UNC Physicians Network Group Practices: [\(984\) 215-4056](tel:9842154056)
- UNC Rockingham Health Care: [\(336\) 520-7592](tel:3365207592)
- Wayne Memorial Hospital (Wayne UNC Health Care): [\(919\) 736-1110](tel:9197361110)

***UNC Health. se reserva el derecho de modificar las políticas y procedimientos establecidos en esta página a su exclusivo criterio, sujeto a la ley aplicable. La existencia de estas políticas y procedimientos no crea ningún derecho legal en beneficio de ninguna persona.*