

A partir del Enero 2025

CRITERIOS PARA LA AYUDA FINANCIERA

El Hospital Rhode Island se enorgullece de su compromiso de proporcionar asistencia de calidad a todos los que la necesitan. El Hospital Rhode Island proporciona ayuda financiera a los pacientes sin seguro médico y que no pueden pagar por su atención hospitalaria. El Hospital Rhode Island también ofrece descuentos a los pacientes sin seguro médico que puedan tener dificultad para pagar la totalidad de sus cuentas de hospital. Esta atención gratuita y con descuento SÓLO se aplica para los servicios hospitalarios esenciales.

ATENCIÓN TOTAL DE CARIDAD

Proporcionamos atención hospitalaria sin costo a los residentes de Rhode Island sin seguro que tengan un ingreso menor de:

Tamaño de la unidad familiar	1	2	3	4	5	6	7	8	cada persona adicional:
Límites de ingreso anual*	\$31,300	\$42,300	\$53,300	\$64,300	\$75,300	\$86,300	\$97,300	\$108,300	\$11,000

ATENCIÓN PARCIAL DE CARIDAD

También proporcionamos atención hospitalaria con descuento a los residentes de Rhode Island sin seguro cuyos ingresos estén entre:

% Basado en el nivel Federal de Pobreza, en o por debajo de:			<200%	201%-300%	301%+
% de descuento para pacientes ambulatorios			Gratis	90%	78%
% de descuento para pacientes internados			Gratis	80% of DRG	DRG
Tamaño de la familia	Nivel Federal de Pobreza	Ingresos Hasta	Ingresos Sobre		
1	\$15,650.00	\$31,300	\$46,950	\$46,950	
2	\$21,150.00	\$42,300	\$63,450	\$63,450	
3	\$26,650.00	\$53,300	\$79,950	\$79,950	
4	\$32,150.00	\$64,300	\$96,450	\$96,450	
5	\$37,650.00	\$75,300	\$112,950	\$112,950	
6	\$43,150.00	\$86,300	\$129,450	\$129,450	
7	\$48,650.00	\$97,300	\$145,950	\$145,950	
8	\$54,150.00	\$108,300	\$162,450	\$162,450	
9	\$59,650.00	\$119,300	\$178,950	\$178,950	
10	\$65,150.00	\$130,300	\$195,450	\$195,450	
Mais \$ X para cada membro da família adicional		\$5,500	\$11,000		

Para averiguar si usted tiene derecho a recibir ayuda financiera, póngase en contacto con un defensor financiero del paciente llamando al 444-7850. Si a usted se le niega la ayuda financiera, puede apelar a esta decisión. También puede pedir el proceso de apelación con la persona indicada arriba.

A partir de Enero, 2025

CRITERIOS PARA LA AYUDA FINANCIERA

El Hospital Miriam se enorgullece de su compromiso de proporcionar asistencia de calidad a todos los que la necesitan. El Hospital Miriam proporciona ayuda financiera a los pacientes sin seguro médico y que no pueden pagar por su atención hospitalaria. El Hospital Miriam también ofrece descuentos a los pacientes sin seguro médico que puedan tener dificultad para pagar la totalidad de sus cuentas de hospital. Esta atención gratuita y con descuento SÓLO se aplica para los servicios hospitalarios esenciales.

ATENCIÓN TOTAL DE CARIDAD

Proporcionamos atención hospitalaria sin costo a los residentes de Rhode Island sin seguro que tengan un ingreso menor de:

Tamaño de la unidad familiar	1	2	3	4	5	6	7	8	cada persona adicional:
Límites de ingreso anual*	\$31,300	\$42,300	\$53,300	\$64,300	\$75,300	\$86,300	\$97,300	\$108,300	\$11,000

ATENCIÓN PARCIAL DE CARIDAD

También proporcionamos atención hospitalaria con descuento a los residentes de Rhode Island sin seguro cuyos ingresos estén entre:

% Basado en el nivel Federal de Pobreza, en o por debajo de:		<200%	201%-300%	300%+
% de descuento para pacientes ambulatorios		Gratis	90%	81%
% de descuento para pacientes internados		Gratis	80% of DRG	DRG
Tamaño de la familia	Nivel Federal de Pobreza	Ingresos Hasta		Ingresos Sobre
1	\$15,650.00	\$31,300	\$46,950	\$46,950
2	\$21,150.00	\$42,300	\$63,450	\$63,450
3	\$26,650.00	\$53,300	\$79,950	\$79,950
4	\$32,150.00	\$64,300	\$96,450	\$96,450
5	\$37,650.00	\$75,300	\$112,950	\$112,950
6	\$43,150.00	\$86,300	\$129,450	\$129,450
7	\$48,650.00	\$97,300	\$145,950	\$145,950
8	\$54,150.00	\$108,300	\$162,450	\$162,450
9	\$59,650.00	\$119,300	\$178,950	\$178,950
10	\$65,150.00	\$130,300	\$195,450	\$195,450
Mais \$ X para cada miembro da família adicional	\$5,500	\$11,000		

Para averiguar si usted tiene derecho a recibir ayuda financiera, póngase en contacto con un defensor financiero del paciente llamando al 401-793-2206. Si a usted se le niega la ayuda financiera, puede apelar a esta decisión. También puede pedir el proceso de apelación con la persona indicada arriba.

A partir del 1 de Enero, 2025

CRITERIOS PARA LA AYUDA FINANCIERA

El Hospital Newport se enorgullece de su compromiso de proporcionar asistencia de calidad a todos los que la necesitan. El Hospital Newport proporciona ayuda financiera a los pacientes sin seguro médico y que no pueden pagar por su atención hospitalaria. El Hospital Newport también ofrece descuentos a los pacientes sin seguro médico que puedan tener dificultad para pagar la totalidad de sus cuentas de hospital. Esta atención gratuita y con descuento SÓLO se aplica para los servicios hospitalarios esenciales.

ATENCIÓN TOTAL DE CARIDAD

Proporcionamos atención hospitalaria sin costo a los residentes de Rhode Island sin seguro que tengan un ingreso menor de:

Tamaño de la unidad familiar	1	2	3	4	5	6	7	8	cada persona adicional:
Límites de ingreso anual*	\$31,300	\$42,300	\$53,300	\$64,300	\$75,300	\$86,300	\$97,300	\$108,300	\$11,000

ATENCIÓN PARCIAL DE CARIDAD

También proporcionamos atención hospitalaria con descuento a los residentes de Rhode Island sin seguro cuyos ingresos estén entre:

% Basado en el nivel Federal de Pobreza, en o por debajo de:		<200%	201%-300%	301%+
% de descuento para pacientes ambulatorios		Gratis	90%	82%
% de descuento para pacientes internados		Gratis	80% of DRG	DRG
Tamaño de la familia	Nivel Federal de Pobreza	Ingresos Hasta		Ingresos Sobre
1	\$15,650.00	\$31,300	\$46,950	\$46,950
2	\$21,150.00	\$42,300	\$63,450	\$63,450
3	\$26,650.00	\$53,300	\$79,950	\$79,950
4	\$32,150.00	\$64,300	\$96,450	\$96,450
5	\$37,650.00	\$75,300	\$112,950	\$112,950
6	\$43,150.00	\$86,300	\$129,450	\$129,450
7	\$48,650.00	\$97,300	\$145,950	\$145,950
8	\$54,150.00	\$108,300	\$162,450	\$162,450
9	\$59,650.00	\$119,300	\$178,950	\$178,950
10	\$65,150.00	\$130,300	\$195,450	\$195,450
Mais \$ X para cada miembro da família adicional	\$5,500	\$11,000		

Para averiguar si usted tiene derecho a recibir ayuda financiera, póngase en contacto con un defensor financiero del paciente llamando al 401-864-6400. Si a usted se le niega la ayuda financiera, puede apelar a esta decisión. También puede pedir el proceso de apelación con la persona indicada arriba.

A partir del Enero, 2025

CRITERIOS PARA LA AYUDA FINANCIERA

El Hospital Bradley se enorgullece de su compromiso de proporcionar asistencia de calidad a todos los que la necesitan. El Hospital Bradley proporciona ayuda financiera a los pacientes sin seguro médico y que no pueden pagar por su atención hospitalaria. El Hospital Bradley también ofrece descuentos a los pacientes sin seguro médico que puedan tener dificultad para pagar la totalidad de sus cuentas de hospital. Esta atención gratuita y con descuento SÓLO se aplica para los servicios hospitalarios esenciales.

ATENCIÓN TOTAL DE CARIDAD

Proporcionamos atención hospitalaria sin costo a los residentes de Rhode Island sin seguro que tengan un ingreso menor de:

Tamaño de la unidad familiar	1	2	3	4	5	6	7	8	cada persona adicional:
Límites de ingreso anual*	\$31,300	\$39,440	\$49,720	\$60,000	\$70,280	\$80,560	\$90,840	\$101,120	10,280

ATENCIÓN PARCIAL DE CARIDAD

También proporcionamos atención hospitalaria con descuento a los residentes de Rhode Island sin seguro cuyos ingresos estén entre:

% Basado en el nivel Federal de Pobreza, en o por debajo de:		<200%	201%-300%	301%+
% de descuento para pacientes ambulatorios		Gratis	90%	74%
% de descuento para pacientes internados		Gratis	90%	53%
Tamaño de la familia	Nivel Federal de Pobreza	Ingresos Hasta		Ingresos Sobre
1	\$15,650.00	\$31,300	\$46,950	\$46,950
2	\$21,150.00	\$42,300	\$63,450	\$63,450
3	\$26,650.00	\$53,300	\$79,950	\$79,950
4	\$32,150.00	\$64,300	\$96,450	\$96,450
5	\$37,650.00	\$75,300	\$112,950	\$112,950
6	\$43,150.00	\$86,300	\$129,450	\$129,450
7	\$48,650.00	\$97,300	\$145,950	\$145,950
8	\$54,150.00	\$108,300	\$162,450	\$162,450
9	\$59,650.00	\$119,300	\$178,950	\$178,950
10	\$65,150.00	\$130,300	\$195,450	\$195,450
Mais \$ X para cada miembro da família adicional	\$5,500	\$11,000		

Para averiguar si usted tiene derecho a recibir ayuda financiera, póngase en contacto con un defensor financiero del paciente llamando al 444-7850. Si a usted se le niega la ayuda financiera, puede apelar a esta decisión. También puede pedir el proceso de apelación con la persona indicada arriba.

A partir de Enero, 2025

CRITERIOS PARA LA AYUDA FINANCIERA

El Gateway Healthcare Inc. se enorgullece de su compromiso de proporcionar asistencia de calidad a todos los que la necesitan. El Gateway Healthcare Inc. proporciona ayuda financiera a los pacientes sin seguro médico y que no pueden pagar por su atención hospitalaria. El Gateway Healthcare Inc. también ofrece descuentos a los pacientes sin seguro médico que puedan tener dificultad para pagar la totalidad de sus cuentas de hospital. Esta atención gratuita y con descuento SÓLO se aplica para los servicios hospitalarios esenciales.

ATENCIÓN TOTAL DE CARIDAD

Proporcionamos atención hospitalaria sin costo a los residentes de Rhode Island sin seguro que tengan un ingreso menor de:

Tamaño de la unidad familiar	1	2	3	4	5	6	7	8	cada persona adicional:
Límites de ingreso anual*	\$31,300	\$42,300	\$53,300	\$64,300	\$75,300	\$86,300	\$97,300	\$108,300	\$11,000

ATENCIÓN PARCIAL DE CARIDAD

También proporcionamos atención hospitalaria con descuento a los residentes de Rhode Island sin seguro cuyos ingresos estén entre:

% Basado en el nivel Federal de Pobreza, en o por debajo de:		<200%	201%-300%	301%+
% de descuento para pacientes ambulatorios		Gratis	90%	33%
Tamaño de la familia	Nivel Federal de Pobreza	Ingresos Hasta		Ingresos Sobre
1	\$15,650.00	\$31,300	\$46,950	\$46,950
2	\$21,150.00	\$42,300	\$63,450	\$63,450
3	\$26,650.00	\$53,300	\$79,950	\$79,950
4	\$32,150.00	\$64,300	\$96,450	\$96,450
5	\$37,650.00	\$75,300	\$112,950	\$112,950
6	\$43,150.00	\$86,300	\$129,450	\$129,450
7	\$48,650.00	\$97,300	\$145,950	\$145,950
8	\$54,150.00	\$108,300	\$162,450	\$162,450
9	\$59,650.00	\$119,300	\$178,950	\$178,950
10	\$65,150.00	\$130,300	\$195,450	\$195,450
Mais \$ X para cada membro da família adicional		\$5,500	\$11,000	

Para averiguar si usted tiene derecho a recibir ayuda financiera, póngase en contacto con un Especialista en Beneficios llamando Pawtucket 401-722-3560, Johnston – 401-273-8100, WashCo – 401-364-7705. Si a usted se le niega la ayuda financiera, puede apelar a esta decisión. También puede pedir el proceso de apelación con la persona indicada arriba.

A partir de Enero, 2025

CRITERIOS PARA LA AYUDA FINANCIERA

Brown Health Medical Group Primary Care se enorgullece de su compromiso de proporcionar asistencia de calidad a todos los que la necesitan. **Brown Health Medical Group Primary Care** proporciona ayuda financiera a los pacientes sin seguro médico y que no pueden pagar por su atención hospitalaria. **Brown Health Medical Group Primary Care** también ofrece descuentos a los pacientes sin seguro médico que puedan tener dificultad para pagar la totalidad de sus cuentas de hospital. Esta atención gratuita y con descuento **SÓLO** se aplica para los servicios hospitalarios esenciales.

ATENCIÓN TOTAL DE CARIDAD

Proporcionamos atención hospitalaria sin costo a los residentes de Rhode Island sin seguro que tengan un ingreso menor de:

Tamaño de la unidad familiar	1	2	3	4	5	6	7	8	cada persona adicional:
Límites de ingreso anual*	\$31,300	\$42,300	\$53,300	\$64,300	\$75,300	\$86,300	\$97,300	\$108,300	\$11,000

ATENCIÓN PARCIAL DE CARIDAD

También proporcionamos atención hospitalaria con descuento a los residentes de Rhode Island sin seguro cuyos ingresos estén entre:

% Basado en el nivel Federal de Pobreza, en o por debajo de:		<200%	201%-300%	301%+
% de descuento para pacientes ambulatorios		Gratis	90%	45%
Tamaño de la familia	Nivel Federal de Pobreza	Ingresos Hasta		Ingresos Sobre
1	\$15,650.00	\$31,300	\$46,950	\$46,950
2	\$21,150.00	\$42,300	\$63,450	\$63,450
3	\$26,650.00	\$53,300	\$79,950	\$79,950
4	\$32,150.00	\$64,300	\$96,450	\$96,450
5	\$37,650.00	\$75,300	\$112,950	\$112,950
6	\$43,150.00	\$86,300	\$129,450	\$129,450
7	\$48,650.00	\$97,300	\$145,950	\$145,950
8	\$54,150.00	\$108,300	\$162,450	\$162,450
9	\$59,650.00	\$119,300	\$178,950	\$178,950
10	\$65,150.00	\$130,300	\$195,450	\$195,450
Mais \$ X para cada miembro da família adicional	\$5,500	\$11,000		

Para averiguar si usted tiene derecho a recibir ayuda financiera, póngase en contacto con un defensor financiero del paciente llamando al 444-7850 or 793-2209 or 864-6400. Si a usted se le niega la ayuda financiera, puede apelar a esta decisión. También puede pedir el proceso de apelación con la persona indicada arriba.

A partir de Enero, 2025

CRITERIOS PARA LA AYUDA FINANCIERA

Brown Health Medical Group se enorgullece de su compromiso de proporcionar asistencia de calidad a todos los que la necesitan. Brown Health Medical Group proporciona ayuda financiera a los pacientes sin seguro médico y que no pueden pagar por su atención hospitalaria. Brown Health Medical Group también ofrece descuentos a los pacientes sin seguro médico que puedan tener dificultad para pagar la totalidad de sus cuentas de hospital. Esta atención gratuita y con descuento SÓLO se aplica para los servicios hospitalarios esenciales.

ATENCIÓN TOTAL DE CARIDAD

Proporcionamos atención hospitalaria sin costo a los residentes de Rhode Island sin seguro que tengan un ingreso menor de:

Tamaño de la unidad familiar	1	2	3	4	5	6	7	8	cada persona adicional:
Límites de ingreso anual*	\$31,300	\$42,300	\$53,300	\$64,300	\$75,300	\$86,300	\$97,300	\$108,300	\$11,000

ATENCIÓN PARCIAL DE CARIDAD

También proporcionamos atención hospitalaria con descuento a los residentes de Rhode Island sin seguro cuyos ingresos estén entre:

% Basado en el nivel Federal de Pobreza, en o por debajo de:		<200%	201%-300%	301%+
% de descuento para pacientes ambulatorios		Gratis	90%	72%
Tamaño de la familia	Nivel Federal de Pobreza	Ingresos Hasta		Ingresos Sobre
1	\$15,650.00	\$31,300	\$46,950	\$46,950
2	\$21,150.00	\$42,300	\$63,450	\$63,450
3	\$26,650.00	\$53,300	\$79,950	\$79,950
4	\$32,150.00	\$64,300	\$96,450	\$96,450
5	\$37,650.00	\$75,300	\$112,950	\$112,950
6	\$43,150.00	\$86,300	\$129,450	\$129,450
7	\$48,650.00	\$97,300	\$145,950	\$145,950
8	\$54,150.00	\$108,300	\$162,450	\$162,450
9	\$59,650.00	\$119,300	\$178,950	\$178,950
10	\$65,150.00	\$130,300	\$195,450	\$195,450
Mais \$ X para cada membro da família adicional	\$5,500	\$11,000		

Para averiguar si usted tiene derecho a recibir ayuda financiera, póngase en contacto con un defensor financiero del paciente llamando al 444-7850 or 793-2209 or 864-6400 Si a usted se le niega la ayuda financiera, puede apelar a esta decisión. También puede pedir el proceso de apelación con la persona indicada arriba.

A partir de Enero, 2025

CRITERIOS PARA LA AYUDA FINANCIERA

Brown University Health Urgent Care se enorgullece de su compromiso de proporcionar asistencia de calidad a todos los que la necesitan. Brown University Health Urgent Care proporciona ayuda financiera a los pacientes sin seguro médico y que no pueden pagar por su atención hospitalaria. Brown University Health Urgent Care también ofrece descuentos a los pacientes sin seguro médico que puedan tener dificultad para pagar la totalidad de sus cuentas de hospital. Esta atención gratuita y con descuento SÓLO se aplica para los servicios hospitalarios esenciales.

ATENCIÓN TOTAL DE CARIDAD

Proporcionamos atención hospitalaria sin costo a los residentes de Rhode Island sin seguro que tengan un ingreso menor de:

Tamaño de la unidad familiar	1	2	3	4	5	6	7	8	cada persona adicional:
Límites de ingreso anual*	\$31,300	\$42,300	\$53,300	\$64,300	\$75,300	\$86,300	\$97,300	\$108,300	\$11,000

ATENCIÓN PARCIAL DE CARIDAD

También proporcionamos atención hospitalaria con descuento a los residentes de Rhode Island sin seguro cuyos ingresos estén entre:

% Basado en el nivel Federal de Pobreza, en o por debajo de:		<200%	201%-300%	301%+
% de descuento para pacientes ambulatorios		Gratis	90%	50%
Tamaño de la familia	Nivel Federal de Pobreza	Ingresos Hasta		Ingresos Sobre
1	\$15,650.00	\$31,300	\$46,950	\$46,950
2	\$21,150.00	\$42,300	\$63,450	\$63,450
3	\$26,650.00	\$53,300	\$79,950	\$79,950
4	\$32,150.00	\$64,300	\$96,450	\$96,450
5	\$37,650.00	\$75,300	\$112,950	\$112,950
6	\$43,150.00	\$86,300	\$129,450	\$129,450
7	\$48,650.00	\$97,300	\$145,950	\$145,950
8	\$54,150.00	\$108,300	\$162,450	\$162,450
9	\$59,650.00	\$119,300	\$178,950	\$178,950
10	\$65,150.00	\$130,300	\$195,450	\$195,450
Mais \$ X para cada miembro da família adicional	\$5,500	\$11,000		

Para averiguar si usted tiene derecho a recibir ayuda financiera, póngase en contacto con un defensor financiero del paciente llamando al 444-7850 or 793-2209 or 864-6400. Si a usted se le niega la ayuda financiera, puede apelar a esta decisión. También puede pedir el proceso de apelación con la persona indicada arriba.