

Efectivo Octubre, 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
Más \$ X para cada miembro de la familia 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.

Efectivo Octubre, 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%	80%
% 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 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.

Efectivo Octubre, 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
Más \$ X para cada miembro de la familia 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.

Efectivo Octubre, 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%	70%
% de descuento para pacientes internados		Gratis	90%	46%
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
Más \$ X para cada miembro de la familia 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.

Efectivo Octubre, 2025

CRITERIOS PARA LA AYUDA FINANCIERA

Gateway Healthcare se enorgullece de su compromiso de proporcionar asistencia de calidad a todos los que la necesitan. Gateway Healthcare proporciona ayuda financiera a los pacientes sin seguro médico y que no pueden pagar por su atención hospitalaria. Gateway Healthcare 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:	Nivel Federal de Pobreza	<200%	201%-300%	301%+
		Gratis	90%	54%
Tamaño de la familia	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 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.

Efectivo Octubre, 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%	47%
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
Más \$ X para cada miembro de la familia 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.

Efectivo Octubre, 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%	74%
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.

Efectivo Octubre, 2025

CRITERIOS PARA LA AYUDA FINANCIERA

Brown Health University Urgent Care se enorgullece de su compromiso de proporcionar asistencia de calidad a todos los que la necesitan. Brown Health University Urgent Care proporciona ayuda financiera a los pacientes sin seguro médico y que no pueden pagar por su atención hospitalaria. Brown Health University 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
Más \$ X para cada miembro de la familia 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.