

Efectivo Octubre, 2025

CRITERIOS PARA LA AYUDA FINANCIERA

El Hospital Morton se enorgullece de su compromiso de proporcionar asistencia de calidad a todos los que la necesitan. El Hospital Morton proporciona ayuda financiera a los pacientes sin seguro médico y que no pueden pagar por su atención hospitalaria. El Hospital Morton 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%
% de descuento para pacientes internados		Gratis	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 (508)828-7324 and (508)828-7075. 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 Saint Anne's se enorgullece de su compromiso de proporcionar asistencia de calidad a todos los que la necesitan. El Hospital Saint Anne's proporciona ayuda financiera a los pacientes sin seguro médico y que no pueden pagar por su atención hospitalaria. El Hospital Saint Anne's 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%
% de descuento para pacientes internados		Gratis	DRG	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 508 235-5029. 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.

CRITERIOS PARA LA AYUDA FINANCIERA

Brown Health Medical Group Massachusetts se enorgullece de su compromiso de proporcionar asistencia de calidad a todos los que la necesitan. Brown Health Medical Group Massachusetts proporciona ayuda financiera a los pacientes sin seguro médico y que no pueden pagar por su atención hospitalaria. Brown Health Medical Group Massachusetts 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 (508)828-7324 and (508)828-7075. 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.

