I. Política:

Cada hospital propiedad de Prime Healthcare Services, Inc. (cada uno, un "Hospital"), ofrece un programa de asistencia financiera para aquellos pacientes que cumplen con las pruebas de elegibilidad descritas en esta política. Prime Healthcare ofrece atención benéfica y descuentos por pago por cuenta propia cumpliendo con los requisitos de la ley estatal. La intención de esta Política de Asistencia Financiera (la "Política") es cumplir con las leyes y regulaciones federales y estatales aplicables; Todas las disposiciones deben interpretarse en consecuencia.

Un objetivo importante de las instalaciones sin fines de lucro de Prime Healthcare es brindar atención a los pacientes en momentos de necesidad. Las instalaciones sin fines de lucro de Prime Healthcare brindan atención benéfica y un programa de pago con descuento como beneficio para las comunidades a las que servimos. Con este fin, los centros de Prime Healthcare se comprometen a ayudar a los pacientes elegibles de bajos ingresos y/o sin seguro con el pago de descuento adecuado y los programas de atención caritativa. Todos los pacientes serán tratados de manera justa, con compasión y respeto. Sin perjuicio de lo dispuesto en esta Política, ninguna persona que se determine que es elegible para
Se cobrará más por la asistencia financiera por la atención de emergencia u otra atención médicamente necesaria que los montos generalmente facturados a las personas que tienen un seguro que cubre dicha atención. Acompañando a esta Política se encuentran los siguientes documentos, a los que se hace referencia a través de esta Política:

- Resumen en Lenguaje Sencillo de la Asistencia Financiera
- Programa de Pago con Descuento de Asistencia Financiera
- Aviso que se incluirá en todos los estados de cuenta posteriores al alta
- Aviso que se incluirá en los estados de cuenta posteriores al alta a los pacientes que no han proporcionado comprobante de seguro

II. Definiciones:

"Montos generalmente facturados": Los montos generalmente facturados ("AGB") por servicios de emergencia u otros servicios médicamente necesarios a personas elegibles para el Programa de Pago de Descuentos. El Hospital calcula el

AGB de un paciente utilizando el método retrospectivo tal y como se define en el Reglamento del Tesoro. Con arreglo al método retrospectivo, el AGB se calcula anualmente dividiendo la suma de los importes de todas sus reclamaciones por urgencias u otras necesidades médicas de las aseguradoras de salud durante un período anterior de 12 meses dividido por la suma de los cargos brutos asociados a esas reclamaciones. Esto no debe confundirse con el descuento de atención caritativa (asistencia financiera) que se aplica al 100% si se aprueba el FAP de la persona.

"Emergencia y médicamente necesaria": Cualquier atención médica de emergencia hospitalaria, hospitalaria, ambulatoria o de emergencia que no sea completamente cosmética para la comodidad y/o conveniencia del paciente.

"EMTALA": El hospital cumple con los requisitos de la Ley de Tratamiento Médico de Emergencia y Trabajo Activo (EMTALA), Sección 1867 de la Ley del Seguro Social. No hay nada en esta política que impida dicho cumplimiento. Esta es una ley federal que requiere que cualquier persona que acuda a un departamento de emergencias sea estabilizada y tratada, independientemente de su estado de seguro o capacidad de pago.

"Acciones Extraordinarias de Cobro": Una Acción de Cobro Extraordinaria significa cualquier acción de cobro que involucre ciertas ventas de deudas a terceros, reportar información adversa a agencias o agencias de crédito, o diferir o negar, o requerir un pago antes de proporcionar, atención médicamente necesaria debido a la falta de pago de una persona de una o más facturas por la atención previamente proporcionada cubierta por
la Política de Asistencia Financiera del hospital, o cualquier acción que requiera un proceso legal o judicial, incluida la colocación de un gravamen, la ejecución hipotecaria de bienes inmuebles, el embargo o la incautación de cuentas bancarias u otros bienes personales, el inicio de una acción civil contra un individuo, la adopción de acciones que causen el arresto de una persona, la adopción de acciones que causen que una persona esté sujeta al embargo corporal, y embargar salarios, en cada uno de los caso como se describe con más detalle en la Sección 501(r)(6) del IRS.

"Familia": (1) para personas mayores de 18 años, cónyuge, pareja de hecho e hijos dependientes menores de 21 años, ya sea que vivan en el hogar o no; y (2) para personas menores de 18 años, padres, parientes cuidadores y otros hijos menores de 21 años del padre o pariente cuidador.

"Resumen en Lenguaje Sencillo de la Asistencia Financiera": Se incluye el resumen de la Política de Asistencia Financiera, destinado a cumplir con la Sección 501(r)(4) del IRS.

III. Aplicabilidad de la Política:

Esta Política se aplica a toda la atención de emergencia y otra atención médicamente necesaria proporcionada por el Hospital o una entidad sustancialmente relacionada que trabaje en el Hospital. Esta Política se aplica solo a los cargos por servicios del Hospital y no es vinculante para otros proveedores de servicios médicos que no estén empleados o contratados por el Hospital para brindar servicios médicos, incluidos los médicos que tratan a pacientes del Hospital en casos de emergencia, hospitalizados o ambulatorios. Los médicos no cubiertos por esta póliza que brindan servicios a pacientes que no tienen seguro o que no pueden pagar sus facturas médicas debido a los altos costos médicos pueden tener sus propias pólizas de asistencia financiera para brindar asistencia. El Hospital no es responsable de la administración de ningún programa de asistencia financiera ofrecido por el personal médico no empleado del Hospital, los médicos o las prácticas de facturación de dichos médicos.

Las políticas de asistencia financiera deben equilibrar la necesidad de asistencia financiera del paciente con la administración fiscal más amplia del Hospital. La asistencia financiera a través de pagos con descuento y programas de atención caritativa no sustituye la responsabilidad personal. Es responsabilidad de los pacientes participar activamente en el proceso de selección de asistencia financiera y, cuando corresponda, contribuir al costo de su atención en función de su capacidad de pago. Las agencias de cobro de deudas externas y las prácticas de cobro internas del Hospital reflejarán la misión y visión del Hospital.

IV. Procedimiento:

1. Elegibilidad para recibir asistencia financiera

A. Pacientes que pagan por su cuenta

Un paciente califica para Atención Caritativa o Atención con Descuento bajo el Programa de Pago con Descuento en base a las condiciones discutidas en el

apéndice "**Asistencia Financiera, Atención Caritativa y Programas de Pago con Descuento".** Consulte este apéndice para obtener detalles adicionales sobre el Programa de Pago con Descuento.

B. <u>Pacientes Asegurados</u>

Un paciente que tiene cobertura de terceros o cuya lesión es una lesión compensable para fines de compensación para trabajadores, seguro de automóvil u otro seguro según lo determine y documente el hospital, no califica para la Atención Caritativa, pero puede calificar para el Programa de **Pago con Descuento** según las condiciones discutidas en el apéndice "Asistencia Financiera, Atención Caritativa y Programa de Pago con Descuento". Consulte este apéndice para obtener más detalles. El Programa de Pago con Descuento puede aplicarse a los montos de responsabilidad del paciente, incluidos los montos de coseguro, copagos y deducibles.

C. <u>Otras circunstancias</u>

El Hospital puede utilizar una agencia externa o una determinación del Director del Departamento de Servicios Financieros para el Paciente (PFS) del Hospital para extender la Atención Caritativa o el Programa de Pago con Descuento a los pacientes en las circunstancias que se enumeran a continuación (elegibilidad presunta). La elegibilidad presunta no transmite un derecho a servicios futuros. El hospital tampoco puede divulgar la determinación de elegibilidad presunta y es posible que no tenga acceso a los datos utilizados por una agencia externa. Las circunstancias a continuación se consideran formas de Atención Caritativa y pueden documentarse como se refleja en el código de transacción utilizado para adjudicar el reclamo del paciente, incluidas, entre otras, las transacciones relacionadas con la Atención Caritativa, descuentos por pago por cuenta propia, servicios no cubiertos y denegaciones.

(i) La paciente califica para beneficios limitados bajo el programa Medicaid del estado, *es decir*, beneficios limitados por embarazo o emergencia, pero no tiene beneficios para otros servicios prestados en el Hospital. Esto incluye servicios no cubiertos relacionados con:

- Servicios prestados a beneficiarios de Medicaid con Medicaid restringido (es decir, pacientes que solo pueden tener beneficios por embarazo o de emergencia, pero reciben otra atención del Hospital);

- Solicitudes pendientes de Medicaid que no se aprueben posteriormente, siempre que la solicitud indique que el paciente cumple con los criterios para la atención caritativa;
- Denegaciones de Medicaid u otros programas de atención para indigentes;
- Cargos relacionados con días que excedan un límite de duración de estadía; y
- Cualquier otra responsabilidad restante por los pagos del seguro.

(ii) El paciente califica para un programa de servicios para indigentes médicos a nivel del condado, pero el Hospital no recibe ningún pago.

(iii) Se han realizado esfuerzos razonables para localizar y contactar al paciente, dichos esfuerzos han sido infructuosos y el Director de PFS del Hospital tiene motivos para creer que el paciente calificaría para la Atención Caritativa o el Programa de Pago con Descuento, por ejemplo, el paciente ha fallecido, está en bancarrota, encarcelado (y no ha sido reembolsado por un programa estatal de Medicaid), no responde, no tiene hogar o no está dispuesto a proporcionar documentación.

(iv) Una agencia de cobro externa se ha esforzado por cobrar el saldo pendiente y ha recomendado al Director de PFS del Hospital que se ofrezca Atención Caritativa o el Programa de Pago con Descuento.

(v) Después de los esfuerzos de cobro y las negociaciones con el pagador, cualquier cargo no reembolsado de servicios no cosméticos, incluidos los servicios no cubiertos o denegados de cualquier pagador, como los cargos por días más allá de un límite de duración de la estadía, los beneficios agotados, el saldo de la cobertura restringida, las cuentas pendientes de Medicaid y las denegaciones del pagador se consideran una forma de asistencia financiera para el paciente en Prime Healthcare. Los cargos relacionados con estos descuentos cancelados durante el año fiscal se informan como atención no compensada.

(vi) El paciente es elegible para programas que incluyen, entre otros:

- Programas de medicamentos recetados financiados por el estado;
- Participación en programas para mujeres, bebés y niños (WIC);
- Elegibilidad para cupones de alimentos;

- Elegibilidad para el programa de almuerzos escolares subsidiados;
- Elegibilidad para otros programas de asistencia estatales o locales que no están financiados (por ejemplo, deducible de gastos de Medicaid);
- Las viviendas para personas de bajos ingresos/subsidiadas se proporcionan como una dirección válida; y
- Significación histórica del impago que establece una justificación de futuros impagos y falta de capacidad contributiva.

(vii) Otras circunstancias de la Atención Caritativa se documentarán en el registro del paciente, indicado por tipo de transacción o en las notas del paciente.

D. <u>Determinación de Ingresos</u>

A los efectos de determinar la elegibilidad para el Programa de Descuento de Asistencia Financiera, la documentación de los ingresos de la familia del paciente se limitará a los talones de pago recientes o a las declaraciones de impuestos sobre la renta. La solicitud de asistencia financiera solicita la información necesaria para determinar la elegibilidad del paciente bajo la Política de Asistencia Financiera, incluidos los ingresos del paciente o de la familia y el tamaño de la familia del paciente. El Hospital no solicitará ninguna información adicional que no sea la solicitada en la solicitud de asistencia financiera. Sin embargo, un paciente que busca asistencia financiera puede proporcionar voluntariamente información adicional si así lo desea. La calificación para recibir asistencia financiera se determinará únicamente por la capacidad de pago del paciente y/o del representante de la familia del paciente. La calificación para la asistencia financiera no se basará de ninguna manera en la edad, el género, la orientación sexual, la etnia, el origen nacional, la condición de veterano, la discapacidad o la religión. Consulte el apéndice "Programa de Pago con Descuento de Asistencia Financiera" para obtener detalles sobre los ingresos utilizados para determinar el ingreso familiar del paciente.

E. <u>Niveles Federales de Pobreza</u>

La medición del Nivel Federal de Pobreza se hará tomando como referencia a las Pautas de Pobreza de Salud y Servicios Humanos más actualizadas para el número de personas en la familia o el hogar del paciente. Las pautas federales de los niveles de pobreza se actualizan periódicamente en el Registro Federal por el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos bajo la autoridad

de la subsección (2) de la Sección 9902 del Título 42 del Código de los Estados Unidos, y están disponibles aquí: https://aspe.hhs.gov/poverty-guidelines o por solicitud de los servicios financieros para pacientes de Prime Healthcare al 215-487-4338.

2. Programa de Atención Caritativa y Pago de Descuentos

La asistencia financiera se puede otorgar en forma de atención caritativa completa o atención con descuento, según el nivel de elegibilidad del paciente, según se define en esta Política.

Los saldos del paciente para aquellos pacientes que califican para **Cuidado de caridad**, según lo determine el Hospital, se reducirá a una suma igual a cero dólares ($0) y el saldo restante se eliminará y se clasificará como Atención Caritativa.

Los saldos del paciente para aquellos pacientes que califican para el **Programa de Pago con Descuento** son elegibles para el Programa de Pago con Descuento de Prime Health; Cualquier descuento se aplicará sobre los cargos brutos por los servicios hospitalarios prestados.

El Programa de Pago con Descuento también incluirá un plan de pago extendido sin intereses para permitir el pago del precio con descuento a lo largo del tiempo. El Hospital y el paciente negociarán los términos de un plan de pago extendido, teniendo en cuenta los ingresos familiares del paciente y los gastos esenciales de subsistencia.

3. Proceso de solicitud

A cualquier paciente que solicite asistencia financiera se le pedirá que complete una solicitud de asistencia financiera. La solicitud incluye la dirección del consultorio y el número de teléfono al que debe llamar si el paciente tiene alguna pregunta sobre el programa de asistencia financiera o el proceso de solicitud. Se espera que un paciente presente la solicitud de asistencia financiera inmediatamente después de la atención, pero a más tardar doscientos cuarenta (240) días después de la fecha de la primera declaración posterior al alta.

4. Resolución de disputas

Cualquier disputa con respecto a la elegibilidad de un paciente para recibir asistencia financiera será dirigida y resuelta por el Director Financiero del Hospital.

5. Publicación de la Política

Con el fin de garantizar que los pacientes estén al tanto de la existencia de esta Política, el Hospital tomará las siguientes medidas:

- El aviso de la disponibilidad de asistencia financiera se publicará de manera clara y visible en lugares que sean visibles para los pacientes en las siguientes áreas: (1) Departamento de Emergencias; (2) Oficina de facturación; (3) Oficina de Admisiones; y (4) otros entornos ambulatorios, incluidas las unidades de observación; y (5) se muestra de manera destacada en el sitio web del hospital, con un enlace a la póliza en sí.

- Todos los pacientes que sean atendidos en el Hospital, ya sea que estén admitidos o no, recibirán el aviso "Resumen de Asistencia Financiera en Lenguaje Sencillo". El aviso se proporcionará en el momento del servicio, el alta o cuando el paciente abandone el centro. La notificación se proporcionará en idiomas distintos del inglés que hablen un número sustancial de pacientes atendidos por el Hospital.

- Cada factura que se envía a un paciente que no ha proporcionado prueba de cobertura por parte de un tercero en el momento en que se brinda la atención o al momento del alta debe incluir un aviso que se incluirá en los estados de cuenta posteriores al alta. La notificación se proporcionará en idiomas distintos del inglés que hablen un número sustancial de pacientes atendidos por el Hospital.

6. Esfuerzos para obtener información sobre la cobertura y las solicitudes de Medicaid

El Hospital hará todos los esfuerzos razonables para obtener del paciente o de su representante información sobre si el seguro de salud privado o público o el patrocinio pueden cubrir total o parcialmente los cargos por la atención prestada por el Hospital a un paciente, incluido el seguro de salud privado, la cobertura ofrecida a

través del mercado federal de seguros de salud, Medicare, Medicaid y/u otros programas financiados por el gobierno diseñados para proporcionar cobertura de salud.

Si un paciente no indica que tiene cobertura de un tercero pagador o solicita asistencia financiera, el personal del Hospital deberá proporcionarle al paciente un aviso que incluya lo siguiente: (a) una solicitud de que el paciente informe al Hospital si el paciente tiene cobertura de seguro de salud privado o público u otra cobertura, (b) una declaración de que si el paciente no tiene cobertura de seguro de salud, el paciente puede ser elegible para la cobertura bajo el programa Medicaid del estado u otros programas gubernamentales; (c) una declaración que indique cómo el paciente puede obtener solicitudes para el programa estatal de Medicaid u otros programas gubernamentales (y según corresponda, el Hospital proporcionará dichas solicitudes al paciente); y (d) información sobre el programa de asistencia financiera del Hospital. El Hospital también proporcionará al paciente una referencia a un programa local de asistencia legal para el consumidor.

7. Actividades de Recolección

El Hospital puede utilizar los servicios de una o más agencias de cobro externas para el cobro de deudas de pacientes. No se adelantará ninguna deuda para su cobro hasta que el Director de los Servicios Financieros para Pacientes del Hospital o su designado haya revisado la cuenta y aprobado el avance de la deuda a cobro. El Hospital deberá obtener un acuerdo por escrito de cada una de dichas agencias de cobranza de que la agencia cumplirá con los requisitos de esta Política y la ley estatal aplicable (incluido el Código de Salud y Seguridad de California, para las instalaciones ubicadas en California). Si se recibe una solicitud de asistencia financiera y está incompleta, el Hospital proporcionará un aviso por escrito de los artículos pendientes y esperará un período de tiempo razonable antes de iniciar o reanudar las Acciones Extraordinarias de Cobro.

Cualquier agencia de cobro utilizada por el Hospital deberá cumplir con cualquier plan de pago celebrado entre el Hospital y el paciente. Si un paciente solicita asistencia financiera, cualquier acción de cobro se suspenderá a la espera de la decisión sobre la solicitud de asistencia financiera del paciente. Si durante los cobros, se descubre que el paciente califica en su totalidad o en parte para Charity Care o un descuento por pago propio, los esfuerzos de cobro cesarán y el saldo respectivo se cancelará a Charity Care o como un descuento por pago propio. Ni el Hospital ni

ninguna agencia de cobro utilizada por el Hospital (i) utilizará embargos de salarios o gravámenes sobre residencias principales para cobrar facturas médicas impagas o (ii) reportará información adversa a una agencia de informes de crédito al consumidor o iniciará acciones civiles contra un paciente por falta de pago en ningún momento antes de 150 días después de la facturación inicial.

Al menos treinta (30) días antes de comenzar cualquier Acción Extraordinaria de Cobro (ECA), el Hospital debe enviar una notificación al paciente que especifique lo siguiente: (i) las actividades de cobro que el Hospital o la agencia de cobro contratada pueden tomar, (ii) la fecha después de la cual se pueden tomar dichas acciones, (iii) que la asistencia financiera está disponible para los pacientes elegibles, (iv) las fechas de servicio de la factura que se asignan a los cobros; (v) el nombre de la entidad a la que se asigna o vende la factura; (vi) información sobre cómo el paciente puede obtener una factura detallada del hospital; (vii) el nombre y el tipo de plan de la cobertura de salud para el paciente registrado en el hospital en el momento de los servicios, o una declaración de que el hospital no tiene esa información; (viii) una solicitud para la atención benéfica y la asistencia financiera del hospital; y (ix) la fecha en que se envió originalmente al paciente una solicitud de aviso de asistencia financiera, la fecha o fechas en que se le envió al paciente una solicitud de asistencia financiera y, si corresponde, la fecha en que se tomó una decisión. Se adjunta un modelo para este aviso.

Si se recibe una solicitud completa dentro del período de solicitud de doscientos cuarenta (240) días, se suspenderán todas las Acciones Extraordinarias de Cobro mientras se determina la elegibilidad.

Tabla de historial de revisiones

Número de documento y Nivel de revisión	Aprobación final por parte de	Fecha	Breve descripción del cambio/revisión

Resumen en Lenguaje Sencillo de la Asistencia Financiera

El AGB se aplicará a todos los pacientes sin seguro y se descontará de los cargos facturados por los servicios de emergencia y otros servicios médicamente necesarios proporcionados por el Hospital. Los pacientes elegibles que tienen un ingreso familiar familiar igual o inferior al 450% del Nivel Federal de Pobreza y cumplen con ciertos requisitos de ingresos bajos y moderados pueden calificar para atención gratuita o atención con descuento parcial y opciones de planes de pago extendido de Roxborough Memorial Hospital. A ningún paciente se le cobrará más que el monto generalmente facturado (AGB) por atención de emergencia u otra atención médicamente necesaria. Los médicos del Departamento de Emergencias y otros médicos que no son empleados del hospital también pueden ofrecer asistencia financiera por separado. El apéndice adjunto "Asistencia Financiera, Atención Caritativa y Programas de Pago con Descuento" incluye detalles sobre la Atención Caritativa y el Programa de Pago con Descuento.

Los pacientes pueden obtener copias de la Política de Asistencia Financiera y los formularios de solicitud en el sitio web del Hospital. Para obtener más información o una solicitud de asistencia financiera, póngase en contacto con nosotros:

215-487-4338
Roxborough Memorial Hospital
5800 Ridge Avenue
Philadelphia, PA 19128

Los documentos de la Política de Asistencia Financiera están disponibles en idiomas distintos del inglés que hablan un número sustancial de pacientes atendidos por el Hospital.

Las solicitudes completadas deben entregarse a:

Roxborough Memorial Hospital
A la atención de: Servicios financieros para pacientes (Attn. PFS)
5800 Ridge Avenue
Philadelphia, PA 19128

Asistencia Financiera, Atención Caritativa y Programas de Pago con Descuento

Pacientes que pagan por su cuenta

El AGB se aplicará a todos los pacientes sin seguro y se descontará de los cargos facturados. Además, un paciente que paga por su cuenta califica para recibir atención gratuita o con descuento parcial bajo el **Programa de Asistencia Financiera de Atención Caritativa y Pago con Descuento** si se cumplen todas las siguientes condiciones: (1) el ingreso familiar del paciente no excede el 450% del Nivel Federal de Pobreza; y (2) el paciente no tiene cobertura de terceros de una aseguradora de salud. plan de servicios de atención médica, plan de fideicomiso sindical, Medicare o Medicaid o cuya lesión no es una lesión indemnizable para fines de compensación para trabajadores, seguro de automóvil u otro seguro según lo determine y documente el hospital. Las Pautas del Nivel de Pobreza del HHS se actualizan periódicamente en el Registro Federal por el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos bajo la autoridad de la subsección (2) de la Sección 9902 del Título 42 del Código de los Estados Unidos, y están disponibles aquí: https://aspe.hhs.gov/poverty-guidelines.

Los pacientes que califican para recibir atención gratuita o con descuento bajo el **Programa de Pago con Descuento** recibir un descuento en la responsabilidad del paciente, después del descuento AGB, de la siguiente manera:

Porcentaje de Ingreso Familiar FPL	Descuento en la Responsabilidad Civil del Paciente de AGB
0% - 350%	100% (Atención Benéfica)
351% - 400%	50%
401% - 450%	25%

El Programa de Pago con Descuento también incluirá un plan de pago extendido sin intereses para permitir el pago del precio con descuento a lo largo del tiempo. El Hospital y el paciente negociarán los términos de un plan de pago extendido, teniendo en cuenta los ingresos familiares del paciente y los gastos esenciales de subsistencia.

Pacientes Asegurados

Un paciente que tiene cobertura de terceros o cuya lesión es una lesión compensable para fines de compensación laboral, seguro de automóvil u otro seguro según lo determine y documente el hospital puede calificar para el Programa de **Pago con Descuento** si (i) tiene un ingreso familiar igual o inferior al 450% del Nivel Federal

de Pobreza; y (ii) tiene gastos médicos de bolsillo que exceden el menor de: (a) el diez por ciento (10%) de los ingresos familiares del paciente en los doce (12) meses anteriores (ya sea incurridos o pagados dentro o fuera de cualquier hospital) o (b) los costos de bolsillo anuales incurridos por la persona en el hospital que excedan el 10% de los ingresos familiares actuales del paciente.

Las Pautas del Nivel de Pobreza del HHS se actualizan periódicamente en el Registro Federal por el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos bajo la autoridad de la subsección (2) de la Sección 9902 del Título 42 del Código de los Estados Unidos, y están disponibles aquí: https://aspe.hhs.gov/poverty-guidelines.

Los saldos de los pacientes asegurados que califican para el **Programa de Pago con Descuento de Asistencia Financiera** estarán bajo el método retrospectivo de AGB. Un paciente elegible con seguro estará obligado a pagar una cantidad igual a la diferencia entre lo que el Hospital recibe de la compañía de seguros y la AGB. Si el importe pagado por el seguro supera el AGB, el paciente no tendrá más obligación de pago.

El Programa de Pago con Descuento de Asistencia Financiera también incluirá un plan de pago extendido sin intereses para permitir el pago del precio con descuento a lo largo del tiempo. El Hospital y el paciente negociarán los términos de un plan de pago extendido, teniendo en cuenta los ingresos familiares del paciente y los gastos esenciales de subsistencia.

Para obtener más información o una solicitud de asistencia financiera, póngase en contacto con nosotros:

215-487-4338
Roxborough Memorial Hospital
5800 Ridge Avenue
Philadelphia, PA 19128

[Aviso que se incluirá en todos los estados de cuenta posteriores al alta]
Asistencia Financiera, Atención Caritativa y Programas de Pago con Descuento

Los pacientes que carecen de seguro o que tienen un seguro inadecuado y cumplen con ciertos requisitos de ingresos bajos y moderados pueden calificar para pagos con descuento o atención caritativa. Los pacientes que buscan atención gratuita o con descuento deben obtener y presentar una solicitud que será revisada por el Hospital. A ningún paciente elegible para recibir asistencia financiera se le cobrará más por la atención de emergencia o médicamente necesaria que los montos generalmente facturados a las personas que tienen un seguro que cubre dicha atención. Para obtener más información, copias de documentación o asistencia con el proceso de solicitud, comuníquese con el Hospital al 215-487-4338 o visite roxboroughmemorial.com para obtener más información. También se le pueden enviar copias gratuitas de la documentación de asistencia financiera por correo y están disponibles en idiomas distintos del inglés que hablan un número sustancial de los pacientes atendidos por el Hospital. Los médicos del Departamento de Emergencias y otros médicos que no son empleados del Hospital también pueden proporcionar Atención Caritativa o Programas de Pago con Descuento. Comuníquese al 215-487-4338 para obtener más información.

Aviso que se incluirá en los estados de cuenta posteriores al alta a los pacientes que no han proporcionado comprobante de seguro

Nuestros registros indican que usted no tiene cobertura de seguro médico o cobertura bajo Medicare, Medicaid, programas de cobertura de salud financiados por el estado u otros programas similares. Si tiene dicha cobertura, comuníquese con nuestra oficina al 215-487-4338 lo antes posible para que se pueda obtener la información y facturar a la entidad correspondiente.

Si no tiene cobertura de seguro médico, puede ser elegible para Medicare, Medicaid, cobertura ofrecida a través del mercado federal de seguros médicos, cobertura de salud financiada por el estado o el condado, o Prime Healthcare Charity Care o Programa de Pago con Descuento. Para obtener más información sobre cómo solicitar estos programas, comuníquese con nuestra oficina para que podamos responder sus preguntas y proporcionarle solicitudes para estos programas.