

POLÍTICA DE ASISTENCIA FINANCIERA DEL USA HEALTH SYSTEM (SISTEMA DE SALUD DE LA UNIVERSIDAD DEL SUR DE ALABAMA)

De acuerdo con el Código del Servicio de Rentas Internas 501(r)

Política

La meta del USA Health System (Sistema de Salud de la Universidad del Sur de Alabama) es ayudar a nuestros pacientes a disfrutar de vidas más largas y mejores; estamos comprometidos en proporcionar cuidado de salud a aquellos a los que servimos. Una de las maneras en las que el USA Health System cumple con esta misión es estableciendo una política o procedimientos que proporcionen asistencia financiera a los miembros de nuestra comunidad subsegurados o sin seguro que reciben cuidado médico de emergencia o servicios de hospitalización medicamente necesarios y para quienes tienen una necesidad establecida para esta asistencia. El USA Health System cree en la responsabilidad personal, y como tal, considera que cada individuo debe hacer todo esfuerzo para proporcionarse a sí mismo salud y bienestar, así como salud y bienestar para aquellos por los que es responsable. La capacidad del USA Health System para proporcionar cuidado gratuito o a tarifa reducida no es ilimitada y está sujeta a disponibilidad de fondos. Adicionalmente a la asistencia financiera que se ofrece de acuerdo con los términos de esta política, el USA Health System puede ofrecer otro tipo de asistencia a los pacientes, incluyendo asistencia financiera por servicios que no se proporcionan en un ambiente de hospital.

Propósito

El propósito de esta política es proporcionar un método justo y consistente para pacientes subsegurado y/o sin seguro para solicitar y se considerados para asistencia financiera para la porción de la cual son personalmente responsables en sus facturas (después del pago de los seguros) relacionadas con emergencias y otro cuidado hospitalario medicamente necesario que se haya recibido mientras se es tratado en los hospitales y los departamentos fuera de los hospitales del USA Health System. Aunque no todos los servicios del USA Health System califican bajo esta Política de Asistencia Financiera (Financial Assistance Policy -FAP), esta política cumple con todas las leyes federales, estatales y locales aplicables.

Definiciones

Monto Generalmente Facturado (Amount Generally Billed -AGB): Un monto que no es mayor que los montos generalmente facturados para los individuos que tienen una cobertura de seguro para ese tipo de cuidado definido por la Sección 501(r)(5)(A) del Servicio de Rentas Internas (IRS).

Solicitante: Paciente y otro individuo responsable por el pago del cuidado del paciente que busca asistencia financiera.

Periodo de la aplicación: Comienza en la fecha en la que el cuidado médico es proporcionado y termina 240 días después del primer estado de cuenta tras el alta o 30 días después de que el hospital o el tercero autorizado proporciona notificación por escrito de las acciones de cobranza extraordinarias que el hospital planea iniciar, cualquiera de las opciones que suceda después.

Deuda incobrable (Bad Debt): Los cargos no pagados por cuidado de pacientes que son capaces, pero no desean pagar todo o alguna porción de las facturas médicas por las cuales son responsables.

Comité de Caridad: Un comité designado por el Jefe Ejecutivo Financiero (CFO) del USA Health System para revisar las aplicaciones de asistencia financiera, revisar las presuntas aprobaciones, las recomendaciones de asistencia, las certificaciones y declaraciones de los pacientes, aprobaciones de cuidado indigente y/o retrospectivas de caridad. Este comité considerará las apelaciones en caso de que un paciente o su representante deseen una reconsideración a una negación de asistencia parcial o total. El comité de caridad tendrá la autoridad final para las aprobaciones del cuidado indigente y/o la caridad, así como todas las apelaciones para asegurar que se han hecho los esfuerzos razonables para determinar la elegibilidad del individuo.

Política de cobranza de los Hospitales de la USA: La Política de Cobranza del Hospital de la USA también se conoce como la política de "Cobranza y Seguimiento de Saldo de auto pago ("Self-Pay Balance Follow-up and Collection" Policy) detalla las acciones que la instalación puede llevar a cabo en caso de no pago y puede localizarse en el sitio electrónico del sistema de salud de la USA junto con el adendum y la FAP

Cuidado de emergencia: El cuidado o tratamiento para una condición de emergencia médica, como se define por el EMTALA.

Política de crédito del departamento de emergencia: La política de la USA que define la metodología usada para evaluar las necesidades médicas del paciente, una vez que el paciente llega al Departamento de Emergencias y se determinan cargos en caso de que se determine que el paciente tiene una condición médica que no es de emergencia.

EMTALA: La Ley de Labor Activo y Tratamiento Médico de Emergencia (The Emergency Medical Treatment and Active Labor Act -42 U.S.C. § 1395dd).

Nivel de pobreza federal (Federal Poverty Level -FPL): El FPL es el monto mínimo establecido de ingreso que una familia necesita para comer, vestir, transportarse y resguardarse, así como otras necesidades (también conocido como el Índice de Pobreza Federal -Federal Poverty Guidelines) y se actualizan anualmente. El monto se ajusta por el tamaño de la familia y puede ajustarse regionalmente de acuerdo con la elegibilidad de ciertos programas y beneficios. Información sobre el FPL puede encontrarse en: <https://www.healthcare.gov/glossary/federal-poverty-level-fpl/> (Este sitio electrónico lo mantiene el gobierno federal y está sujeto a cambios a su discreción)

Asistencia financiera: el costo de proporcionar cuidado gratis o a descuento a individuos que no pueden pagar una porción o la totalidad de sus facturas médicas de hospital en base a las reglas de elegibilidad que se identifican en esta política.

Cargos brutos: El precio total establecido por el cuidado médico proporcionado a los pacientes.

Cuidado médicamente necesario: Servicios médicos o productos que un médico prudente pudiera proporcionarle a un paciente con el propósito de prevenir, diagnosticar, o tratar enfermedades, heridas, malestares y otros síntomas de manera que estén:

- De acuerdo con los estándares generalmente aceptados por la práctica médica;
- Clínicamente aprobados en términos de frecuencia, extensión, sitio y duración; y
- Sin estar principalmente ligado al beneficio de los planes de salud o los compradores o por la conveniencia del paciente, médico tratante u otro proveedor de salud.

Paciente: Un individuo que recibe cuidado en el Hospital del USA Health System y la persona que es financieramente responsable por el cuidado del paciente.

Saldo de auto-pago: El monto en adeudo a un proveedor u hospital tras la prestación de los servicios y todas las otras opciones de pago o reembolsos se han agotado.

Política de cobranza y seguimiento al saldo de auto-pago: La política y los procedimientos usados para la cobranza de los saldos de auto pago en adeudo tras el pago del seguro o si no existe seguro alguno. Algunas veces referido como la política de cobranza de los Hospitales de la USA.

Pacientes sin seguro: Una persona que no tiene seguro o que de otra forma no califica para programas privados o gubernamentales que proporcionan cobertura para cualquiera de los servicios proporcionados o bien:

- Califique para el cuidado de caridad como lo define esta política;
- No califica para cuidado de caridad, pero califica para algún descuento para los cargos hechos por el hospital en base a una evaluación sustancial de su

habilidad para pagar ("Prueba de promedios"), como ingreso total, total de facturas médicas, pagos de hipotecas, servicios, número de miembros en la familia, consideraciones de discapacidad, etc.; o bien

- Cuenta con algunos medios para pagar, pero califica para un descuento en base a esta política.

Política de emergencias y cuidado médico necesario

- Esta política aplica para todo el cuidado de emergencias y el cuidado médicamente necesario proporcionado en un ambiente de cuidados intensivos ambulatorios u hospitalarios, y aplica a todo cuidado de ese tipo proporcionado por los hospitales del sistema de salud de la USA (USA Health System) o por las prácticas del sistema de salud de la USA como se enlistan en el adendum de esta política. Esta política no incluye o aplica para arreglos de pagos por procedimientos electivos.
- La política del Sistema de Salud de la USA es proporcionar cuidado de emergencia o cuidado médicamente necesario, a pacientes sin importar la raza, credo, o capacidad de pago. Sujeto a los términos y condiciones establecidas a continuación, pacientes sin seguro que no tiene los medios para pagar por los servicios proporcionados por las instalaciones de los hospitales del Sistema de Salud de la USA podrían solicitar asistencia financiera bajo el FAP. El criterio de calificación para asistencia financiera y los procedimientos para recibirla se establecen en este FAP y tienen como intención asegurar que USA Health System tendrá los recursos necesarios para cumplir con su compromiso de proporcionar cuidado a los pacientes que tienen la mayor necesidad financiera.
- Consistente con el EMTALA, USA Health System proporcionará examinación médica apropiada (medical screening examination -MSE) a cualquier individuo, sin importar su raza, credo o capacidad de pago, que solicite tratamiento para una condición médica de potencial emergencia. Si, después del examen médico apropiado, el personal de USA Health System, determina que el individuo sufre de una condición médica de emergencia, USA Health System, proporcionará los servicios necesarios, en la capacidad de sus instalaciones, para estabilizar la condición médica de emergencia del individuo, o lo ayudará para una transferencia apropiada como lo define la EMTALA.
- Los Hospitales de la USA son proveedores de red seguros para el sur de Alabama y sus alrededores y como tales sus salas de emergencia ven pacientes cuyas necesidades médicas varían de emergencias a no emergencias. Cada paciente que entra a las instalaciones recibirá un MSE llevado a cabo por un profesional con licencia que determinará las necesidades médicas. Si el MSE determina que el paciente no es una emergencia o bien urgencia y que la condición de no emergencia no requiere atención médica inmediata, se le informará a dicho paciente la determinación.

- Si la condición del paciente no es de emergencia médica, entonces el tratamiento médico inmediato no se considera médicamente necesario. El tratamiento por cuidado que no es médicamente necesario no está cubierto por este FAP. Una vez que el paciente recibe la información de que su condición no requiere tratamiento inmediato, puede elegir retrasar el tratamiento e irse, o pueden elegir permanecer en la sala de emergencias y recibir tratamiento que estará sujeto a las cuotas detalladas en la Política de Crédito del Departamento de Emergencias (Emergency Department Credit Policy -EDCP). Se les informará a los pacientes de las cuotas de acuerdo con el EDCP. Ya sea que el paciente elija irse o buscar tratamiento en el Departamento de emergencias, el cargo por el MSE (Triage/Selección) se eliminará por estar cubierto por el FAP.

Proveedores cubiertos bajo esta política

Todas las emergencias y otros servicios de cuidado hospitalario médicamente necesarios proporcionados por el USA Health University Hospital y USA Health Children's & Women's en Mobile, Alabama, así como los departamentos hospitalarios ubicados en los condados de Mobile y Baldwin.

Una lista de otros consultorios del USA Health System que proporcionan cuidado de emergencia o médicamente necesario en instalaciones hospitalarias y están cubiertos por este FAP están listadas en el adendum de esta política. El adendum indica los servicios médicos hospitalarios y no hospitalarios de estos proveedores que están cubiertos por este FAP y la extensión en la cual los servicios reciben cobertura. Este adendum titulado "USA FAP Addendum – Practices that provide emergency or other medically necessary care in the hospital facilities" (Prácticas que proporcionan cuidado de emergencia o médicamente necesario en las instalaciones hospitalarias) está disponible en el sitio electrónico de Health System y también disponibles con petición por escrito.

Notificaciones de la FAP para pacientes y público en general

- Los Hospitales de USA Health System pondrán un anuncio en lugares visibles en las áreas de admisión y registro (incluyendo la sala de emergencias) que diga lo siguiente "Usted puede calificar para asistencia financiera, bajo los términos y condiciones de la Política de Asistencia Financiera del sistema de salud, que se ofrece a pacientes calificados. Para información adicional, comuníquese con los consejeros financieros llamando al (251) 434-3505, de lunes a viernes de 9 am a 4 pm. Todas las preguntas, así como las solicitudes y documentos de apoyo se manejan de forma confidencial."
- En el aviso y en el FAP se incluirá una traducción al español y a idiomas asiáticos selectos, la solicitud y el resumen en lenguaje sencillo se traducirán en el sitio electrónico y estarán disponibles en copias en papel.

- USA Health System mostrará en un lugar prominente en su sitio electrónico una notificación de la Política de Asistencia Financiera, un resumen del FAP en lenguaje sencillo y una solicitud junto con las instrucciones para solicitar.
- Además de aparecer en el sitio electrónico y en la copia impresa de la aplicación y el resumen en lenguaje sencillo estará disponible sin cargo en el Departamento de Admisiones a Pacientes en el hospital, así como en el Departamento de Emergencias.
- USA Health System incluirá un documento en cada factura de los pacientes que indique que los pacientes que cumplan ciertos criterios pueden calificar para asistencia financiera bajo el FAP. Se incluirá un número de teléfono y un sitio electrónico con información adicional.
- Los hospitales del USA Health System llevarán a cabo entrenamientos de información para sus empleados, así como información específica refiriendo las preguntas de los pacientes sobre el FAP para empleados en áreas como:
 - Conmutador
 - Admisiones
 - Horarios
 - Oficina de negocios
 - Gerente de caso
 - Área de alta en el departamento de emergencias
 -

Limitantes sobre los montos generalmente facturados (Amounts Generally Billed -AGB)

Todos los pacientes del Hospital del USA Health System reciben el mismo cargo por los servicios proporcionados. Una vez que se determina si un paciente califica para la asistencia financiera bajo esta política, los cargos se reducirán por el monto apropiado a ser asignado. Si la asignación resulta del 100%, se le comunicará al paciente y el monto cargado por dichos servicios se reducirá a cero y no se facturará. Cuando se asigna la asistencia financiera que no cubre el 100% de los cargos por servicios, los montos a cargar para los pacientes que califican para cuidado a descuento no serán más de los montos generalmente facturados a pacientes bajo el método "look-back" del Servicio de Rentas Internas (Internal Revenue Services), que es un porcentaje de los cargos que los Hospitales de la USA recibirían de la combinación de Medicare y todos los pacientes con seguros privados. El porcentaje de look-back se calculará por separado por cada hospital. El monto generalmente facturado (Amount Generally Billed -AGB) y la metodología de cálculo del AGB de cada hospital se muestra en el Adendum "USA FAP Addendum - Amount Generally Billed (AGB)". Este adendum se incluye en el sitio electrónico del sistema de salud y también está disponible a petición por escrito.

Limitaciones de la asistencia financiera

Como se indica anteriormente, el FAP está limitado a tratamientos medicamente necesarios y emergencias. Los tratamientos y procedimientos que no se consideren y sean generalmente considerados como emergencias o medicamente necesarios, como los procedimientos electivos no están cubiertos por esta política. Se adjuntan en un adendum, una lista de los artículos y servicios no limitados que no están cubiertos por el FAP.

Procedimientos y quienes califican

En general, los pacientes que califican para ayuda financiera cuando reciben cuidado de emergencia o medicamente necesario en el hospital del USA Health System, (o en alguno de los consultorios participantes como consultorios no hospitalarios en el adendum) y el ingreso de la familia del paciente es de o menos 300% del nivel federal de pobreza (Federal Poverty Level -FPL).

El monto de asistencia se determina usando una escala móvil y puede estar sujeta a revisión o cambios periódicos.

La aprobación para la asistencia financiera se hace caso por caso y alta por alta, y como las circunstancias financieras de las familias y los individuos pueden cambiar, la aprobación para la asistencia financiera para un tratamiento no obliga al sistema de salud de la USA a continuar proporcionando cuidado gratis o tarifas reducidas. Puede requerirse que los pacientes soliciten o vuelvan a solicitar asistencia financiera con una frecuencia consistente con la FAP. Cada sitio de servicio de la USA se reserva el derecho a requerir que un paciente vuelva a solicitar en cualquier momento.

Una vez aprobado para asistencia financiera la solicitud del paciente continuará en vigor para servicios hospitalarios medicamente necesarios y de emergencia por un periodo de 180 días, a menos que se notifique de otra manera por la oficina de negocios del hospital.

Para descubrir si califica para asistencia financiera, complete su formulario de aplicación y adjunte los documentos requeridos para probar ingreso, activos y otros recursos disponibles. Si necesita ayuda para completar la solicitud, los consejeros financieros están disponibles llamando al (251) 434-3505, de lunes a viernes de 9 am a 4 pm.

Elegibilidad

Determinaremos la elegibilidad de asistencia financiera en base a las pautas de ingreso y activos y las pautas de límite de pobreza federal (Federal Poverty Limit Guidelines -FPL). Las solicitudes aprobadas funcionan solo en las cuentas de los hospitales del USA Health University Hospital and USA Health Children's & Women's

y aplican al monto responsabilidad del paciente (monto en adeudo después del seguro).

El FAP del USA Health System utiliza un proceso de aplicación por escrito para determinar la elegibilidad de asistencia financiera bajo el FAP. La aplicación permite la determinación de la calificación del solicitante con los niveles de ingreso familiar basado en el FPL y qué nivel de asistencia financiera pueda permitirse.

Los niveles de asistencia financiera para cargos de hospitales disponibles bajo esta política son:

Nivel de ingreso familiar (Family Income Level (del FPL))	Descuento
Condado Mobile	
0 – 150%	100% de los cargos
151% - 300%	Cargos reducidos a AGB
Fuera del condado Mobile (Nota)	
0 – 150%	100% de los cargos
151% - 250%	Cargos reducidos a AGB

Notificación de elegibilidad

Los solicitantes serán notificados por carta respecto al estatus de su aplicación de asistencia financiera. Si un paciente es notificado de que ha sido aprobado para una reducción de cargos a AGB, aún podrían calificar para un descuento mayor al proporcionar la verificación de que su ingreso familiar (o en casos de que tengan activos que se asuman son muy altos para calificar, sus activos/pasivos) cumple con el requisito de ser menor al 200% del FPL. O bien, en caso de que la aprobación de asistencia financiera se rechace, pueden apelar la decisión!

La apelación puede solicitarse en los 240 días siguientes a la primera factura del paciente tras su alta. Para someter una apelación, el paciente (o su representante en archivo) puede comunicarse a la oficina de negocios del USA Health System y solicitar una revisión para apelación. Se esperará que expliquen y detallen por qué deberían recibir asistencia financiera o un descuento más generoso. El consejero financiero les informará qué verificación es necesaria para aprobar la apelación, y puede pedirles que firmen otra declaración.

La apelación y la verificación proporcionada se revisará por la oficina de negocios y el Comité de Caridad y se tomará una decisión de aprobación o rechazo, que se comunicará vía correo postal USPS (correo postal).

Proceso de aplicación

Todas las preguntas, así como todas las solicitudes y documentos de apoyo son confidenciales.

El USA Health System hará todo esfuerzo razonable para permitir el descuento más generoso disponible y la máxima asistencia financiera para la cual el paciente califique.

Para determinar la calificación para el FAP, el sistema de salud utilizará las metodologías de presunción, atestiguación y retrospectiva.

- La metodología de presunción utiliza la información de fuentes y proveedores además de la solicitud del paciente, Puede incluir entrevistas con el paciente, recomendaciones del Medicaid del hospital, y el proveedor calificado para ayuda financiera, así como la compañía de cobranza del hospital.
 - El monto del descuento permitido bajo la metodología de presunción es descontar los cargos hasta AGB a menos se obtenga evidencia probable.
- Atestiguar/declarar: Una atestiguación/declaración puede permitirse para otorgar asistencia financiera para descontar el monto en adeudo del paciente a AGB a menos que se pueda obtener evidencia probable para calificar al paciente para un descuento más generoso.

Para obtener la asistencia financiera máxima disponible bajo el FAP, el paciente o el representante del paciente necesita completar una solicitud de asistencia por escrito, adjuntar los documentos de apoyo necesarios y enviarla por correo postal a la oficina de negocios a la siguiente dirección:

Correo: USA Health System

Attention: Business Office -Financial Counselor

P.O. Box 40010

Mobile, AL 36640-0010

Al completar el formulario de solicitud, asegúrese de incluir los documentos que verifican su ingreso y activos tanto propios como los de su cónyuge (si aplica).

Los ejemplos de la documentación usada para verificar la elegibilidad incluyendo talones de pago, declaraciones de impuesto, estados de cuenta bancarios, facturas médicas en adeudo. Se pueden requerir formularios de verificación adicionales.

Verificación de ingreso

- Si se encuentra empleado, por favor proporcione verificación de ingreso bruto por los últimos tres (3) meses. La verificación puede ser un talón de pago o una carta de su empleador con el membrete de la compañía.
- Si usted es empleado por cuenta propia, por favor proporcione una copia de su declaración de impuestos del año pasado que incluya todos los formularios.

- Si se encuentra desempleado y está recibiendo beneficios de desempleo, por favor proporcione la verificación del monto que recibe. La verificación puede ser su notificación de aprobación.
- Si está desempleado y no cuenta con ingresos, por favor proporcione verificación de sus circunstancias. La verificación puede ser una declaración de su médico, del pastor de su iglesia o de su abogado.
- Si está recibiendo beneficios del Seguro Social, Discapacidad del Seguro Social, SSI, beneficios de veterano, una pensión militar, gubernamental o privada, favor de proporcionar verificación de ingreso. La verificación puede ser una copia de su cheque o talón de pago más reciente o verificación de depósito o carta del gobierno o autoridad de pensión mostrando el monto que recibió. Si usted tiene un menor de edad u otros miembros de su familia recibiendo pagos mensuales, favor de mostrar la prueba de estos montos.
- Si está recolectado cheques de pensión, jubilación, anualidades, discapacidad a corto/largo plazo o compensación del trabajador, favor de proporcionar verificación de dicho ingreso. La verificación puede ser el talón/cheque más reciente o una carta de la fuente de ingreso.
- Si está recolectando asistencia gubernamental, como asistencia para renta en una propiedad H.U.D., estampillas de alimentos, Medicaid, Alabama All Kids, Alabama Family Assistance, SNAP, WIC, Section 8 Housing, vive en un departamento AHEPA, habrá verificado sus ingresos y activos y por lo tanto puede usar su asistencia gubernamental como su verificación de ingreso. Una copia de su documentación de asistencia puede ser proporcionada como prueba de ingreso.
- Si recibe pensión infantil o ayuda alimenticia o recibe asistencia del otro padre de su hijo (que no vive en la misma casa) por favor proporcione verificación de ese ingreso. La verificación puede ser la orden de apoyo o el decreto de divorcio.
- Si está separado(a) y pasando por un proceso de divorcio, proporcione prueba legal de su separación o una carta de su abogado.
- Si sus gastos exceden su ingreso, favor de proporcionar verificación de cómo se cubren sus gastos mensuales. La verificación pueden ser cartas de apoyo financiero de su familia, amigos, iglesia u otras organizaciones. Si está usando tarjetas de crédito, adelantos de efectivo o préstamos para satisfacer sus gastos mensuales, por favor proporcione copias de los estados de cuenta de estos medios.
- El hospital negará asistencia bajo el FAP por no proporcionar documentación o información, solo cuando la documentación haya sido requerida en el FAP o en el formulario de aplicación.

Verificación de activos

- Favor de proporcionar la copia más reciente de su estado de cuenta (incluyendo todas las páginas de las cuentas de cheques, ahorros, certificados de depósito,

inversiones 401K). Si su cuenta de banco se ha cerrado, proporcione una carta del banco estableciendo que la cuenta se ha cerrado.

- Otros activos como bienes raíces (además de su residencia principal), ingresos por renta o inversiones en acciones necesitarán verificarse durante el proceso de aprobación.

Cargos y actividades de cobranza

- USA Health System cree en la responsabilidad personal y espera que cuando el paciente o su representante reciban la comunicación de que los hospitales de la USA (u otra entidad) tienen un FAP para ayudar al paciente, cooperarán y harán los esfuerzos razonables para proveer la asistencia financiera.
- Los hospitales del USA Health System permiten un monto razonable de tiempo para que el paciente o el representante del paciente proporcionen evidencia razonable y la información requerida para determinar si el paciente califica para asistencia financiera.
 - El paciente o su representante deben comunicarse con la oficina de negocios del hospital o el Consejero Financiero del Paciente lo más pronto posible si desean e intentan solicitar asistencia financiera.
 - La oficina de negocios del hospital no llevará a cabo esfuerzos de cobranza externos (outside collection efforts -ECA) durante los primeros 120 días después de la primera factura.
 - Durante el periodo de 120 a 240 días después de la primera factura del paciente, la oficina de negocios suspenderá los esfuerzos de cobranza externos si se ha recibido una solicitud de asistencia financiera.
 - Si la solicitud se recibe y necesita información adicional, el solicitante tendrá 30 días para perfeccionar su solicitud, antes de que las actividades de cobranza se vuelvan a implementar
 - En caso de que las actividades de cobranza hayan procedido de acuerdo con la política de cobranza de los USA Hospitals. Si la agencia de cobranza identifica al paciente como alguien que puede ser elegible para asistencia financiera de los USA Hospitals (Hospitales de la Universidad del Sur de Alabama) bajo este FAP, la cuenta del paciente aún podría considerarse para asistencia financiera. La agencia de cobranza notificará a la oficina de negocios de la USA y tras aprobación de esta, las actividades de cobranza serán suspendidas en estas cuentas hasta que los Consejeros Financieros de los USA Hospitals hayan revisado la cuenta del paciente e intentado determinar bajo el FAP. Si todo el saldo de la cuenta es ajustado, la cuenta se regresará a los USA Hospitals. Si ocurre un ajuste parcial, el paciente falla en cooperar con el proceso de asistencia financiera o si el paciente no califica para asistencia financiera, las actividades de cobranza se volverán a implementar

Nota: La asistencia financiera ofrecida bajo este programa no aplica a cuotas de médicos u otros profesionales separadas de las cuotas del hospital, a menos que se listen en el adendum.

Para preguntas y ayuda con la solicitud de asistencia financiera, por favor llame a nuestra oficina al (251) 434-3505.