

<p style="text-align: center;">Ascension Saint Agnes Manual de procedimientos y políticas del sistema</p>	<p style="text-align: center;">Página 1 de 19</p>	<p style="text-align: center;">SYS FI 05</p>
<p>Asunto:</p> <p style="text-align: center;">Ascension Saint Agnes Política de asistencia financiera</p>	<p>Fecha de vigencia: 2/05</p>	
	<p>Revisión: Modificación: 11/90, 1/91, 6/91, 4/98, 3/01, 3/03, 6/08, 9/09, 6/16, 7/17, 7/18, 7/19, 2/20, 6/20, 10/20, 1/21, 4/21, 7/21</p>	
<p>Aprobaciones:</p> <p>Final - Presidente/Director Ejecutivo: _____ Fecha: _____</p> <p>Conformidad: _____ Fecha _____</p> <p style="text-align: center;"><i>(Las políticas entran en vigencia 30 días después de la firma del Director Ejecutivo).</i></p>		

POLÍTICA/PRINCIPIOS

Es política de las organizaciones descritas a continuación de este párrafo (cada una de ellas consideradas como la "Organización") garantizar una práctica socialmente justa para proporcionar atención de emergencia y otra atención necesaria por razones médicas en las instalaciones de la Organización. Esta política está diseñada específicamente para abordar la elegibilidad para recibir asistencia financiera por parte de los pacientes que la necesitan y reciben atención de la Organización. Esta política se aplica a cada una de las siguientes organizaciones dentro de Ascension Saint Agnes:

Ascension Saint Agnes, Ascension Medical Group, Seton Imaging, Lab Outreach,
Integrated Specialist Group, Radiologists Professional Services, Anesthesia Professional
Services

1. Toda la asistencia financiera reflejará nuestro compromiso y respeto por la dignidad humana individual y el bien común, nuestra preocupación y solidaridad particular con las personas que viven en pobreza y otras personas vulnerables y nuestro compromiso con la justicia y la gestión distributivas.
2. Esta política se aplica a todos los cuidados de emergencia y otros cuidados médicamente necesarios proporcionados por la Organización, incluidos los servicios médicos y de salud conductual empleados. Esta política no se aplica a los cargos por atención que no sea de emergencia y otros cuidados médicamente necesarios.
3. En la Lista de proveedores cubiertos por la Política de Asistencia Financiera figura una lista de todos los proveedores que prestan servicios de atención en los centros de la Organización, en la que se especifica cuáles están cubiertos por la política de asistencia financiera y cuáles no.

ALCANCE

Esta política se aplica a todas las entidades de Ascension Saint Agnes.

DEFINICIONES

A los efectos de esta Política, se aplican las siguientes definiciones:

- “**501(r)**” se refiere a la Sección 501(r) del Código Impositivo Interno y a los reglamentos promulgados en virtud de este.
- Con respecto a la atención de emergencia u otro tipo de atención necesaria por razones médicas, la “**suma facturada normalmente**” o “**AGB**” se refiere a la cantidad facturada por lo general a las personas que tienen un seguro que cubre dicha atención.
- “**Comunidad**” se refiere a los pacientes que residen en los siguientes códigos postales, de acuerdo con la Evaluación de las Necesidades de Salud de la Comunidad (Community Health Needs Assessment, CHNA) de la Organización: Arbutus/Halethorpe 21227, Brooklyn/Linthicum 21225, Catonsville 21250, 21228, Gwynn Oak 21207, South Baltimore City 21223,21230, Southwest Baltimore City 21229, West Baltimore City 21215,21216,21217, Windsor Mill 21244, Elkridge 21075, Ellicott City 21043. También se considerará que un Paciente es miembro de la Comunidad de la Organización si la atención de emergencia o necesaria por razones médicas que requiere el Paciente es la continuidad de la atención de emergencia o necesaria por razones médicas recibida en otro centro Ascension Health en el que el Paciente haya reunido los requisitos para recibir asistencia financiera para dicha atención de emergencia y necesaria por razones médicas.
- “**Atención de emergencia**” se refiere a una afección médica que se manifiesta por síntomas agudos de suficiente gravedad (incluidos dolor intenso, trastornos psiquiátricos o síntomas de abuso de sustancias) de tal manera que la ausencia de atención médica inmediata podría razonablemente dar lugar a cualquiera de los siguientes:
 - a. Poner en grave peligro la salud de la persona (o con respecto a una mujer embarazada, la salud de ella o de su hijo no nacido); o
 - b. Deficiencia grave de las funciones corporales; o
 - c. Disfunción grave de cualquier órgano o parte del cuerpo.
- “**Atención médicamente necesaria**” se refiere a la atención que (1) es apropiada, pertinente y esencial para la prevención, el diagnóstico o el tratamiento de la afección del Paciente; (2) es el suministro o nivel de servicio más apropiado para la afección del Paciente que se pueda proporcionar de manera segura; (3) no se proporciona principalmente para la conveniencia del Paciente, la familia del Paciente, el médico o el cuidador; y (4) es más probable que ocasione un beneficio para el Paciente en vez de un riesgo. Para que la atención programada a futuro sea considerada "atención médicamente necesaria", la atención y el momento en que se presta deben ser aprobados por el Director Médico de la Organización (o la persona que este designe). La decisión sobre la atención médicamente necesaria la debe tomar un proveedor autorizado que se encuentre prestando atención médica al Paciente y, a discreción de la Organización, por el médico que lo ingrese, el médico que lo remita o el Director Médico u otro médico que lo examine (según el tipo de atención que se recomiende). En caso de que un médico revisor determine que la atención solicitada por un Paciente cubierto por esta política no es necesaria por razones médicas, dicha determinación también debe ser confirmada por el médico que realizó la admisión o la remisión.
- “**Organización**” se refiere a Ascension Saint Agnes.
- “**Paciente**” se refiere a aquellas personas que reciben atención de emergencia y otro tipo de atención médicamente necesaria en la Organización y a la persona que es financieramente responsable de su atención.

Asistencia Financiera Brindada

La asistencia financiera descrita en esta sección se limita a los Pacientes que viven en la Comunidad:

1. Conforme a las demás disposiciones de la presente Política de Asistencia Financiera, los Pacientes con ingresos inferiores o iguales al 250 % del ingreso del Nivel Federal de Pobreza (Federal Poverty Level income, “FPL”), serán elegibles para recibir atención de caridad al 100% de la cuota por los servicios de los que el Paciente es responsable una vez que el asegurador haya pagado, si es el caso, si se determina que el Paciente es elegible de acuerdo con la puntuación presunta (que se describe en el Párrafo 7 a continuación) o si presenta una solicitud de asistencia financiera (una “Solicitud de FAP”) antes de los 240 días posteriores a la primera factura de alta del Paciente y la Solicitud de FAP es aprobada por la Organización. El Paciente será elegible para recibir hasta un 100 % de asistencia financiera si presenta la Solicitud después de los 240 días posteriores a la primera factura de alta del Paciente, pero entonces el monto de la asistencia financiera disponible para un Paciente en esta categoría se limitará al saldo impago del Paciente después de tener en cuenta cualquier pago realizado en la cuenta del Paciente, a menos que se prescriba un reembolso en virtud de la Ley de Maryland y la Sección 3(b) de la Política de Facturación y Cobro de la Organización.¹ A los Pacientes elegibles para esta categoría de asistencia financiera no se les cobrará un importe superior a los cargos menos el recargo del hospital o los cargos calculados de la AGB, lo que sea menor.
2. Conforme a las demás disposiciones de la presente Política de Asistencia Financiera, los Pacientes con ingresos superiores al 250 % del FPL pero no superiores al 400 % del FPL recibirán un descuento de escala variable en el monto de los cargos por los servicios prestados de los que este sea responsable una vez que el asegurador haya efectuado el pago, si lo hubiere, siempre que dicho Paciente presente una Solicitud de FAP antes de los 240 días después de la primera factura del alta y la solicitud sea aprobada por la Organización. El Paciente será elegible para recibir la asistencia financiera de descuento de escala móvil si presenta la Solicitud de FAP después de los 240 días posteriores a la primera factura de alta del Paciente, pero entonces el monto de la asistencia financiera disponible para un Paciente en esta categoría se limitará al saldo impago del Paciente después de tener en cuenta cualquier pago realizado en la cuenta del Paciente. A los Pacientes elegibles para esta categoría de asistencia financiera no se les cobrará un importe superior a los cargos menos el recargo del hospital o los cargos calculados de la AGB, lo que sea menor. El descuento de escala móvil es el siguiente:

¹ De conformidad con la Sección 19-214.2(c)(1-3) del Código de Maryland, si la Organización descubre que el Paciente tenía derecho a recibir atención gratuita en una fecha de servicio específica (utilizando las normas de elegibilidad de la Organización aplicables en esa fecha de servicio) y esa fecha específica se encuentra dentro de un período de dos (2) años a partir del descubrimiento, se reembolsarán al paciente las cantidades que la Organización haya recibido del Paciente o de su garante y que excedan de veinticinco dólares. Si la Organización documenta la falta de cooperación del paciente o del garante en el suministro de la información necesaria para determinar la elegibilidad del Paciente para recibir atención gratuita, el período de dos (2) años puede reducirse a treinta (30) días a partir de la fecha de la solicitud inicial de información del Paciente. Si el Paciente está inscrito en un plan de salud del gobierno con comprobación de recursos que requiere que el Paciente pague los gastos de salud de su bolsillo, no se le reembolsará ninguna cantidad que pueda resultar en la pérdida de elegibilidad financiera del Paciente para dicha cobertura del plan de salud.

ESCALA DE ASISTENCIA FINANCIERA

A partir del 1.º de julio de 2021

Solo para servicios de centros hospitalarios (regulados)

Tamaño del grupo familiar	Atención de Caridad				Programa de Asistencia Financiera					
	100 %	a 200 %	a 225 %	a 250 %	a 275 %	a 300 %	a 325 %	a 350 %	a 375 %	a 400 %
1	\$12,880	\$25,760	\$28,980	\$32,200	\$35,420	\$38,640	\$41,860	\$45,080	\$48,300	\$51,520
2	\$17,420	\$34,840	\$39,200	\$43,550	\$47,910	\$52,260	\$56,620	\$60,970	\$65,330	\$69,680
3	\$21,960	\$43,920	\$49,410	\$54,900	\$60,390	\$65,880	\$71,370	\$76,860	\$82,350	\$87,840
4	\$26,500	\$53,000	\$59,630	\$66,250	\$72,880	\$79,500	\$86,130	\$92,750	\$99,380	\$106,000
Descuento de Saint Agnes	100 %	100 %	100 %	100 %	75 %	50 %	25 %	15 %	12 %	11.5 %

Para servicios profesionales (desregulados)*

Tamaño del grupo familiar	Atención de Caridad				Programa de Asistencia Financiera					
	100 %	a 200 %	a 225 %	a 250 %	a 275 %	a 300 %	a 325 %	a 350 %	a 375 %	a 400 %
1	\$12,880	\$25,760	\$28,980	\$32,200	\$35,420	\$38,640	\$41,860	\$45,080	\$48,300	\$51,520
2	\$17,420	\$34,840	\$39,200	\$43,550	\$47,910	\$52,260	\$56,620	\$60,970	\$65,330	\$69,680
3	\$21,960	\$43,920	\$49,410	\$54,900	\$60,390	\$65,880	\$71,370	\$76,860	\$82,350	\$87,840
4	\$26,500	\$53,000	\$59,630	\$66,250	\$72,880	\$79,500	\$86,130	\$92,750	\$99,380	\$106,000
Descuento de Saint Agnes	100 %	100 %	100 %	100 %	90 %	80 %	70 %	60 %	55 %	50.7 %

*Incluye los siguientes servicios:

Seton Imaging

Lab Outreach

Seton Medical Group

Ascension Medical Group

Ascension Saint Agnes Medical Group

Integrated Specialist Group

Radiologists Professional Services

Anesthesia Professional Services

- Sujeto a las otras disposiciones de esta Política de Asistencia Financiera, un Paciente con i) ingresos superiores al 400 % del FPL pero que no excedan el 500 % del FPL y ii) una deuda médica, que incluye la deuda médica con Ascension y cualquier otro proveedor de atención médica, por atención de emergencia y otros cuidados médicamente necesarios, en la que incurra el Paciente durante un período de doce (12) meses que sea igual o superior al 25 % de los ingresos brutos del hogar de dicho Paciente; será elegible para recibir asistencia financiera según se establece en este párrafo. El nivel de asistencia financiera proporcionada es el mismo que se concede a un paciente con ingresos del 400 % del FPL en virtud del Párrafo 2 anterior, si dicho Paciente presenta una Solicitud de FAP en o antes de los 240 días después de la primera factura de alta del Paciente y la Solicitud es aprobada por la Organización. El Paciente será elegible para recibir dicha asistencia financiera si presenta la Solicitud de FAP después de los 240 días posteriores a la primera factura de alta del Paciente, pero entonces el monto de la asistencia financiera disponible para un Paciente en esta categoría se limitará al saldo impago del Paciente después de tener en cuenta cualquier pago realizado en la cuenta del Paciente. A los Pacientes elegibles para esta categoría de asistencia financiera no se les cobrará un importe superior a los cargos menos el recargo del hospital o los cargos calculados de la AGB, lo que sea menor.

4. Conforme a las demás disposiciones de la presente Política de Asistencia Financiera, un Paciente con ingresos superiores al 500 % del FPL puede ser elegible para recibir asistencia financiera de conformidad con una "Prueba de Medios" para obtener algún descuento en los cargos del Paciente por servicios de la Organización con base en su deuda médica total. Un Paciente será elegible para asistencia financiera de acuerdo con la Prueba de Medios si tiene una deuda médica total excesiva, que incluye la deuda médica con Ascension y cualquier otro proveedor de atención médica, de atención de emergencia y otra atención necesaria por razones médicas, que sea igual o mayor que los ingresos brutos del hogar de dicho Paciente. El nivel de asistencia financiera proporcionada de conformidad con la Prueba de Medios es el mismo que se concede a un paciente con ingresos del 400 % del FPL en virtud del Párrafo 2 anterior, si dicho Paciente presenta una Solicitud de FAP en o antes de los 240 días después de la primera factura de alta del Paciente y la Solicitud es aprobada por la Organización. El Paciente será elegible para recibir la asistencia financiera de descuento de la prueba de medios si presenta la Solicitud de FAP después de los 240 días posteriores a la primera factura de alta del Paciente, pero entonces el monto de la asistencia financiera disponible para un Paciente en esta categoría se limitará al saldo impago del Paciente después de tener en cuenta cualquier pago realizado en la cuenta del Paciente. A los Pacientes elegibles para esta categoría de asistencia financiera no se les cobrará un importe superior a los cargos menos el recargo del hospital o los cargos calculados de la AGB, lo que sea menor.
5. Un Paciente será elegible para un plan de pago si sus ingresos están entre el 200 % y el 500 % del FPL y el Paciente solicita asistencia presentando una Solicitud de FAP.
6. Al determinar los ingresos del Paciente se deberá considerar el número de integrantes del hogar del paciente, que consiste en el Paciente y las siguientes personas: 1) un cónyuge (independientemente de si el paciente y el cónyuge esperan presentar una declaración de impuestos federal o estatal conjunta); (2) hijos biológicos, adoptados o hijastros; y (3) cualquier persona para quien el Paciente reclame una exención personal en las declaraciones de impuestos federales o estatales. Si el paciente es un niño, los integrantes que conformarán el hogar serán el niño y las siguientes personas: (1) padres biológicos, padres adoptivos o padrastros o tutores, (2) hermanos biológicos, hermanos adoptivos o hermanastros; y (3) cualquier persona para quien los padres o tutores del Paciente reclamen una exención personal en una declaración de impuestos federal o estatal.
7. Es posible que un paciente no sea elegible para la asistencia financiera descrita en los Párrafos 1 a 4 anteriores si se considera que dicho Paciente tiene suficientes activos para pagar de acuerdo con una "Prueba de Activos²". La Prueba de Activos implica una evaluación sustantiva de la capacidad de pago de un Paciente basada en las categorías de activos medidas en la Solicitud de FAP. Es posible que un Paciente con activos que excedan el 250 % del monto del FPL de ese Paciente no sea elegible para recibir asistencia financiera.
8. La elegibilidad para la asistencia financiera se puede determinar en cualquier momento del ciclo de

² De conformidad con el Código de Regulaciones de Maryland (COMAR) Título 26 (A-2)(8) y los Estatutos de Maryland Sección 19-213-1(b)(8)(ii), los siguientes activos que son convertibles en efectivo se excluirán de la Prueba de Activos: (1) los primeros \$10,000 de activos monetarios; (2) una equidad de "puerto seguro" de \$150,000 en una residencia principal; (3) activos de jubilación a los que el IRS ha otorgado un trato fiscal preferencial como una cuenta de jubilación, incluidos, entre otros, planes de pago diferido calificados según el Código de Rentas Internas o planes de pago diferido no calificados; (4) un vehículo motorizado utilizado para las necesidades de transporte del paciente o cualquier miembro de la familia del paciente; (5) cualquier recurso excluido para determinar la elegibilidad financiera bajo el Programa de Asistencia Médica bajo la Ley del Seguro Social; y (6) fondos prepagados para educación superior en una cuenta del Programa 529 de Maryland. Los activos monetarios excluidos de la determinación de elegibilidad bajo esta Política de Asistencia Financiera se modificarán anualmente debido a la inflación de acuerdo con el Índice de Precios al Consumidor.

ingresos, siempre que el Paciente siga siendo elegible por lo menos durante un período de doce (12) meses a partir de la fecha en la que recibió la atención por primera vez, y puede incluir el uso de la puntuación presunta para un Paciente con un saldo considerable sin pagar dentro de los primeros 240 días después de la primera factura de alta, para determinar su elegibilidad para la atención de caridad al 100 %, a pesar de que el Paciente no haya completado una Solicitud de FAP. Si se le concede al paciente el 100 % de la atención de caridad sin presentar una Solicitud de FAP completa y solo mediante una puntuación presunta, la cantidad de asistencia financiera para la cual el Paciente es elegible se limita al saldo impago del paciente después de tener en cuenta cualquier pago realizado en la cuenta del Paciente. La determinación de la elegibilidad basada en la puntuación presunta solo se aplica al episodio de atención para el que se realiza la puntuación presunta.

9. Para un paciente que participa en determinados planes de seguro que consideran que la Organización está "fuera de la red", la Organización puede reducir o denegar la asistencia financiera que, de otro modo, estaría a disposición del paciente según una revisión de la información del seguro del paciente y otros hechos y circunstancias pertinentes.
10. A menos que sean elegibles para Medicaid o CHIP, los pacientes que son beneficiarios/receptores de los siguientes programas de servicio social con comprobación de recursos se consideran elegibles para recibir atención de caridad, siempre que el paciente presente una prueba de inscripción dentro de los 30 días, a menos que el paciente o su representante soliciten 30 días adicionales:
 - a. Hogares con niños en el programa de almuerzo gratis o a precio reducido;
 - b. Programa de Asistencia Nutricional Complementaria (Supplemental Nutritional Assistance Program, SNAP);
 - c. Programa de asistencia energética para hogares de bajos ingresos;
 - d. Mujeres, Bebés y Niños (Women, Infants and Children, WIC);
 - e. Otro programa de servicios sociales con comprobación de recursos que el Departamento de Salud e Higiene Mental y la Comisión de Revisión de Costos de Servicios de Salud (Health Services Cost Review Commission, HSCRC) consideraron elegible para la atención hospitalaria gratuita.
11. El Paciente podrá apelar cualquier denegación de elegibilidad para asistencia financiera al proporcionar información adicional a la Organización en un plazo de catorce (14) días calendario a partir de la recepción de la notificación de la denegación. Todas las apelaciones serán examinadas por la Organización para una determinación final. Si la determinación final afirma la denegación previa de asistencia financiera, se enviará una notificación escrita al paciente. El proceso para que los Pacientes y familiares apelen las decisiones de la Organización con respecto a la elegibilidad para recibir asistencia financiera es el siguiente:
 - a. Los pacientes serán notificados de la inelegibilidad de la asistencia financiera a través de la carta de denegación de asistencia financiera del hospital. Los pacientes o las familias pueden apelar las decisiones relativas a la elegibilidad para recibir asistencia financiera poniéndose en contacto con: Servicios Financieros para Pacientes por escrito a 900 Caton Ave., Baltimore, Md. 21229.
 - b. Todas las apelaciones serán consideradas por el comité de apelaciones de asistencia financiera de la Organización, y las decisiones del comité se enviarán por escrito al paciente o a la familia que presentó la apelación.

Otra asistencia para pacientes que no reúnen los requisitos para recibir asistencia financiera (aplicable solo a los servicios no hospitalarios)

Los pacientes que no son elegibles para recibir asistencia financiera, según se describió anteriormente, aún pueden calificar para recibir otros tipos de asistencia ofrecida por la Organización. En aras de la integridad,

se enumeran estos otros tipos de asistencia aquí, a pesar de no basarse en las necesidades y no estar sujetos al 501(r), pero se incluyen aquí para conveniencia de la comunidad a la que sirve la Organización.

1. Los Pacientes no asegurados que reciben servicios en Seton Imaging, Lab Outreach o Professional Services y no reúnen los requisitos para recibir ayuda financiera recibirán un descuento en función del descuento otorgado al pagador que más pague de la Organización. El pagador que más pague debe ser responsable de, al menos, el 3 % de la población de la Organización conforme a la medición del volumen o de los ingresos brutos provenientes de Pacientes. Si un solo pagador no representa este nivel mínimo de volumen, se deben promediar los contratos de varios pagadores de modo que los términos de pago que se utilicen para el promedio representen, al menos, el 3 % del volumen de negocios de la Organización para ese año determinado.

Otra asistencia para pacientes que no son elegibles para recibir asistencia financiera (rige solo para servicios no hospitalarios)

Los pacientes que no son elegibles para recibir asistencia financiera, según se describió anteriormente, aún pueden calificar para recibir otros tipos de asistencia ofrecida por la Organización. En aras de la integridad, se enumeran estos otros tipos de asistencia aquí, a pesar de no basarse en las necesidades y no estar sujetos al 501(r), pero se incluyen aquí para conveniencia de la comunidad a la que sirve la Organización.

1. Los Pacientes no asegurados que reciben servicios en Seton Imaging, Lab Outreach o Professional Services y no reúnen los requisitos para recibir ayuda financiera recibirán un descuento en función del descuento otorgado al pagador que más pague de la Organización. El pagador que más pague debe ser responsable de, al menos, el 3 % de la población de la Organización conforme a la medición del volumen o de los ingresos brutos provenientes de Pacientes. Si un solo pagador no representa este nivel mínimo de volumen, se deben promediar los contratos de varios pagadores de modo que los términos de pago que se utilicen para el promedio representen, al menos, el 3 % del volumen de negocios de la Organización para ese año determinado.

Limitaciones sobre el cobro a Pacientes elegibles para recibir asistencia financiera

- c. A los Pacientes elegibles para recibir asistencia financiera no se les cobrarán de manera individual montos que superen la AGB de la atención de emergencia y otro tipo de atención necesaria por razones médicas, ni montos superiores a los cargos brutos de toda la demás atención médica. La Organización calcula uno o más porcentajes de la AGB utilizando el método "retroactivo" e incluye el cargo por servicios de Medicare y todas las compañías de seguros médicos privados que pagan las reclamaciones a la Organización, todo de acuerdo con 501(r). Puede obtenerse una copia gratuita de la descripción del cálculo de la AGB y los porcentajes en el sitio web de la Organización o poniéndose en contacto con el departamento de Servicios Financieros para Pacientes por escrito o personalmente en 900 S. Caton Ave., Baltimore, MD 21229.

Solicitud de asistencia financiera y otros tipos de asistencia

Los Pacientes pueden calificar para recibir asistencia financiera mediante una elegibilidad por puntuación presunta o solicitando asistencia financiera mediante la presentación de una Solicitud de FAP completa. La Solicitud de FAP y las instrucciones para la Solicitud de FAP están disponibles en el sitio web de la Organización o llamando a Asistencia Financiera para Pacientes al 1-667-234-2140. Las solicitudes de FAP también están disponibles en varios lugares de registro en todo el hospital. La Organización exigirá a los no asegurados que trabajen con un asesor financiero para solicitar Medicaid u otros programas de asistencia

pública para los cuales se considere que el Paciente es potencialmente elegible. Ello a fin de calificar para la asistencia financiera (excepto cuando sea elegible y se apruebe a través de una puntuación presunta). Se puede negar asistencia financiera a un Paciente si éste proporciona información falsa en una Solicitud de FAP o en relación con el proceso de elegibilidad de puntuación presunta, si el paciente se niega a asignar los ingresos del seguro o el derecho a recibir el pago directamente de una compañía de seguros que puede estar obligada a pagar la atención prestada, o si el paciente se niega a trabajar con un asesor financiero para solicitar Medicaid u otros programas de asistencia pública para los que se considere que es potencialmente elegible con el fin de calificar para recibir asistencia financiera (excepto cuando sea elegible y aprobado a través de la puntuación presunta). La Organización podrá tener en cuenta una solicitud de FAP completada menos de seis meses antes de cualquier fecha de determinación de elegibilidad para tomar una determinación sobre la elegibilidad para un episodio actual de atención. La Organización no considerará una Solicitud de FAP completada más de seis meses antes de cualquier fecha de determinación de elegibilidad.

Facturación y cobro

Las medidas que la Organización puede tomar en caso de falta de pago se describen en una política de facturación y cobro separada. Puede obtenerse una copia gratuita de la política de facturación y cobro en el sitio web de la Organización o poniéndose en contacto con los Servicios Financieros para Pacientes a través del 1-667-234-2140.

Interpretación

Esta política, junto con todos los procedimientos aplicables, deberá interpretarse y aplicarse de conformidad con el 501(r) excepto que se indique expresamente lo contrario.

Ascension Saint Agnes

LISTA DE PROVEEDORES CUBIERTOS POR LA POLÍTICA DE ASISTENCIA FINANCIERA

A partir del 1.º de julio de 2021

En la lista que figura a continuación se especifican los proveedores de atención de emergencia y de otro tipo de atención médicamente necesaria que se prestan en el centro hospitalario y que están cubiertos por la Política de Asistencia Financiera (Financial Assistance Policy, FAP). ***Sírvase tener en cuenta que cualquier atención que no sea considerada de emergencia ni médicamente necesaria no estará cubierta por la FAP para ningún proveedor.***

<u>Proveedores cubiertos por la FAP</u>	<u>Proveedores no cubiertos por la FAP</u>
Seton Medical Group	ABDUR-RAHMAN,NAJLA MD
Ascension Medical Group	ABERNATHY,THOMAS MD
Integrated Specialist Group	ADAMS,SCOTT MD
Ascension Saint Agnes Medical Group	AFZAL,MUHAMMAD MD
Vituity	AHLUWALIA,GURDEEP S MD
CEP America	AHMED,AZRA MD
	AHUJA,NAVNEET K MD
	AKHTAR,YASMIN DO
	ALBUERNE,MARCELINO D MD
	ALEX,BIJU K MD
	ALI,LIAQAT MD
	ALLEN,DANISHA MD
	ALONSO,ADOLFO M MD
	AMERI,MARIAM MD
	AMIN,SHAHRIAR MD
	ANANDAKRISHNAN,RAVI K MD
	ANDRADE,JORGE R MD
	ANSARI,MOHSIN MD
	ANTHONY,JAMES D MD
	ANTONIADES,SPIRO B MD
	APGAR,LESLIE MD
	APOSTOLIDES,GEORGE Y MD
	APOSTOLO,PAUL M MD
	ARCHER,CORRIS E MD
	ARSHAD,RAJA R MD
	ASHLEY JR,WILLIAM W MD
	AWAN,HASAN A MD
	AWAN,MATEEN A MD
	AZIE,JULIET C MD
	AZIZ,SHAHID MD
	BAJAJ,BHAVANDEEP MD
	BAJAJ,HARJIT S MD

BAMC/JONES MW,
BANEGURA,ALLEN T MD
BARBOUR,WALID K MD
BARNES,BENJAMIN T MD
BASKARAN,DEEPAK MD
BASKARAN,SAMBANDAM MD
BASSI,ASHWANI K MD
BASTACKY,DAVID C DMD
BECK,CLAUDIA MD
BEHRENS,MARY T MD
BELTRAN,JUAN A MD
BERGER,LESLY MD
BERKENBLIT,SCOTT I MD
BERNIER,MEGHAN M.D.
BEZIRDJIAN,LAWRENCE C MD
BHARGAVA,NALINI MD
BHASIN,SUSHMA MD
BHATNAGAR,RISHI MD
BHATTI,NASIR I MD
BIRCHESS,DAMIAN E MD
BLAM,OREN G MD
BLANK,MICHAEL DDS
BODDETI,ANURADHA MD
BORDON,JOSE M MD
BOWLIN,DENEEN MD
BOYKIN,DIANE MD
BRANDAO,ROBERTO A DPM
BRITT,CHRISTOPHER J MD
BROOKLAND,ROBERT K M.D.
BROUILLET, JR.,GEORGE H MD
BROWN,JACQUELINE A MD
BUICK,MELISSA MD
BURKE,MICHAEL G MD
BURROWS,WHITNEY MD
CAHILL,EDWARD H MD
CALLENDER,EALENA S MD
CALLENDER,MARC MD
CARPENTER,MYLA MD
CARTER,MIHAELA M.D.
CERCONE,KRISTEN MD
CHAIKEN,MARC L MD
CHANG,HENRY MD
CHANG,JOSEPH J M.D.
CHATTERJEE,CHANDANA MD

CHEIKH,EYAD MD
CHEN,YIBO N MD
CHEUNG,AMY M MD
CHINSKY,JEFFREY M MD
CHOUDHRY,SHABBIR A MD
COHEN,BERNARD MD
COHEN,GORDON MD
COLANDREA,JEAN MD
COLL,DAVID P MD
COMMERFORD,CHRISTINE MD
COSENTINO,ENZO MD
CROWLEY,HELENA M MD
DANG,KOMAL K MD
DAVALOS,JULIO MD
DEBORJA,LILIA L MD
DEJARNETTE,JUDITH MD
DESAI,KIRTIKANT I MD
DESAI,SHAUN C MD
DIAZ-MONTES,TERESA P MD
DICKINSON,KIMBERLY M MD
DICKSTEIN,RIAN MD
DIDOLKAR,MUKUND S MD
DOHERTY,BRENDAN MD
DOVE,JOSEPH DPM
DROSSNER,MICHAEL N MD
DUA,VINEET MD
DUBOIS,BENJAMIN MD
DUNNE,MEAGAN MD
DUONG,BICH T MD
DUSON,SIRA M MD
DZIUBA,SYLWESTER MD
EGERTON,WALTER E MD
EISENMAN,DAVID J MD
EMERSON,CAROL MD
ENELOW,THOMAS MD
ENGELBERT,PATRICK R MD
ENGLUM,BRIAN R MD
ERAS,JENNIFER L MD
FALCAO,KEITH D MD
FALOKUN,ADEDMOLA A MD
FATTERPAKER,ANIL MD
FELTON,PATRICK M. DPM
FERNANDEZ,RODOLFO E MD
FILDERMAN,PETER S MD

FITCH-ALEXANDER,LINDSAY V MD
FLOYD,DEBORA M LCPC
FOLGUERAS,ALBERT J MD
FRAZIER,TIMOTHY S MD
FRIEDBERG,JOSEPH S MD
FUGOSO,VALERIANO P MD
GABLE,NICOLE J MD
GALITA,OLIVER C MD
GARG,PRADEEP MD
GEORGIA,JEFFREY MD
GERSH,STEVEN DPM
GERSTENBLITH,DANIEL DPM
GIARDINA,VITO N DPM
GITLITZ,DAVID B MD
GIUSTO,LAURA MD
GLASER,STEPHEN R MD
GOBRIAL,EVEIT E MD
GOLDFARB,ROBERT A MD
GOLDMAN,MICHAEL H MD
GOMA,MONIQUE L MD
GORMLEY,PAUL E MD
GRAHAM, JR.,CHARLES R MD
GREEN-SU,FRANCES M MD
GROCHMAL,JAY C MD
GROSSO,NICHOLAS MD
GRUNEBERG,SHERRI L MD
GUARDIANI,ELIZABETH A MD
GURETZKY,TARA MD
HABIB,FADI M.D.
HAFT,SUNNY J MD
HAMMOND,SHARICE MD
HANSEN,CHRISTIAN H MD
HAROUN,RAYMOND I MD
HATTEN,KYLE M MD
HAYWARD,GERALD MD
HEBERT,ANDREA M MD
HENNESSY,ROBERT G MD
HENRY,GAVIN MD
HERTZANO,RONNA MD
HEYMAN,MEYER R MD
HICKEN,WILLIAM J MD
HILL,TERRI MD
HOCHULI,STEPHAN U MD
HOFERT,SHEILA MD

HORMOZI,DARAB MD
HUDES,RICHARD MD
HUNDLEY,JEAN C MD
HUNT,NICOLE A MD
IM,DWIGHT D MD
IMIRU,ABEBE MD
ISAIAH,AMAL MD
IWEALA,UCHECHI A MD
JACKSON,PRUDENCE MD
JACOB,ASHOK C MD
JACOBS,MARIANNE B DO
JANZ,BRIAN A MD
JOHNSON,GLEN E MD
JOHNSON,KELLY MD
JULKA,SURJIT S MD
KAHL,LAUREN MD
KALRA,KAVITA B MD
KANTER,MITCHEL A MD
KANTER,WILLIAM R MD
KAPLAN ,ALAN L M.D.
KASSAHUN,ZELEKE D MD
KHAN,JAVEED MD
KHAN,RAO A MD
KHULPATEEA,BEMAN R MD
KHURANA,ARUNA Y MD
KIM,CHRISTOPHER MD
KIM,LISA MD
KIM,SOON JA MD
KLEBANOW,KENNETH M MD
KLEINMAN,BENJAMIN DPM
KNAISH,KINAN MD
KOLI,EMMANUEL N MD
KOPACK,ANGELA M MD
KUMAR,RAMESH MD
KUPPUSAMY,TAMIL S MD
LAFFERMAN,JEFFREY MD
LALA,PADMA M MD
LANCELOTTA,CHARLES J MD
LANDIS,JEFFREY T MD
LANDRUM,B. MARK MD
LANDRUM,DIANNE J MD
LANDSMAN,JENNIFER MD
LANE,ANNE D MD
LANGER,KENNETH F MD

LANTZ,JENNIFER MS, CCC/A
LEBLANC,DIANA M.D.
LEE,DANA M MD
LENING,CHRISTOPHER B MD
LEVIN,BRIAN M MD
LEVY,DAVID MD
LIANG,DANNY MD
LIM,JOSHUA J MD
LIN,ANNIE Z MD
LIN,FREDERICK MD
LIPTON,MARC DPM
LI,ROBIN Z MD
LIU,JIA MD
LONG,ADRIAN E MD
LOTLIKAR,JEFFREY P MD
LOWDER,GERARD M MD
LUMPKINS,KIMBERLY M. M.D.
MACIEJEWSKI,SHARON PT
MADDEN,JOSHUA S MD
MAKONNEN,ZELALEM MD
MALLALIEU,JARED DO
MALONEY,PATRICK MD
MAMO,GEORGE J MD
MANDIR,ALLEN S MD
MATSUNAGA,MARK T MD
MAUNG,CHO C MD
MAUNG,TIN O MD
MAYO,LINDA D OTS
MCCARUS,DAVID MD
MCCORMACK,SHARON J MD
MEDWIN,IRINA MD
MEININGER,GLENN R MD
MEYER,G. MICHAEL MD
MIDDLETON,JEFFREY G MD
MILLER,KAREN J MD
MILLER,PAUL R MD
MINAHAN,ROBERT E M.D., JR
MITCHERLING,JOHN J DDS
MITCHERLING,WILLIAM W DDS
MOJOKO,ETHEL MD
MOORE,JAMES T MD
MOORE,ROBERT F M.D.
MORGAN,ATHOL W MD
MOUSSAIDE,GHITA MD

MUMTAZ,M. ANWAR MD
MURPHY,ANNE MD
MURTHY,KALPANA MD
MYDLARZ,WOJCIECH MD
NAKAZAWA,HIROSHI MD
NARAYEN,GEETANJALI MD
NARAYEN,VIJAY MD
NEUNER,GEOFFREY MD
NEUZIL,DANIEL F MD
NGUYEN,HUONG MD
NUCKOLS,JOSEPH MD
O'BRIEN,CAITLIN MD
O'CONNOR,MEGHAN P MD
ODUYEBO,TITILOPE M.D.
OLLAYOS,CURTIS MD
OTTO,DAVID I MD
OTTO,JAMES MD
OWENS,KERRY MD
OWUSU-ANTWI,KOFI MD
OWUSU-SAKYI,JOSEPHINE MD
PAIVANAS,BRITTANY M MD
PARIKH,JYOTIN MD
PARK,CHARLES MD
PASS,CAROLYN J MD
PASUMARTHY,ANITA MD
PATAKI,ANDREW M MD
PATEL,ALPEN MD
PATEL,ANOOP MD
PATEL,JANKI MD
PATEL,KRUTI N MD
PEREZ,DANIEL DPM
PERVAIZ,KHURRAM MD
PETERS,MATTHEW N MD
PETIT,LISA MD
PIEPRZAK,MARY A MD
POLSKY,MORRIS B MD
POON,THAW MD
POULTON,SCOTT C MD
PRESTI,MICHAEL S DPM
PULLMANN,RUDOLF MD
PURDY,ANGEL MD
QURESHI,JAZIBETH A MD
RAIKAR,RAJESH V MD
RAJA,GEETHA MD

RAMINENI,SATHEESH K MD
RANKIN,ROBERT MD
RAVEKES,WILLIAM MD
RAVENDHRAN,NATARAJAN MD
REDDY,ANURADHA MD
REED,ANN MD
REHMAN,MALIK A MD
REILLY,CHRISTINE MD
REINER,BARRY J MD
REINSEL,TOM E MD
REMY,KENNETH MD
REYAL,FARHANA S MD
RIAZ,AWAIS MD
RICHARDSON,LEONARD A MD
ROBERTSON,KAISER MD
ROSEN,DANIEL C MD
ROTH,JOHN DPM
RUSSELL,JONATHON O MD
RYU,HYUNG MD
SABOURY SICHANI,BABAK MD
SAIEDY,SAMER MD
SAINI,ANJALI MD
SAINI,RUMNEET K MD
SALAS,LOUIS MD
SALAZAR,ANDRES E MD
SALENGER,RAWN V MD
SALIM,MUBADDA MD
SALVO,EUGENE C MD
SANDERSON,SEAN O M.D.
SANDHU,RUPINDER MD
SANGHAVI,MILAN MD
SANTOS,MARIA L MD
SARDANA,NEERAJ MD
SAVAGE,ANGELA Y DPM
SCHNEE,CHARLES MD
SCHNEYER,MARK MD
SEIBEL,JEFFREY L MD
SEKAR,PRIYA MD
SELVAM,PRABU P MD
SEPKUTY,JEHUDA P MD
SHAH,BANSARI H M.D.
SHAH,RAJESH M MD
SHAMS-PIRZADEH,ABDOLLAH MD
SHAPIRO ,BRUCE K

SHORTS,ALISON MSCCC-SLP
SHUSTER,JERI MD
SILBER,GLENN MD
SILBER,MOLLY H MD
SILHAN,LEANN MD
SILVERSTEIN,SCOTT MD
SIMLOTE,KAPIL MD
SIMMONS,SHELTON MD
SIMO,ARMEL MD
SINGH,GURTEJ MD
SINNO,FADY MD
SKLAR,GEOFFREY MD
SMITH,RACHELLE MD
SMITH,WARREN J MD
SOILEAU-BURKE,MONIQUE J MD
SOLOMON,MISSALE MD
SOMERVILLE,JUSTIN C MD
SPEVAK,PHILIP J MD
STEINER-LARSEN,VICTORIA E MD
STERN,MELVIN S MD
STEWART,SHELBY J MD
STRAUCH,ERIC MD
SUNDEL,ERIC M.D.
SURMAK,ANDREW J MD
SWANTON,EDWARD MD
SWETT,JEFFREY T DO
SYDNEY,SAM V MD
TANSINDA,JAMES MD
TAYLOR,AISHA K MD
TAYLOR,RODNEY J MD
THOMAS,RADCLIFFE MD
THOMPSON III,WILLIAM R MD
TOLLEY,MATTHEW DPM
TUCHMAN,DAVID N MD
TURAKHIA,BIPIN K MD
TURNER,GAURI J M.D.
TUUR-SAUNDERS,SYLVANA MD
TWIGG,AARON MD
UDOCHI,NJIDEKA MD
VAKHARIA,KALPESH T MD
VALLECILLO,JORGE MD
VAN DEN BROEK,JEFFREY W DO
VASANTHAKUMAR,MUTHUKRISHNAN MD
VOIGT,ROGER W MD

VON WALDNER,CHRISTINA A LCPC
WALKER,MARK A MD
WALLACE,MICHAEL MD
WALTROUS,JUSTIN D MD
WARD,FRANCISCO A DO
WHIPPS,RANDOLPH G MD
WHITE,PATRICK W MD
WICKRAMARATNE,KANTHI MD
WILLIAMS,SAMUEL R MD
WINAKUR,SHANNON MD
WOLF,JEFFREY S MD
WOLLNEY,DANA E MD
WONG,MATTHEW H MD
XIE,KE MD
YI,MING MD
YIM,KENNETH MD
YU,WARREN D. M.D.
ZADE,RALPH MD
ZAIM,BULENT R MD
ZHANG,LINDY MD
ZHAO,JUN MD
ZHU,WEIMIN MD
ZUNIGA,LUIS M MD

Resumen de la Política de Asistencia Financiera

Ascension Saint Agnes, incluidos los ministerios de salud mencionados anteriormente, tiene un compromiso asumido y respeto por la dignidad de cada persona con una preocupación especial por aquellos que tienen obstáculos para acceder a los servicios de atención médica. Ascension Saint Agnes tiene un compromiso equivalente para administrar los recursos de atención médica como un servicio para la comunidad entera. En aras de la consecución de estos principios, Ascension Saint Agnes proporciona asistencia financiera a determinadas personas que reciben atención médicamente necesaria de Ascension Saint Agnes. Este resumen proporciona una visión general de la Política de Asistencia Financiera de Ascension Saint Agnes.

¿Quién es elegible?

Es posible que pueda obtener asistencia financiera si vive en Arbutus 21227, Brooklyn/Linthicum, 21225, Catonsville 21250,21228, , Gwynn Oak 21207, South Baltimore City 21223, 21230, Southwest Baltimore City 21229 West Baltimore City 21215,21216,21217, Windsor Mill 21244, Elkrigde 21075, Ellicott City 21043. La asistencia financiera suele determinarse a través de su ingreso familiar total en comparación con el Nivel Federal de Pobreza. Si su ingreso es menor o igual al 250 % del Nivel Federal de Pobreza, puede recibir una atención de caridad al 100 % cancelada en proporción a los cargos por los que sea responsable. Si su ingreso es mayor al 250 % del Nivel Federal de Pobreza, pero no excede el 500 % del Nivel Federal de Pobreza, puede recibir las tasas descontadas en una escala proporcional o en función de una prueba de medios. Si tiene una deuda médica por atención de emergencia y médicamente necesaria que excede sus ingresos, puede ser elegible para un descuento. Si tiene activos que superan el 250 % de la cantidad de ingresos del Nivel de Pobreza Federal, es posible que no califique para recibir asistencia financiera. Los pacientes que son elegibles para recibir asistencia financiera no tendrán que pagar más que los cargos menos el recargo del hospital o los montos generalmente facturados a los pacientes con cobertura de seguros, lo que sea menor.

Estimación por escrito.

Los pacientes tendrán derecho a solicitar y recibir una estimación por escrito de los cargos totales por servicios, procedimientos y suministros hospitalarios que no sean de emergencia que se espera razonablemente que el hospital proporcione por los servicios profesionales.

¿Qué servicios están cubiertos?

La Política de Asistencia Financiera se aplica a los servicios de atención de emergencias y necesaria por razones médicas. Los cargos del médico no están incluidos en la factura del hospital y se facturarán por separado. Estos términos se definen en la Política de Asistencia Financiera. Todos los demás tipos de atención no están cubiertos por la Política de Asistencia Financiera.

¿Cómo puedo solicitarla?

Para solicitar asistencia financiera, por lo general se completa una solicitud por escrito y se presenta documentación de respaldo, según se describe en la Política de Asistencia Financiera y en la Solicitud de la Política de Asistencia Financiera. Para hacer una solicitud, comuníquese con el 667-234-2140.

¿Cómo puedo obtener ayuda con una solicitud?

Para obtener ayuda con la solicitud de la Política de Asistencia Financiera, puede comunicarse con Servicios Financieros para Pacientes llamando al 667-234-2140, con Asistencia Médica de Maryland llamando al 1-855-642-8572 o por Internet ingresando a www.dhr.state.md.us, o con su Departamento de Servicios Sociales local por teléfono al 1-800-332-6347; TTY: 1-800-925-4434.

¿Cómo puedo obtener más información?

Se pueden obtener copias del formulario de solicitud de la Política de Asistencia Financiera y de la Política de Asistencia Financiera en <https://healthcare.ascension.org/Locations/Maryland/MDBAL/Baltimore-Saint-Agnes-Hospital> y en 900 S. Caton Avenue, Baltimore, MD 21229, Patient Financial Services Department (Departamento de Servicios Financieros para Pacientes). También se pueden obtener copias gratuitas de la Política de Asistencia Financiera y de la Solicitud de Asistencia Financiera por correo contactando con el Departamento de Servicios Financieros para Pacientes a través del 667-234-2140.

¿Qué pasa si no soy elegible?

Si no califica para recibir asistencia financiera conforme a la Política de Asistencia Financiera, puede calificar para recibir otros tipos de asistencia financiera. Para obtener más información, comuníquese con el Departamento de Servicios Financieros para Pacientes, 900 S. Caton Avenue, Baltimore, MD 21229 o por teléfono al 667-234-2140.

Las traducciones de la Política de Asistencia Financiera, la Solicitud de Asistencia Financiera y las instrucciones, y este resumen en lenguaje sencillo están disponibles en los siguientes idiomas en nuestro sitio web y previa solicitud:

Árabe

Birmano

Chino (Simplificado)

Chino (Tradicional)

Inglés

Francés

Guyaratí

Italiano

Coreano

Ruso

Español

Tagalog

Urdu

Vietnamita



Ascension

Carta de respaldo

Número de registro médico del paciente/número de cuenta _____

Nombre de la persona que respalda _____

Relación con el paciente/solicitante _____

Dirección de la persona que respalda _____

Para Ascension:

Esta carta es para informar que (nombre del paciente) _____ recibe pocos ingresos, o ninguno, y que yo estoy ayudando con sus gastos de vida. Esta persona no está legalmente obligada frente a mí.

Al firmar esta declaración, acepto que la información proporcionada es verdadera, a mi leal saber y entender.

Firma de la persona que respalda _____

Fecha _____



Ascension

[Fecha]

Estimado paciente/solicitante:

Ascension se basa en la compasión y se dedica a brindar atención personalizada a todos, especialmente a los más necesitados. Ofrecer asistencia financiera a nuestros pacientes es nuestra misión y un privilegio. La asistencia financiera solo está disponible para emergencias y otros tipos de atención médicamente necesaria. Gracias por confiarnos la atención médica de todas sus necesidades de salud y las de su familia.

Le enviamos esta carta y la solicitud de asistencia financiera adjunta debido a que hemos recibido su solicitud. Si no ha enviado una solicitud, puede hacer caso omiso. Por favor, complete la solicitud por ambos lados e incluya su firma y la fecha antes de devolverla. Si usted completó una solicitud en los seis meses pasados y se le aprobó la asistencia financiera, por favor notifíquenos. Puede que no necesite completar una solicitud nueva. No consideraremos una solicitud previa que tenga más de seis meses de antigüedad.

Junto con la solicitud, provea al menos una copia de uno de los siguientes elementos como prueba de ingresos. Si está casado o vive con una persona con quien ha mantenido una relación estable durante 6 meses o más, también tendrá que proporcionar una copia de, al menos, uno de los siguientes ítems como prueba de sus ingresos antes de que se pueda tramitar la solicitud.

- Copias de los 3 recibos de pago de sueldo más recientes emitidos por el empleador.
- Copias de la declaración de impuestos anual más reciente (si trabaja por cuenta propia, incluya todos los anexos).
- Carta de adjudicación del Seguro Social o de la pensión de jubilación.
- La declaración de impuestos anual más reciente de los padres o tutores, si el solicitante es un dependiente que figura en su formulario de impuestos y es menor de 25 años.
- Otros documentos de validación de ingresos.
- Copias de los estados de cuenta bancarios de los 3 meses pasados.
- Copia del recibo de beneficios de desempleo.

Si recibe ayuda de alguien más o vive con familiares o amigos, haga que completen el formulario adjunto titulado "Carta de respaldo". Esto no los hará responsables de sus facturas médicas. Esto ayudará a mostrar la manera en que puede pagar sus gastos de vida. Si no recibe ayuda de su familia ni de sus amigos, no necesita llenar el formulario de la Carta de respaldo.

Por último, sírvase proporcionar también la documentación correspondiente como prueba de sus gastos médicos y farmacéuticos mensuales pendientes.

Tome en cuenta que se debe recibir la solicitud debidamente llena, junto con la prueba de ingresos, para que la solicitud sea considerada. No podemos procesar ni considerar solicitudes que no estén completas.

Tenga en cuenta que las comunicaciones por correo electrónico no son seguras. Aunque es poco probable, existe la posibilidad de que la información que se incluya en un correo electrónico sea interceptada y leída por otras partes además de la persona a la que va dirigida.

Queremos proteger su información personal y asegurarnos de que permanezca segura. Dado que la solicitud contiene su número de Seguro Social y otra información privada, le instamos a que se abstenga de enviarla por correo electrónico.

Imprima y envíe por correo o entregue personalmente su solicitud completa a la siguiente dirección:

[CALLE]

[OFICINA]

[CIUDAD ESTADO CÓDIGO POSTAL]

Si tiene alguna pregunta sobre esta solicitud, llame a uno de nuestros representantes de pacientes al xxx-xxx-xxxx.

Atentamente,

Servicios Financieros para
el Paciente de Ascension