

<p style="text-align: center;"><b>Ascension Saint Agnes</b> Manual de procedimientos y políticas del sistema</p>	<p style="text-align: center;"><b>Página 1 de 24</b></p>	<p style="text-align: center;"><b>SYS FI 05</b></p>
<p><b>Asunto:</b></p> <p style="text-align: center;">Ascension Saint Agnes Política de Asistencia Financiera</p>	<p><b>Fecha de vigencia:</b> 2/05</p>	
	<p><b>Revisión:</b> <b>Modificación:</b> 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, 7/22, 10/22, 12/22, 3/23, 6/23, 9/23, 12/23</p>	
<p>Aprobaciones:</p> <p style="padding-left: 40px;">Final - Presidente/Director Ejecutivo: _____ Fecha: _____</p> <p style="padding-left: 40px;">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 (individualmente consideradas como la "Organización") garantizar una práctica socialmente justa para proporcionar atención de emergencia y otra atención médicamente necesaria en los centros de la Organización. Esta política está diseñada específicamente para abordar la elegibilidad de asistencia financiera para los pacientes que necesitan asistencia financiera 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 toda la atención de emergencia y otra atención médicamente necesaria proporcionada por la Organización, incluidos los servicios médicos y de salud conductual empleados. Esta política no se aplica a los cargos por la atención que no sea atención de emergencia y otra atención médicamente necesaria.
3. La Lista de proveedores cubiertos por la Política de Asistencia Financiera proporciona una lista de todos los proveedores que brindan atención en los centros de la Organización que 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.
- “**Monto generalmente facturado**” o “**Amount Generally Billed (AGB)**” se refiere, con respecto a la atención de emergencia y otra atención médicamente necesaria, al monto generalmente facturado a aquellas 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 médicamente necesaria que requiere el Paciente es la continuidad de la atención de emergencia o médicamente necesaria recibida en otro centro de Ascension Health en el que el Paciente haya reunido los requisitos para recibir asistencia financiera para dicha atención de emergencia y médicamente necesaria.
- “**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 se considere "atención médicamente necesaria", la atención y el momento en que se presta deben aprobarse 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 médicamente necesaria, dicha determinación también debe ser confirmada por el médico que se encargó de la admisión o remisión.
- “**Organización**” se refiere a Ascension Saint Agnes.
- “**Paciente**” se refiere a aquellas personas que reciben atención de emergencia y otra 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, “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 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 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.<sup>1</sup> 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 del 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 de alta y la solicitud sea aprobada por la Organización. El Paciente será elegible para recibir la asistencia financiera de descuento de escala variable 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 del AGB, lo que sea menor. El descuento de escala variable es el siguiente:

---

<sup>1</sup> 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 los montos 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 podrá 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 de julio de 2023

### For Hospital Facility Services Only (Regulated)

Household Size	Charity Care				Financial Assistance Program					
	100%	to 200%	to 225%	to 250%	to 275%	to 300%	to 325%	to 350%	to 375%	to 400%
1	\$14,580	\$29,160	\$32,810	\$36,450	\$40,100	\$43,740	\$47,390	\$51,030	\$54,680	\$58,320
2	\$19,720	\$39,440	\$44,370	\$49,300	\$54,230	\$59,160	\$64,090	\$69,020	\$73,950	\$78,880
3	\$24,860	\$49,720	\$55,940	\$62,150	\$68,370	\$74,580	\$80,800	\$87,010	\$93,230	\$99,440
4	\$30,000	\$60,000	\$67,500	\$75,000	\$82,500	\$90,000	\$97,500	\$105,000	\$112,500	\$120,000
<b>Saint Agnes Discount</b>	100%	100%	100%	100%	75%	50%	25%	15%	12%	11.4%

### For Professional Services (Deregulated)\*

Household Size	Charity Care				Financial Assistance Program					
	100%	to 200%	to 225%	to 250%	to 275%	to 300%	to 325%	to 350%	to 375%	to 400%
1	\$14,580	\$29,160	\$32,810	\$36,450	\$40,100	\$43,740	\$47,390	\$51,030	\$54,680	\$58,320
2	\$19,720	\$39,440	\$44,370	\$49,300	\$54,230	\$59,160	\$64,090	\$69,020	\$73,950	\$78,880
3	\$24,860	\$49,720	\$55,940	\$62,150	\$68,370	\$74,580	\$80,800	\$87,010	\$93,230	\$99,440
4	\$30,000	\$60,000	\$67,500	\$75,000	\$82,500	\$90,000	\$97,500	\$105,000	\$112,500	\$120,000
<b>Saint Agnes Discount</b>	100%	100%	100%	100%	90%	80%	70%	60%	55%	47.6%

\*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*

3. Conforme a las demás disposiciones de la presente 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 otra atención médicamente necesaria, 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 lo dispuesto en este párrafo. El nivel de asistencia financiera provisto 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 de FAP 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 del 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 médicamente necesaria, 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 de FAP 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 del 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 Activos<sup>2</sup>". 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.

---

<sup>2</sup> 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.

8. La elegibilidad para la asistencia financiera se puede determinar en cualquier momento del ciclo de 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, el monto de asistencia financiera para el 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 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 a 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 que no son elegibles para recibir asistencia 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 el AGB de la atención de emergencia y otra atención médicamente necesaria, ni montos superiores a los cargos brutos de toda la demás atención médica. La Organización calcula uno o más porcentajes del 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 del AGB y los porcentajes en el sitio web de la Organización o poniéndose en contacto con Servicios Financieros para Pacientes por escrito o en persona en 900 S. Caton Ave., Baltimore, MD 21229.

### **Solicitud de asistencia financiera y otra asistencia**

Un Paciente puede 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 requerirá que los no asegurados trabajen con un asesor financiero para solicitar Medicaid u otros programas de asistencia pública para los que se considere que el paciente es potencialmente elegible con el fin de calificar para recibir asistencia financiera (excepto cuando sea elegible y aprobado a través de la puntuación presunta). Se puede denegar asistencia financiera a un Paciente si el paciente 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 con más de seis meses de antelación a 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 aparte. Puede obtenerse una copia gratuita de la política de facturación y cobro en el sitio web de la Organización o poniéndose en contacto con Servicios Financieros para Pacientes al 1-667-234-2140.

### **Interpretación**

Esta política, junto con todos los procedimientos aplicables, debe cumplirse, interpretarse y aplicarse de acuerdo con 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 de enero de 2024**

La siguiente lista especifica los proveedores de atención de emergencia y otra atención médicamente necesaria brindada en el centro hospitalario que están cubiertos por la Política de Asistencia Financiera (Financial Assistance Policy, FAP). *Tenga en cuenta que cualquier atención que no sea atención de emergencia y otra atención médicamente necesaria no está cubierta por la FAP para ningún proveedor.*

<b>Proveedores cubiertos por la FAP</b>	<b>Proveedores no cubiertos por la FAP</b>
Seton Medical Group	ABDELAZIM,SUZANNE A D.O.
Ascension Medical Group	ABDELHADY,HEIDI MD
Integrated Specialist Group	ABDUR-RAHMAN,NAJLA MD
Saint Agnes Medical Group	ABERNATHY,THOMAS MD
Vituity	ADAMS,SCOTT MD
CEP America	ADDO M.D.,RICHARD O
	AFZAL,MUHAMMAD MD
	AHLUWALIA,GURDEEP S MD
	AHMED,AZRA MD
	AHUJA,NAVNEET K MD
	AKHTAR,YASMIN DO
	AKHTER,NABEEL M M.D.
	ALBRECHT,ROBERT A MD
	ALEX,BIJU K MD
	ALI,LIAQAT MD
	ALI,PREETHA 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
	APGAR,LESLIE MD
	APOSTOLIDES,GEORGE Y MD
	ARCHER,CORRIS E MD
	ARIAS VILLELA,NATALIA 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	
	BAKER,CHRISTINE M MD	
	BAKER,MARTHA MD	
	BANEGURA,ALLEN T MD	
	BARBOUR,WALID K MD	
	BASKARAN,DEEPAK MD	
	BASKARAN,SAMBANDAM MD	
	BASTACKY,DAVID C DMD	
	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	
	BHATTI,NASIR I MD	
	BITTLE,GREGORY J MD	
	BLAM,OREN G MD	
	BLANK,MICHAEL DDS	
	BODDETI,ANURADHA MD	
	BODDU,ROHINI MD	
	BOYKIN,DIANE MD	
	BRITT,CHRISTOPHER J MD	
	BROOKLAND,ROBERT K M.D.	
	BROUILLET, JR.,GEORGE H MD	
	BROWN,JACQUELINE A MD	
	CAHILL,EDWARD H MD	
	CALLAHAN,CHARLES W DO	
	CALLENDER,MARC MD	
	CARPENTER,MYLA MD	
	CARTER,MIHAELA M.D.	
	CHANG,HENRY MD	
	CHANG,JOSEPH J M.D.	

	CHATTERJEE,CHANDANA MD	
	CHEIKH,EYAD MD	
	CHEUNG,AMY M MD	
	CHINSKY,JEFFREY M MD	
	CHOUDHRY,SHABBIR A MD	
	CLONMELL,DIANE J LCPC	
	COHEN GLICKMAN,KAREN MD	
	COHEN,GORDON MD	
	COLANDREA,JEAN MD	
	COSENTINO,ENZO MD	
	CROSBY,EMILY MD	
	CROWLEY,HELENA M MD	
	CUNEO,CHARLES N MD	
	CURTIS,CHARLES MD	
	DA SILVA,MONICA L MD	
	DAVALOS,JULIO MD	
	DAVIS,NNEKA N DMD	
	DAVIS ROLAND,LASHEA MD	
	DEBORJA,LILIA L MD	
	DEJARNETTE,JUDITH MD	
	DE JESUS-ACOSTA,ANA MARIA CRIS	
	DELLABADIA JR,JOHN MD	
	DEOL,DILRAJ MD	
	DESAI,KIRTIKANT I MD	
	DESAI,SHAUN C MD	
	DESIKAN,SARAIJHAA K MD	
	DIAZ-MONTES,TERESA P MD	
	DIB,SALIM I MD	
	DICKSTEIN,RIAN MD	
	DIDOLKAR,MUKUND S MD	
	DOHERTY,BRENDAN MD	
	DONOHUE,CHRISTOPHER MD	
	DORIA,JOSEPH W M.D.	
	DOVE,JOSEPH DPM	
	DROSSNER,MICHAEL N MD	
	DAULAT,WENDY C DDS	
	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	
	ELFREY,MARY K D.O.	
	EMERSON,CAROL MD	
	ENELOW,THOMAS MD	
	ENGLUM,BRIAN R MD	
	EPSTEIN,DAVID K MD	
	ERAS,JENNIFER L MD	
	FALCAO,KEITH D MD	
	FATTERPAKER,ANIL MD	
	FELTON,PATRICK M. DPM	
	FERNANDEZ,RODOLFO E MD	
	FILDERMAN,PETER S MD	
	FLOYD,DEBORA M LCPC	
	FRAZIER,JAMES MD	
	FRAZIER,TIMOTHY S MD	
	FREEMAN,SARAH E MD	
	FUGOSO,VALERIANO P MD	
	GABLE,ASHLEY D MD	
	GABLE,NICOLE J MD	
	GALITA,OLIVER C MD	
	GANGALAM,AJAY B M.D.	
	GARCIA LOPEZ de VICTORIA,ELIZA	
	GARCIA,LORI MD	
	GARCIA,PABLO MD	
	GARG,AKASH MD	
	GARG,PRADEEP MD	
	GEORGIA,JEFFREY MD	
	GERSH,STEVEN DPM	
	GERSTENBLITH,DANIEL DPM	
	GIARDINA,VITO N DPM	
	GLASER,STEPHEN R MD	
	GOBRIAL,EVEIT E MD	
	GOLDMAN,MICHAEL H MD	
	GOMA,MONIQUE L MD	
	GORMLEY,PAUL E MD	
	GRAHAM, JR.,CHARLES R MD	
	GREENE,CAROL L MD	

	GREEN-SU,FRANCES M MD	
	GROSSO,NICHOLAS MD	
	GRUNEBERG,SHERRI L MD	
	GUARDIANI,ELIZABETH A MD	
	GURETZKY,TARA MD	
	HABIB,FADI M.D.	
	HANSEN,CHRISTIAN H MD	
	HAQUE,MAHMUDUL MD	
	HAROUN,RAYMOND I MD	
	HARRIS,JORDAN K MD	
	HATTEN,KYLE M MD	
	HAYWARD,GERALD MD	
	HEBERT,ANDREA M MD	
	HENNESSY,ROBERT G MD	
	HENRY,GAVIN MD	
	HICKEN,WILLIAM J MD	
	HILL,TERRI MD	
	HOCHULI,STEPHAN U MD	
	HOFFLER,HAYDEN L DPM	
	HORMOZI,DARAB MD	
	HORTON,AMANDA L MD	
	HUDES,RICHARD MD	
	HUNT,NICOLE A MD	
	IM,DWIGHT D MD	
	IMIRU,ABEBE MD	
	INCE,CARLOS MD	
	ISAIAH,AMAL MD	
	IWEALA,UCHECHI A MD	
	JACKSON,PRUDENCE MD	
	JACOB,ASHOK C MD	
	JACOBS,MARIANNE B DO	
	JANZ,BRIAN A MD	
	JENNINGS,SHANNON M 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	

	KAPOOR,RUBINA MD	
	KARMARKAR,RAVINDRA S MD	
	KAR,RAHUL MD	
	KAUFMAN,ADAM C M.D.	
	KENIGSBERG,ALEXANDER P MD	
	KHAN,JAVEED MD	
	KHAN,RAO A MD	
	KHULPATEEA,BEMAN R MD	
	KHURANA,ARUNA Y MD	
	KILMORE,DONNA L MSW	
	KIM,CHRISTOPHER MD	
	KIM,LISA MD	
	KIM,SOON JA MD	
	KLEBANOW,KENNETH M MD	
	KLEINMAN,BENJAMIN DPM	
	KOPACK,ANGELA M MD	
	KRUPNICK,ALEXANDER S MD	
	KUHN,FREDERICK MD	
	KUMAR,AJAY V. MD	
	KUMAR,RAMESH MD	
	KUPPUSAMY,TAMIL S MD	
	KYERE M.D.,SAMPSON A	
	LALA,PADMA M MD	
	LAL,BRAJESH K M.D.	
	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	
	LEVIN,BRIAN M MD	
	LEVY,DAVID MD	
	LIN,ANNIE Z 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	
	MARIASINGAM-DEVASAHAYAM,JOE V	
	MARK,TIFFANY MD	
	MARTINEZ MORALES,ANDY J MD	
	MASON,KAREN T MD	
	MASTERSON,JAMES 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	
	MENDHIRATTA,NEIL MD	
	METZGER,DIANA MD	
	MILLER,KAREN J MD	
	MILLER,PAUL R MD	
	MILLER,RACHAEL B MD	
	MITCHELL,ANTHONY L M.D.	
	MITCHERLING,JOHN J DDS	
	MITCHERLING,WILLIAM W DDS	
	MOORE,JAMES T MD	
	MOORE,ROBERT F M.D.	
	MOUSSAIDE,GHITA MD	
	MUMTAZ,M. ANWAR MD	
	MUNIRA,SIRAJUM MD	
	MURPHY,ANNE MD	
	MURTHY,KALPANA MD	
	MYDLARZ,WOJCIECH MD	
	NAKAZAWA,HIROSHI MD	

	NALLU,ANITHA M.D.	
	NARAYEN,GEETANJALI MD	
	NEUNER,GEOFFREY MD	
	NEUZIL,DANIEL F MD	
	NILES JR,JOHN H	
	NOKURI,SAMUEL MD	
	O'BRIEN,CAITLIN MD	
	O'CONNOR,MEGHAN P MD	
	OLLAYOS,CURTIS MD	
	OTTO,DAVID I MD	
	OTTO,JAMES MD	
	OWENS,KERRY MD	
	OWUSU-ANTWI,KOFI MD	
	PAIVANAS,BRITTANY M MD	
	PARISI,CHRISTINA A MD	
	PARK,CHARLES MD	
	PASUMARTHY,ANITA MD	
	PATAKI,ANDREW M MD	
	PATEL,ALPEN MD	
	PATEL,ANOOP MD	
	PATEL,KRUTI N MD	
	PERVAIZ,KHURRAM MD	
	PETERS,MATTHEW N MD	
	PETIT,LISA MD	
	PHILLIPS JR,GREGORY D MD	
	PIEPRZAK,MARY A MD	
	PIROUZ,BABAK MD	
	PLANTHOLT,STEPHEN J 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	
	RAMOS,ALBERTO R MD	
	RANKIN,ROBERT MD	
	RAVENDHRAN,NATARAJAN MD	

	REDDY,ANURADHA MD	
	REED,ANN MD	
	REHMAN,MALIK A MD	
	REILLY,CHRISTINE MD	
	REINER,BARRY J MD	
	RICHARDSON,LEONARD A MD	
	RITTER,CAROL E MD	
	ROBERTSON,KAISER MD	
	ROTH,JOHN DPM	
	ROTTMANN,EVA I DO	
	RUSSELL,JONATHON O MD	
	RYU,HYUNG MD	
	SABAH, HANI S	
	SABOURY SICHANI,BABAK MD	
	SAIEDY,SAMER MD	
	SAINI,ANJALI MD	
	SAINI,RUMNEET K MD	
	SAKIANI,SANAZ MD	
	SALAS,LOUIS 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	
	SARKAR,RAJABRATA MD	
	SAVAGE,ANGELA Y DPM	
	SCHNEYER,MARK MD	
	SCHULTHEISS,KIM E M.D.	
	SCHWEITZER,EUGENE M.D.	
	SEIBEL,JEFFREY L MD	
	SEKICKI,VUK MD	
	SETYA,VINEY R MD	
	SHAH,RAJESH M MD	
	SHAIKH,NAOMI N 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	
	SINGH,JORAWAR MD	
	SINGH,NOVIA DO	
	SINNO,FADY MD	
	SIYAL,ABDUL M MD	
	SKLAR,GEOFFREY MD	
	SMENTKOWSKI,KATHERINE E MD	
	SMITH,BRANDON M MD	
	SMITH,DENNIS MD	
	SMITH,RACHELLE MD	
	SMITH,WARREN J MD	
	SNOW,GRACE E MD	
	SOILEAU-BURKE,MONIQUE J MD	
	SOLOMON,MISSALE MD	
	SPIOTTO,ERNEST MD	
	SRIVALI,NARAT MD	
	STAUBER,ZIVA Y 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	
	TAN,SIMON S MD	
	TANSINDA,JAMES MD	
	TAYLOR,RODNEY J MD	
	TEPLITZKY,TAYLOR B MD	
	THOMAS,MICHELLE D M.D.	
	THOMAS,RADCLIFFE MD	
	THOMPSON III,WILLIAM R MD	
	TOLLEY,MATTHEW DPM	

TUCHMAN,DAVID N MD
TURAKHIA,BIPIN K MD
TUUR-SAUNDERS,SYLVANA MD
TWIGG,AARON MD
UCUZIAN,ARECK A MD
UDOCHI,NJIDEKA MD
VAKHARIA,KALPESH T MD
VALLECILLO,JORGE MD
VAN DEN BROEK,JEFFREY W DO
VASANTHAKUMAR,MUTHUKRISHNAN MD
VITHANA,RUKMALEE E MD
VOIGT,ROGER W MD
VON WALDNER,CHRISTINA A LCPC
WALLACE,MICHAEL MD
WALTROUS,JUSTIN D MD
WARDEN,MARJORIE K MD
WARD,FRANCISCO A DO
WHIPPS,RANDOLPH G MD
WHITE,PATRICK W MD
WILLIAMS,SAMUEL R MD
WINAKUR,SHANNON MD
WOLF,JEFFREY S MD
WORMSER,BENJAMIN K MD
XIE,KE MD
YI,MING MD
YIM,KENNETH MD
ZADE,RALPH MD
ZHANG,LINDY MD
ZHAO,JUN MD
ZHU,WEIMIN MD
ZUNIGA,LUIS M MD

## **Ascension Saint Agnes**

### **CÁLCULO DEL MONTO GENERALMENTE FACTURADO**

01/07/2023

Ascension Saint Agnes calcula dos porcentajes del AGB –uno para los cargos del centro hospitalario y otro para los honorarios profesionales– ambos mediante el método “retroactivo”, e incluye los cargos por servicios de Medicare y todas las compañías privadas de seguro médico que pagan reclamos a la Organización, de acuerdo con las Regulaciones del IRS, Secciones 1.501(r)-5(b)(3), 1.501(r)-5(b)(3)(ii)(B) y 1.501(r)-5(b)(3)(iii). Los detalles de dichos cálculos y los porcentajes del AGB se describen a continuación.

Los porcentajes del AGB para Ascension Saint Agnes son los siguientes:

AGB para cargos del centro hospitalario: 91.7%

AGB para honorarios profesionales de los médicos: 52.4%

Estos porcentajes del AGB se calculan al dividir la suma de los montos de todos los reclamos del centro hospitalario para atención de emergencia y otra atención médicamente necesaria que hayan autorizado los cargos por servicios de Medicare y todas las compañías privadas de seguro médico que pagan reclamos al centro hospitalario (por separado para los cargos del centro y los servicios profesionales) por la suma de los cargos brutos asociados para dichos reclamos. Los únicos reclamos que se utilizan con el fin de determinar el AGB son aquellos que han sido permitidos por una compañía de seguro médico durante el período de 12 meses previo al cálculo del AGB (en vez de los reclamos que correspondan a la atención brindada en los 12 meses anteriores).

\*Pese al cálculo del AGB precedente, Ascension Saint Agnes ha optado por aplicar un porcentaje del AGB más bajo para los cargos del centro hospitalario, como se indica a continuación:

AGB: 88.6%

## **Ascension Saint Agnes**

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

## **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 de emergencia y otra 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, Elkridge 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 variable 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% del monto de ingresos del Nivel Federal de Pobreza, 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 la atención de emergencia y otra atención médicamente necesaria. 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](http://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 de la Política de Asistencia Financiera y del formulario de solicitud 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 poniéndose en contacto con el Departamento de Servicios Financieros para Pacientes al 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. 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**

**Tagalo**

**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:

La presente carta tiene la finalidad de 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 atención de emergencia y otra 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. Complete ambos lados e incluya fecha y firma antes de devolverla. Si usted completó una solicitud en los seis meses pasados y se le aprobó la asistencia financiera, 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 ha vivido 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 elementos 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 y/o 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 últimos 3 meses
- 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 sus familiares y amigos, no necesita llenar el formulario de Carta de respaldo.

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

Tome en cuenta que se debe recibir la solicitud completa, 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