

Ayuda Financiera

La intención de esta política es de servir como una guía para ayudar en la prestación de la atención al paciente o la gestión de los servicios hospitalarios. No pretende reemplazar el juicio profesional en el cuidado del paciente o asuntos administrativos.

PROPÓSITO:

FRHS se compromete a proporcionar atención médica de alta calidad para todos los pacientes, independientemente de su capacidad de pago y sin discriminación por motivos de raza, color, origen nacional o credo. El propósito de este documento es presentar un conjunto formal de políticas y procedimientos diseñados para ayudar al personal de Servicios Financieros para Pacientes del hospital en su aplicación diaria de este compromiso. Los procedimientos describen cómo se deben realizar las solicitudes de asistencia financiera, los criterios de elegibilidad y los pasos para procesar las solicitudes.

Esta política está destinada a cumplir con la Sección 501 (r) del Código de Impuestos Internos y ha sido adoptada por el Consejo de Administración de FRHS.

POLÍTICA:

Esta política se aplica a todos los pacientes que buscan atención de emergencia u otra atención médicamente necesaria en *Frederick Regional Health System*. Esta política también se aplica a pacientes que buscan tratamiento en cualquier consultorio médico propiedad del Sistema de Salud Regional de Frederick. Estas entidades se denominan colectivamente de aquí en adelante como "FRHS".

Los procedimientos de Asistencia Financiera están diseñados para ayudar a las personas que califiquen para una cobertura inferior a la total bajo los Programas de Asistencia Médica Federales, Estatales y Locales disponibles, pero cuyos saldos pendientes pagaderos por el paciente exceden su propia capacidad de pago. La teoría subyacente es que una persona, durante un período de tiempo razonable, puede esperar pagar solo un porcentaje máximo de su ingreso disponible para los gastos incurridos mientras está en el hospital. Cualquier cantidad pagadero por el paciente que exceda este porcentaje representaría una dificultad financiera indebida para el paciente o su familia y puede ajustarse como Asistencia financiera.

PROCEDIMIENTO:

A. VISIÓN GENERAL

1. La asistencia financiera se puede ofrecer antes, durante o después de que se presten los servicios. Después de presentar la solicitud, el hospital enviará una carta de reconocimiento al

paciente dentro de dos (2) días hábiles y se tomará una determinación de elegibilidad dentro de los treinta (30) días.

a. A los fines de esta política, la "asistencia financiera" se refiere a los servicios de atención médica prestados sin cargo o a un costo reducido para los pacientes que reúnan los requisitos.

i. Una lista de nuestros proveedores de servicios de atención médica está disponible en <https://www.fmh.org/Find-a-Doctor.aspx>. Solo los proveedores empleados por FRHS están cubiertos por esta política y están indicados en la lista de proveedores.

ii. Radiólogos, Anestesiólogos, Doctores en la Sala de Emergencias, y Médicos *Hospitalistas* cobran por aparte y estos cobros no serán cubiertos bajo esta política.

b. Si un proveedor no está cubierto por esta política, los pacientes deben comunicarse con la oficina del proveedor para determinar si hay asistencia financiera disponible.

c. Si un paciente necesitara ayuda para solicitar para la asistencia financiera; hay ayuda disponible en nuestra ubicación en 400 West Seventh St. Frederick, MD 21701. Los pacientes también pueden llamar al 240-566-4214 si tienen alguna pregunta sobre el proceso de solicitud de asistencia financiera.

2. Aviso de disponibilidad de asistencia financiera:

a. FRHS pondrá a disposición folletos informando al público sobre su Política de Asistencia Financiera. Dichos folletos estarán disponibles en toda la comunidad y dentro de las ubicaciones de FRHS.

b. Se publicarán avisos de la disponibilidad de asistencia financiera en las áreas de admisión apropiadas, el departamento de Servicios Financieros para el Paciente y otras áreas clave de acceso del paciente.

c. Se incluirá una declaración sobre la disponibilidad de asistencia financiera en los estados de cuenta de los pacientes.

d. Se proporcionará un Resumen en Lenguaje Sencillo de la Política de Asistencia Financiera de FRHS a los pacientes que reciben servicios para pacientes hospitalizados con su Resumen de Facturas y se pondrá a disposición de todos los pacientes que lo soliciten.

e. La Política de Asistencia Financiera de FRHS, un Resumen de la Política en Lenguaje Sencillo y la Solicitud de Asistencia Financiera están disponibles para los pacientes que lo soliciten en FRHS, a través del correo (servicio postal) y en el sitio web de FRHS en <https://www.fmh.org/billing>.

f. La Política de Asistencia Financiera de FRHS, el Resumen en Lenguaje Sencillo y la Solicitud de Asistencia Financiera están disponibles en español.

i. Anualmente, FRHS evaluará las necesidades de nuestra comunidad que no dominan el idioma del inglés y se determinará si se necesitan traducciones adicionales.

3. Disponibilidad de Asistencia Financiera: FRHS se reserva el derecho, a su exclusivo criterio, de determinar la capacidad de pago del paciente, de acuerdo con las leyes federales y de Maryland.

a. La asistencia financiera se puede extender cuando se haya realizado y documentado una revisión de las circunstancias financieras individuales de un paciente. Esto puede incluir los gastos médicos existentes del paciente, incluidas las cuentas que se hayan endeudado, así como los gastos médicos proyectados.

b. Todos los pacientes que se presentan para servicios de emergencia serán tratados independientemente de su capacidad de pago.

c. Para los servicios emergentes, las solicitudes de asistencia financiera se completarán, se recibirán y se evaluarán retrospectivamente y no retrasará la atención de los pacientes.

4. Limitación de los Cargos: A las personas elegibles para cuidado a costo reducido según esta política no se les cobrará más que los cargos estándar del hospital, según lo establecido por la Comisión de Revisión de Costos de los Servicios de Salud de Maryland (HSCRC).

a. La estructura de tarifas de FRHS está regida por la autoridad de fijación de tarifas del HSCRC. Como un "sistema de pagador total", toda la atención al paciente se cobra de acuerdo con los recursos consumidos en el tratamiento, independientemente de la capacidad de pago del paciente.

b. Los cargos se desarrollan en base a un valor relativo predeterminado establecido por el HSCRC a la tasa de unidad aprobada y desarrollada por el HSCRC.

B. ELEGIBILIDAD PARA EL PROGRAMA

1. FRHS se esfuerza por garantizar que la capacidad financiera de las personas que necesitan servicios de atención médica no les impida buscar o recibir dicha atención. FRHS se reserva el derecho de otorgar asistencia financiera sin que los pacientes realicen una solicitud formal. Estos pacientes pueden incluir personas sin hogar o devueltos por el correo postal sin dirección de reenvío.

2. Los pacientes que no cuentan con seguro médico, no tienen seguro suficiente, no son elegibles para un programa gubernamental o no pueden pagar la atención médicamente necesaria pueden ser elegibles para el Programa de Asistencia Financiera de FRHS.

3. Servicios Elegibles bajo esta Política. Los servicios de atención médica que son elegibles para recibir asistencia financiera incluyen:

- a. Servicios médicos de emergencia proporcionados en un entorno de la sala de emergencia;
- b. Servicios para una condición que, si no se trata con prontitud, daría lugar a un cambio adverso en el estado de salud del individuo;
- c. Servicios no electivos proporcionados en respuesta a circunstancias que amenazan la vida en un entorno que no sea de la sala de emergencia; y

d. Servicios médicamente necesarios.

i. Un servicio médicamente necesario es uno que está razonablemente calculado para prevenir, diagnosticar, corregir, curar, aliviar o prevenir el empeoramiento de las condiciones en un paciente que: (i) pone en peligro la vida; (ii) causa sufrimiento o dolor; (iii) resulta en enfermedad; (iv) amenazan con causar o agravar un impedimento; o (v) causa deformidad física o mal funcionamiento.

ii. Un servicio o artículo no es médicamente necesario si hay otro servicio o artículo que sea igualmente seguro y efectivo y sustancialmente menos costoso, incluyendo, cuando apropiado, sin tratamiento en absoluto.

iii. Los servicios experimentales o servicios que generalmente son considerados por la profesión médica como tratamientos inaceptables no son médicamente necesarios.

4. Exclusiones para la Asistencia Financiera: Las exclusiones específicas de la cobertura bajo el programa de Asistencia Financiera incluyen lo siguiente:

a. Pacientes cuyo programa de seguro o política niega la cobertura de los servicios recibidos (por ejemplo, HMO, PPO, Compensación de trabajadores o Medicaid);

i. Se pueden hacer excepciones a esta exclusión, a exclusivo criterio de FRHS, teniendo en cuenta las implicaciones médicas y programáticas.

b. Saldos sin pagar resultantes de servicios cosméticos u otros servicios no médicamente necesarios;

c. Artículos de conveniencia para el paciente.

5. Inelegibilidad: Los pacientes pueden perder su derecho a recibir asistencia financiera para una fecha específica de servicio por las siguientes razones:

a. Después de ser notificado por FRHS, se niega a proporcionar la documentación solicitada o la información requerida para completar una Solicitud de Asistencia Financiera dentro de los 240 días posteriores a que el paciente reciba el primer estado de cuenta posterior al alta (aproximadamente 8 meses).

b. A menos que busque servicios médicos de emergencia, tenga cobertura de seguro a través de un HMO, PPO, Compensación para Trabajadores, Medicaid u otros programas de seguro que denieguen el acceso a FRHS debido a restricciones / límites del plan de seguro.

a. No pagar los copagos según lo exige el Programa de Asistencia Financiera.

b. Incumplimiento de mantenerse al día con los acuerdos de pago existentes con FRHS.

c. No hacer los arreglos apropiados sobre las obligaciones de pago pasadas adeudadas a FRHS (incluidos aquellos pacientes que fueron remitidos a una agencia de cobro externa por una deuda anterior).

d. Negarse a someterse a un examen o solicitar otros programas de asistencia antes de enviar una solicitud al Programa de Asistencia Financiera, a menos que FRHS pueda determinar fácilmente que el paciente no cumpliría con los requisitos de elegibilidad.

6. Los pacientes que no sean elegibles para el programa deberán abonar los saldos pendientes y pueden ser sometidos a un servicio de colección si el saldo no se paga en los plazos acordados.

7. Los pacientes que indiquen que están desempleados y no tienen cobertura de seguro deberán presentar una Solicitud de Asistencia Financiera a menos que cumplan con los criterios de elegibilidad de Asistencia Financiera presunta (consulte la Sección C.2 a continuación).

a. Si el paciente califica para la cobertura de COBRA, la capacidad financiera del paciente para pagar las primas de seguro COBRA deberá ser revisada por el personal apropiado y se deberán hacer recomendaciones al personal directivo superior para su aprobación.

b. Se le animará a las personas con la capacidad financiera para comprar un seguro de salud a que lo hagan como un medio para garantizar el acceso a los servicios de atención médica.

8. Los montos de cobertura se calcularán utilizando una escala de tarifas basada en las pautas federales de pobreza. Un ejemplo de la dicha escala se incluye en el Apéndice 1.

C. LAS PAUTAS DE ASISTENCIA AL PACIENTE

1. Los servicios elegibles bajo esta Política estarán disponibles para el paciente en una escala de tarifas como se describe en esta sección; además, los planes de pago basados en la capacidad de pago del paciente están disponibles de forma individual.

2. El Departamento de Salud y Servicios Humanos actualiza anualmente las pautas de pobreza federal de EE. UU. A continuación se muestra un ejemplo de la escala que Frederick utilizará para determinar la elegibilidad del paciente para recibir asistencia financiera. Visite nuestro sitio web en: <https://www.fmh.org/billing>.

a. Los pacientes cuyo ingreso familiar es igual o inferior al 200% del Nivel Federal de Pobreza (FPL) son elegibles para recibir atención gratuita.

b. Los pacientes cuyos ingresos familiares superan el 200% pero no más del 250% del FPL son elegibles para recibir un descuento del 80% del saldo de su cuenta.

c. Los pacientes cuyos ingresos familiares superan el 250% pero no más del 300% del FPL son elegibles para recibir un descuento del 60% del saldo de su cuenta.

d. Los pacientes cuyos ingresos familiares superan el 300% pero no más del 350% del FPL son elegibles para recibir un descuento del 40% del saldo de su cuenta.

e. Los pacientes cuyos ingresos familiares superan el 350% pero no más del 400% del FPL son elegibles para recibir un descuento del 20% del saldo de su cuenta.

D. ASISTENCIA FINANCIERA PRESUMPTIVA

1. Los pacientes pueden ser elegibles para recibir asistencia financiera presuntamente. Hay casos en que un paciente puede parecer elegible para recibir asistencia financiera, pero no hay un formulario de Asistencia Financiera ni documentación de respaldo en el expediente. A menudo, hay información adecuada proporcionada por el paciente u otras fuentes que es suficiente para determinar la elegibilidad para la asistencia financiera.

a. En caso de que no haya evidencia para respaldar la elegibilidad de un paciente para asistencia financiera, FRHS se reserva el derecho de utilizar agencias externas, o modelos de la pensión a pagar para determinar la elegibilidad para asistencia financiera.

b. Los pacientes que son determinados a satisfacer presunta elegibilidad recibirán atención gratuita en esa fecha de servicio. Elegibilidad Presunta para Asistencia Financiera solo cubrirá la fecha específica de servicio del paciente.

2. La elegibilidad presunta puede determinarse sobre la base de circunstancias de vida individuales que pueden incluir:

a. Cobertura de farmacia activa del seguro de Medical Assistance;

b. Cobertura de beneficiarios calificados de Medicare ("QMB") (cubre los deducibles de Medicare) y cobertura de beneficiarios de Medicare de bajos ingresos especiales ("SLMB") (cubre las primas de la Parte B de Medicare);

- c. Falta de vivienda;
- d. Pacientes bajo la Petición de Emergencia del Sistema de Salud Pública de Maryland;
- e. Participación en programas para mujeres, bebés y niños ("WIC");
- F. Elegibilidad para cupones/estampillas para alimentos;
- g. Elegibilidad para otros programas de asistencia estatales o locales;
- h. Falleció sin bienes conocidos; y
- i. Pacientes que se determina que cumplen con los criterios de elegibilidad establecidos en el anterior Programa de Asistencia Médica solo estatal.

3. Los pacientes considerados supuestamente elegibles para recibir asistencia financiera con base en la participación en un programa de servicio social identificado anteriormente deben presentar un comprobante de inscripción dentro de los 30 días de dicha determinación de elegibilidad. Un paciente o un representante del paciente puede solicitar 30 días adicionales para presentar la prueba requerida.

4. Las exclusiones de la consideración de presunta elegibilidad incluyen:

- a. Procedimientos puramente electivos (por ejemplo, procedimientos cosméticos).
- b. Pacientes no asegurados atendidos en la Sala de Emergencia bajo Petición de Emergencia a menos y hasta que se haya facturado a la Administración de Salud del Comportamiento de Maryland (BHA).

E. PROGRAMA DE AYUDA ANTE DIFICULTADES – (MEDICAL HARDSHIP)

1. Los pacientes que caen fuera de los ingresos convencionales o que no son presuntamente elegibles para recibir asistencia financiera son potencialmente elegibles para la reducción de facturas a través del programa conocido en inglés como *Medical Hardship*.

a. Los pacientes pueden calificar bajo las siguientes circunstancias:

- i. Ingresos combinados del hogar menos del 500% de la Guía Federal de Pobreza;
- o
- ii. Haber incurrido una deuda médica colectiva familiar de un hospital, pueda que en FRHS exceda el 25% del ingreso familiar combinado durante un período de 12 meses.

(a) La deuda médica no incluye los co-pagos, co-seguros y deducibles.

2. FRHS aplica los criterios anteriores al saldo de un paciente después de que se hayan recibido los pagos del seguro.

3. Los montos de cobertura se calcularán usando una escala de tarifas basada en las pautas federales de pobreza. Puede ver un ejemplo de esta escala en nuestro sitio web; <https://www.fmh.org/billing>.

4. Si se determina que es elegible, los pacientes y su familia inmediata califican para la atención médicamente necesaria a un costo reducido, por un período de 12 meses a partir de la fecha en que se recibió inicialmente la atención médicamente necesaria.

5. En situaciones donde un paciente es elegible para el programa de *Medical Hardship* y los programas estándar de Asistencia Financiera, FRHS aplicará el mayor de los dos descuentos.

6. El paciente debe notificar a FRHS sobre su posible elegibilidad para este componente del programa de asistencia financiera.

F. ASISTENCIA BASADA EN CIRCUNSTANCIAS INDIVIDUALES: FRHS se reserva el derecho de considerar las circunstancias financieras individuales del paciente y la familia para otorgar cuidados a un costo reducido en exceso de los criterios establecidos por el Estado.

1. La elegibilidad, la duración y el descuento deberán ser específicos a la situación del paciente.

2. El saldo del paciente después de las cuentas de seguro puede ser elegible para su consideración.

3. Los casos que entran en esta categoría requieren una revisión y aprobación del nivel administrativo.

G. CONSIDERACIÓN DE LOS BIENES

1. Los activos financieros generalmente no se consideran como parte de la determinación de elegibilidad de asistencia financiera a menos que se los considere lo suficientemente sustanciales como para cubrir la totalidad o parte de la responsabilidad del paciente sin causar dificultades excesivas. Cuando se revisan los activos financieros, se tienen en cuenta las circunstancias financieras individuales del paciente, como la capacidad de reponer el activo financiero y el potencial de ingresos futuros.

2. Los siguientes activos están exentos de consideración:

a. Los primeros \$10,000 de activos monetarios para individuos, y los primeros \$25,000 de activos monetarios para familias.

b. Hasta \$150,000 en capital de residencia principal.

c. Activos financieros de jubilación, independientemente del saldo, a los que el IRS haya otorgado un tratamiento fiscal preferencial como una cuenta de jubilación. En general, esto consiste en planes que están exentos de impuestos y / o tienen penalizaciones por retiro antes de tiempo.

H. APELACIONES

1. Los pacientes cuyas solicitudes de asistencia financiera son denegadas tienen la opción de apelar la decisión. Las apelaciones deben hacerse por escrito y enviarse por correo a: FRHS 400 West Seventh Street Frederick, MD 21701, a la atención de: Financial Counseling Team (*Equipo de Asesoramiento Financiero*.)

2. Se le anima a los pacientes a enviar documentación de respaldo adicional que justifique por qué se debe anular la denegación.

3. Las apelaciones son documentadas y revisadas por un nivel de la gerencia superior para una reconsideración adicional.

4. Si la apelación de primer nivel no da como resultado la anulación de la denegación, los pacientes tienen la opción de pasar al siguiente nivel de gestión para una reconsideración adicional.

5. Las apelaciones se pueden elevar hasta el Director Financiero, quien tomará la decisión final.

6. Los pacientes que hayan presentado formalmente una apelación recibirán una carta de la determinación final.

I. REEMBOLSO DEL PACIENTE

1. Si, dentro de un período de dos (2) años después de la fecha del servicio, se determina que un paciente es elegible para recibir atención gratuita o de costo reducido según el Programa de Asistencia Financiera de FRHS, para esa fecha de servicio, se le reembolsará al paciente pagos que excedan su obligación financiera cuando tal reembolso sea mayor a \$5.00.

a. El período de dos (2) años puede reducirse a 240 días (aproximadamente 8 meses) después de la recepción del primer estado de cuenta posterior al alta, donde la documentación de FRHS demuestra la falta de cooperación del paciente o garante al proporcionar la documentación o la información necesaria para determinar la elegibilidad del paciente.

2. Si se determina que un paciente es elegible para recibir asistencia financiera después de que FRHS haya iniciado acciones extraordinarias de cobro (ECA), como informar a una agencia de

crédito, gravámenes o demandas legales, FRHS no tomará más ECA y tomará todas las medidas razonables disponibles para revertir cualquier ECA ya tomada.

J. OPERACIONES

1. FRHS designará a una persona o personas capacitadas que serán responsables de tomar las Solicitudes de Asistencia Financiera. Este personal puede ser asesores financieros, especialistas en cobros u otro personal capacitado designado.

2. Se hará todo lo posible para determinar la elegibilidad antes de la fecha de servicio. Siempre que sea posible, el personal designado consultará por teléfono o se reunirá con los pacientes que soliciten asistencia financiera para determinar si cumplen con los criterios preliminares de asistencia.

a. El personal completará un control de elegibilidad con el programa estatal de Medicaid correspondiente para determinar si los pacientes tienen cobertura actual o si pueden ser elegibles para la cobertura.

i. Para facilitar este proceso, cada solicitante debe proporcionar información sobre el tamaño y el ingreso de la familia (según lo definen las reglas de Medicaid).

b. FRHS proporcionará a los pacientes la Solicitud de Asistencia Financiera del Estado de Maryland y una lista de verificación de los documentos necesarios para una determinación final de elegibilidad.

i. Además de una Solicitud de Asistencia Financiera del Estado de Maryland completa, se les puede solicitar a los pacientes que envíen:

(a) Una copia de su Declaración de Impuestos Federales más reciente (si está casado y presenta una declaración por separado, luego también una copia de la declaración de impuestos del cónyuge y una copia de la declaración de impuestos de otra persona cuyos ingresos se consideran parte del ingreso familiar);

(b) Comprobante de ingresos por discapacidad (si corresponde);

(c) Una copia de sus comprobantes de sueldo más recientes (si están empleados), otra evidencia de ingresos de cualquier otra persona cuyos ingresos se consideran parte del ingreso familiar o documentación de cómo están pagando los gastos de manutención;

(d) Comprobante de los ingresos de Seguro Social (si corresponde);

(e) Una Notificación de Determinación de Asistencia Médica (si corresponde);

(f) Prueba razonable de otros gastos declarados; y

(g) Si está desempleado, prueba razonable de desempleo tal como un estado de cuenta de la Oficina de Seguro de Desempleo, una declaración de la fuente actual de apoyo financiero, etc.

3. Si un paciente no ha presentado una solicitud de asistencia financiera completa o cualquier documentación de respaldo requerida dentro de los 30 días posteriores a una solicitud formal, se enviará una carta recordando al paciente que hay asistencia financiera disponible e informando al paciente de las acciones de cobranza por medio de Colección que se realizarán si no se recibe la documentación.

a. Se incluirá en la carta una fecha límite para la presentación, antes del inicio de las acciones de Colección. Dicha fecha límite no será anterior a 30 días después de la fecha en que se proporciona la carta de recordatorio.

b. No habrán acciones extraordinarias de cobro, como informar a una agencia de crédito, gravámenes o demandas judiciales, tomadas antes de 120 días después del primer estado de cuenta posterior al alta (aproximadamente 4 meses).

c. Si se recibe la documentación después de que se iniciaron las acciones de Colección, pero dentro de los 240 días posteriores a la recepción por parte del paciente del primer resumen de facturación posterior al alta, FRHS suspenderá todas las acciones de cobranza y determinará si el paciente reúne los requisitos para recibir asistencia financiera.

4. Se debe incluir un resumen en lenguaje sencillo de esta política con la carta, y el personal de FRHS debe hacer un esfuerzo razonable para notificar verbalmente a la persona del programa de asistencia financiera de FMH.

5. Una vez que el paciente haya presentado toda la información requerida, el personal apropiado revisará y analizará la solicitud y la enviará al Departamento de Servicios Financieros del Paciente para la determinación final de la elegibilidad de acuerdo con las pautas de FRHS.

a. Si se determina que la solicitud de asistencia financiera del paciente está completa y apropiada, el personal apropiado recomendará el nivel de elegibilidad del paciente.

b. Para las solicitudes completadas, el paciente recibirá una carta notificándole la aprobación / denegación dentro de los 30 días posteriores a la presentación de las solicitudes completadas.

c. Si se determina que una aplicación está incompleta, se contactará al paciente con respecto a cualquier documentación o información adicional requerida.

i. Si se determina que un paciente no es elegible antes de recibir los servicios, todos los esfuerzos para cobrar co-pagos, deducibles o un porcentaje del saldo esperado del servicio, se

realizarán antes de la fecha del servicio o pueden programarse para la recolección en la fecha de servicio.

ii. Si se determina que un paciente no es elegible después de recibir los servicios, se obtendrá un acuerdo de pago, sujeto a la aprobación de FRHS, sobre cualquier saldo adeudado por el paciente.

6. Excepto como se indica a continuación, una vez que un paciente es aprobado para recibir asistencia financiera, dicha asistencia financiera entrará en vigor a partir de la fecha en que se reciba el tratamiento y los siguientes seis (6) meses calendario.

a. Para aquellos que califican para la atención a costo reducido debido a dificultades financieras, dicha calificación se aplicará por un período de doce (12) meses.

b. Casos presuntivos de asistencia financiera que se aplicarán solo a la fecha de servicio.

c. Si se proporcionan servicios de atención médica adicionales más allá del período de aprobación, los pacientes deben volver a solicitar continuar recibiendo asistencia financiera.

7. Lo siguiente puede resultar en la reconsideración de la aprobación de Asistencia financiera:

a. Descubrimiento posterior a la aprobación de una capacidad de pago; y

b. Cambios en los ingresos, activos financieros, gastos o estado familiar del paciente que se espera sean comunicados a FRHS.

8. FRHS rastreará la calificación de los pacientes para asistencia financiera o dificultades financieras. Sin embargo, es en última instancia responsabilidad del paciente informar a FRHS sobre su estado de elegibilidad al momento de la inscripción o al recibir una declaración de cuentas.

8. POLÍTICA DE CRÉDITO Y COLECCIONES

a. FRHS mantiene una Política de Crédito y Cobros separada que describe qué acciones puede tomar FRHS en caso de que un paciente no cumpla con su responsabilidad financiera.

b. Se puede obtener una copia de la política de Crédito y Cobro solicitando una copia al personal de FRHS o visitando el sitio web de FRHS.

c. FRHS mantiene una lista de todos los proveedores que no pertenecen a FRHS que pueden atender a pacientes mientras están en FRHS. Los proveedores que no pertenecen a FRHS facturan por separado por sus servicios y no todos participan en el Programa de Asistencia Financiera de FRHS.

d. Se puede obtener una copia de esta lista solicitando una copia del personal de FRHS o visitando el sitio web de FRHS en <https://www.fmh.org/Find-a-Doctor.aspx>.