



TÍTULO
Política de asistencia financiera

FECHA DE CREACIÓN ORIGINAL
04/05/2006

RESPONSABLE DEL DOCUMENTO
Finanzas

FECHA DE APROBACIÓN
24/abr./2018

Las copias impresas son solo para referencia. Consulte la copia electrónica para obtener la versión actualizada.

DEFINICIONES:

Servicio de caridad o asistencia financiera: servicios prestados a pacientes sin mediar anticipo de pago debido a la incapacidad de pago. La atención de caridad o asistencia financiera están disponibles a través del programa "Política de asistencia financiera" (FAP) del Yavapai Regional Medical Center (YRMC). El programa FAP es independiente y distinto de las deudas incobrables, que son cuentas a las que se extendió el crédito y se anticipó el pago pero no se cobró. Los servicios de médicos empleados por el YRMC también pueden ser elegibles en virtud del programa FAP dentro del alcance de los servicios de hospital prestados.

Medicamento necesario: se refiere a los servicios de atención médica prestados a pacientes internados o ambulatorios con el fin de evaluar, diagnosticar y/o tratar una lesión, enfermedad o trastorno, o sus síntomas, que en el caso de no tratarse representaría un riesgo para la salud del paciente. Los servicios deben ser clínicamente adecuados y encuadrarse en los estándares generalmente aceptados de la práctica médica; representar el servicio, dispositivo o suministro más adecuado y efectivo (en relación con el costo) que pueda proveerse de manera segura y esté disponible en un establecimiento del YRMC, cuyo objetivo primario no sea la conveniencia del paciente o del proveedor. De los servicios médicamente necesarios, se excluyen expresamente: servicios de atención médica que sean cosméticos, experimentales o que formen parte de un programa de investigación clínica; los honorarios profesionales de médicos particulares y/o que no pertenecen al YRMC; o servicios y/o tratamientos no provistos en un establecimiento del YRMC.

OBJETIVO:

A fin de extender la misión del YRMC a las comunidades donde presta servicios, el YRMC ofrecerá asistencia financiera para la atención médicamente necesaria, de manera objetiva, respetuosa, coherente y justa, a pacientes con bajos ingresos que no cuentan con seguro médico o cuentan con un seguro médico insuficiente.

POLÍTICA:

En línea con la declaración de su misión, el Yavapai Regional Medical Center (YRMC) prestará servicios de atención médica necesarios, incluso enfermedades clínicas de emergencia, a ciudadanos y residentes legales de los Estados Unidos de América, independientemente de discapacidad, orientación sexual, edad, sexo, raza, religión, creencias, nacionalidad de origen y capacidad de pago.

El YRMC asiste a las personas elegibles sin cobertura de seguro o con una cobertura de seguro insuficiente desestimando el total o parte de los cargos correspondientes a los servicios prestados por el YRMC.

PROCEDIMIENTO:

I. Proceso de solicitud, determinaciones sobre asistencia financiera y pago

- a. Completar una solicitud de FAP: los pacientes que deseen solicitar asistencia financiera deben completar una



TÍTULO		
Política de asistencia financiera		
FECHA DE CREACIÓN ORIGINAL	RESPONSABLE DEL DOCUMENTO	FECHA DE APROBACIÓN
04/05/2006	Finanzas	24/abr./2018

Las copias impresas son solo para referencia. Consulte la copia electrónica para obtener la versión actualizada.

solicitud de FAP en el plazo de 30 días de dársele el alta. De lo contrario, se continuará facturando al paciente y podría obtenerse una resolución judicial que le imposibilitaría recurrir al FAP. Puede obtenerse una copia de la solicitud de FAP en el sitio web del hospital en www.yrmc.org/patient-financial-services/financial-assistance o llamando a la oficina comercial en cualquier momento al (928) 771-5151. La compleción implica completar y presentar una solicitud de FAP junto con toda la documentación requerida correspondiente a los ingresos y bienes, a: P.O. Box 10070 Prescott, AZ 86304 o por fax al (928) 771-5744. La documentación provista con la solicitud completa de FAP debe incluir, según corresponda: copias de las tarjetas del Seguro Social, prueba de residencia, estados de cuenta bancarios o cooperativa de crédito de los últimos tres (3) meses, declaraciones de inversiones de los últimos tres (3) meses, formularios W-2 u otra información sobre los ingresos o el salario — como recibo de sueldo, cheques del Seguro Social o cheques del seguro de desempleo de los últimos tres (3) meses—, registros de actividad autónoma, cartas de adjudicación de ingresos/otorgamiento de beneficios para educación u otros documentos que prueben los ingresos y bienes; una copia de la declaración de impuestos actual del Servicio de Rentas Internas (IRS), estados de cuenta de hipoteca y declaraciones anuales del impuesto sobre bienes inmuebles; y documentos que prueben la relación de los miembros de la unidad familiar, incluso certificados de nacimiento o bautismo, documentos de adopción, licencia de matrimonio, documentos de la sentencia de divorcio o separación legal. El YRMC puede solicitar documentación adicional durante el proceso de revisión de la solicitud.

- c. Solicitudes incompletas: las solicitudes de asistencia financiera incompletas se desestimarán hasta o excepto que se completen. El YRMC conservará la solicitud incompleta y enviará una carta al paciente donde indicará la información necesaria y cómo presentar los documentos.
- d. Confidencialidad: el YRMC mantiene la confidencialidad con respecto a todas las solicitudes de FAP y la documentación de respaldo.
- e. Determinaciones sobre la elegibilidad: la oficina comercial del YRMC revisará las solicitudes de los pacientes y les informará los resultados por correo en el plazo de 30 días de recibir una solicitud completa y toda la documentación requerida. La determinación final con respecto a la asistencia financiera se le comunicará al paciente en una notificación por escrito de la determinación (ND). No se recurrirá a una agencia de cobros durante el proceso para determinar la asistencia.
- f. Los acuerdos respecto de los pagos luego de la determinación sobre la asistencia financiera del YRMC continuarán a fin de trabajar con los pacientes para resolver el pago del resto del saldo una vez tomada la determinación sobre la asistencia financiera. Los pacientes son responsables de acordar un plan de pago, admisible para ambas partes, con el YRMC en el plazo de 30 días de la ND (consulte los planes de pago).
- g. Notificación al paciente de remisión a una agencia de cobros luego del acuerdo sobre el plan de pago: el YRMC enviará como mínimo dos estados de cuenta mensuales a los pacientes que no hayan acordado un plan de pago luego de la ND o que no cumplan con el plan de pago acordado entre las partes. La notificación indicará al paciente el saldo y si su situación económica ha cambiado, tendrá la oportunidad de acordar un nuevo plan de pago. La notificación también indicará al paciente que el caso podrá remitirse a una agencia de cobros si no se resuelve. Esta comunicación tendrá lugar antes de ser remitido a una agencia de cobros.
- h. Suspensión de las actividades de cobro: con respecto a los pacientes que han completado una solicitud y la misma está en revisión, se suspenderá la actividad de cobro y cualquier interés devengado en su facturación.
- i. Compleción tardía de la solicitud: los pacientes pueden solicitar asistencia financiera en cualquier momento hasta



TÍTULO

Política de asistencia financiera

FECHA
DE
CREACIÓN
ORIGINAL

04/05/2006

RESPONSABLE DEL
DOCUMENTO

Finanzas

FECHA
DE APROBACIÓN

24/abr./2018

Las copias impresas son solo para referencia. Consulte la copia electrónica para obtener la versión actualizada.

que un tribunal competente dicte una resolución judicial.

- j. Intereses: el YRMC no cobrará intereses a los pacientes que participan en el programa FAP en relación con las cuentas con respecto a las que el paciente cumple los plazos predeterminados de pago.
- k. Esta política no contempla los requisitos relativos a los intereses de la agencia de cobros, con excepción de la suspensión de los intereses con respecto a las cuentas sometidas a revisión para otorgar la asistencia financiera.

II. Prácticas de cobro con respecto a los pacientes que reciben asistencia financiera

- a. En el caso de que un paciente no efectúe el pago y no inicie el proceso de solicitud de asistencia financiera, el YRMC continuará facturando al paciente durante al menos 120 días y puede decidir iniciar el proceso de cobro e incluso la posible remisión a una agencia de cobros. No obstante, antes de remitirlo a una agencia de cobros, el YRMC enviará un mínimo de tres (3) estados de cuenta cada 30 días o llamará dos veces a las cuentas con devolución postal a fin de procurar contactarse con el paciente en la dirección y los números de teléfono por este indicados y garantizar que la cuenta presente una morosidad de 120 días como mínimo. El Departamento de Servicios Financieros para el Paciente revisará las cuentas para garantizar que se haya hecho todo lo posible para determinar si las cuentas son elegibles para recibir Asistencia Financiera antes de enviar las cuentas a una agencia de cobros. Los estados de cuenta y las comunicaciones informarán al paciente el monto adeudado, la oportunidad de completar una solicitud de FAP y que al completar la solicitud el paciente puede calificar para obtener atención médica gratuita o con costos reducidos.
- b. Las cuentas con una morosidad de más de 120 días a partir de la fecha de liquidación y que han sido remitidas a una agencia de cobros pueden informarse a una agencia de informes crediticios y/o se puede iniciar otra acción legal para resolver la deuda.
- c. Las agencias con contrato con el YRMC indicarán a los pacientes el número de teléfono de atención durante las 24 horas del YRMC donde los pacientes pueden llamar para solicitar asistencia financiera, si el paciente solicita asistencia financiera durante el proceso de cobro.
- d. Los pacientes cuyas cuentas han sido remitidas a una agencia de cobros pueden solicitar asistencia financiera al YRMC, presentar una solicitud de FAP con la documentación requerida y ser considerados para una reducción de su factura. Estos pacientes estarán sujetos a la suspensión de las actividades de cobro descritas en el párrafo precedente.
- e. En los casos en que se ha provisto voluntariamente una escritura fiduciaria para garantizar la deuda con el YRMC, el YRMC no ejecutará el embargo a fin de que se venda, se desocupe o se ejecute la hipoteca de la residencia primaria del paciente a los efectos de pagar las facturas médicas pendientes.

IV. Criterios de elegibilidad para otorgar asistencia financiera al paciente en virtud del programa FAP

- a. El FAP emplea una escala variable de descuento según los ingresos y bienes de la unidad familiar del paciente.
- b. Los pacientes elegibles son personas sin seguro médico o con un seguro médico insuficiente que reciben servicios médicamente necesarios como paciente internado o ambulatorio en un establecimiento del YRMC y que, sujeto a la limitación sobre los bienes calificados descritos en la Sección V.e y V.f. a continuación:
 - i. No son elegibles para recibir la cobertura que cubriría estos servicios —ya sea en virtud de la cobertura del empleador, un seguro comercial, una cobertura financiada por el gobierno o una cobertura de seguro de responsabilidad civil (frente a terceros).



TÍTULO

Política de asistencia financiera

FECHA
DE
CREACIÓN
ORIGINAL

04/05/2006

RESPONSABLE DEL
DOCUMENTO

Finanzas

FECHA
DE APROBACIÓN

24/abr./2018

Las copias impresas son solo para referencia. Consulte la copia electrónica para obtener la versión actualizada.

- ii. Percibió ingresos familiares (conforme se definen a continuación) por debajo del 350 % del Índice Federal de Pobreza (consulte la Grilla del FPL) durante los 12 meses anteriores a la fecha de los servicios.
- iii. Reside en una de las comunidades donde el YRMC presta servicios. Un residente comunitario es una persona que reside en el área de servicio primaria de un establecimiento del YRMC. Para ser considerado un residente comunitario, el paciente debe haber residido en el área de servicio primaria durante al menos seis (6) meses antes de la fecha en que se prestaron los servicios. El requisito de los seis (6) meses de residencia no regirá para aquellas personas que residen fuera del área de servicio primaria de un establecimiento del YRMC pero requieren tratamiento de emergencia en viaje o durante una visita en el área de servicio primaria.
- c. Las determinaciones sobre la asistencia financiera se tomarán de manera uniforme con respecto a todos los pacientes, independientemente de la edad, el sexo, la raza, la religión, las creencias, la discapacidad, la orientación sexual, la nacionalidad de origen o la condición de inmigrante.
- d. En general, la asistencia financiera es secundaria respecto de todos los otros recursos financieros disponibles para el paciente, incluso seguro, programas gubernamentales, responsabilidad civil (frente a terceros) y bienes calificados.
- e. Las personas con acceso a un seguro médico, al reembolso de terceros por los servicios de atención médica o a asistencia gubernamental que se niegan a inscribirse, no aprovechan o no mantienen los requisitos de elegibilidad para dicha cobertura pueden ser excluidos para recibir asistencia financiera.
- f. La información del programa FAP del hospital puede utilizarse durante un período de seis (6) meses para calificar. Una vez transcurridos los seis (6) meses, se requiere una nueva solicitud para calificar para nuevos servicios de caridad.
- g. Las solicitudes de FAP se revisarán y aprobarán dentro de los límites establecidos a continuación:
 - i. Asesor financiero \$0 - \$5,000
 - ii. Director de Asesoramiento Financiero/supervisor \$5,001 - 10,000
 - iii. Director de Servicios Financieros para el Paciente \$10,001 -50,000
 - iv. Director de Servicios de Ciclo de Ingresos \$50,001 - 100,000
 - v. Director de Finanzas \$100,001 – más

V. Proceso para determinar el otorgamiento de asistencia financiera

- a. El nivel de asistencia calificado para los pacientes elegibles para el programa FAP se basará en los cargos estimados después de aplicarse un descuento por falta de cobertura del 30 % a los cargos facturados por el YRMC. A los pacientes que califican en virtud del FAP no se les cobrará más que los montos generalmente facturados por los servicios prestados. Los montos generalmente facturados se calculan anualmente determinando el porcentaje promedio pagado por los servicios prestados a Medicare y a los aseguradores particulares. Puede obtenerse una copia de este cálculo, si se solicita mediante llamada telefónica a la oficina comercial al (928) 771 - 5151. A partir de allí, la asistencia financiera se determinará utilizando una escala variable de tarifas basada en los ingresos de la unidad familiar (en comparación con el Índice Federal de Pobreza) y sujeto a una reducción basada en los bienes calificados.
- b. A fin de obtener asistencia financiera, el paciente debe establecer —mediante la compleción de una solicitud de FAP y la presentación de la documentación requerida— que los ingresos de la unidad familiar del paciente están



TÍTULO

Política de asistencia financiera

FECHA
DE
CREACIÓN
ORIGINAL

04/05/2006

RESPONSABLE DEL
DOCUMENTO

Finanzas

FECHA
DE APROBACIÓN

24/abr./2018

Las copias impresas son solo para referencia. Consulte la copia electrónica para obtener la versión actualizada.

por debajo del 350 % del Índice Federal de Pobreza (FPL).

- c. Se pueden contemplar excepciones en el caso de existir circunstancias atenuantes en función de la situación singular de la persona y los factores atenuantes. El monto de asistencia provisto por el YRMC puede ser superior al descrito en la Grilla del FPL del YRMC para el año en curso, pero no inferior.
- d. Los documentos utilizados para verificar el patrimonio y los ingresos de la unidad familiar incluyen (entre otros): copias de los recibos de sueldo, los cheques del Seguro Social o los cheques del seguro de desempleo de los últimos 90 días; copia de la declaración de impuestos actual del IRS; estados de cuenta bancarios actuales, estados de cuenta de fondo fiduciario, estados de cuenta de hipoteca y declaraciones anuales del impuesto sobre bienes inmuebles. En el caso de no percibir ingresos, debe presentarse una carta de sostenimiento de los individuos a cargo de las necesidades básicas del paciente. Si así lo solicita, el YRMC puede requerir la verificación adicional de ingresos y patrimonio.
- e. El YRMC puede solicitar un informe de historial de crédito para confirmar la información sobre la asistencia financiera según sea necesario.
- f. Los “ingresos de la unidad familiar” abarcan todos los ingresos antes de impuestos que aportan todas las personas mayores de 18 años que residen en el hogar.
- g. Los “bienes familiares o patrimonio familiar” se tendrán en cuenta en la determinación final de la elegibilidad para recibir los descuentos financieros. Los bienes familiares que se tendrán en cuenta abarcan todos los bienes líquidos (efectivo) y no líquidos que posee un miembro de la unidad familiar, incluso:
 - i Efectivo en cuentas de ahorros, cuentas corrientes, cajas de seguridad o en el hogar.
 - ii Valor de fideicomisos (incluso fideicomisos activos) en los que el paciente o garante tiene participación en el capital invertido en bienes raíces.
 - iii . Valor en efectivo de acciones, títulos, bonos del Tesoro, certificados de depósito y cuentas en el mercado monetario.
 - iv Valor en efectivo de pólizas de seguro de vida.
 - v Bienes personales (muebles) conservados como inversión, como joyas o colecciones de monedas.
 - vi Vehículos —excepto un automóvil de valor razonable utilizado como medio de transporte primario—, bienes inmuebles e ingresos de fondos percibidos por única vez o en un pago total, como herencias, premios de lotería o liquidación de seguros.
- h. Los “bienes calificados” se determinan calculando un cuarto del monto remanente una vez deducidos \$75,000.00 del valor total de los bienes o patrimonio de la unidad familiar del paciente. Por ejemplo: bienes calificados = $(\text{bienes familiares} - \$75,000.00) \times 0.25 \%$.
- i. Monto de asistencia financiera luego de computar los bienes calificados: un paciente que es elegible para recibir asistencia financiera en función de los ingresos de la unidad familiar obtendrá un monto de asistencia financiera reducido (o eliminado) por el saldo (si hubiere) de los “bienes calificados” del paciente.
- j. El YRMC se reserva el derecho a ofrecer asistencia financiera en los casos de que la solicitud esté incompleta o no se presente la solicitud cuando la información de que dispone demuestra la probabilidad de que el paciente sea elegible para recibir asistencia pero no es capaz de completar una solicitud. Por ejemplo, los pacientes de Medicare son elegibles para recibir asistencia financiera, pero pueden no ser elegibles para recibir beneficios retroactivos de Medicaid, y se podría otorgar asistencia financiera sin mediar solicitud. Las personas sin hogar son elegibles para recibir asistencia, pero quizá no sean capaces de completar una solicitud de asistencia. Los



TÍTULO
Política de asistencia financiera

FECHA DE CREACIÓN ORIGINAL
04/05/2006

RESPONSABLE DEL DOCUMENTO
Finanzas

FECHA DE APROBACIÓN
24/abr./2018

Las copias impresas son solo para referencia. Consulte la copia electrónica para obtener la versión actualizada.

pacientes con enfermedades clínicas graves y sin apoyo familiar pueden ser elegibles para recibir asistencia. En los casos en los que es evidente que un paciente es elegible, se puede proveer una asistencia financiera total sin mediar solicitud o sin completar una solicitud. En los casos en los que no es evidente, se puede proveer asistencia financiera; excepto para las cuentas de pacientes ambulatorios de \$100 y las cuentas de pacientes internos de \$1000. Estos saldos pueden aplicarse a la asistencia financiera ante la compleción de una solicitud o en el caso de que se obtenga nueva información que pruebe que el paciente es absolutamente elegible pero incapaz de completar una solicitud.

VI. Planes de pago para pacientes que reciben asistencia financiera

- a. Directrices para los montos de los planes de pago: el YRMC limitará los montos cobrados a pacientes sin seguro a no más del 20 % de los ingresos de la unidad familiar del paciente por año; excepto que la familia posea bienes que califiquen.
- b. A continuación se indican los plazos generales correspondientes a los planes de pago. Los planes se modificarán de modo que no superen el 20 % de los ingresos anuales de la unidad familiar.

Monto adeudado	Meses a pagar
\$75-250	3
\$251-500	5
\$501-1,000	7
\$1,001-2,000	13
\$2,001-3,000	18
\$3,001-4,000	22
\$4,001-5,000+	24
Si necesita extender el plan de pago, se encuentran disponibles planes de pago sin - intereses adicionales a través de Commerce Bank para los saldos mayores a \$5,000.	

Opciones adicionales a través de Commerce Bank	
Monto adeudado	Meses a pagar
\$5,000-\$9,999	36
\$10,000-\$50,000	60

- c. Los pacientes que cuentan con el programa FAP que satisfagan el plan de pagos mensuales acordado no serán remitidos a una agencia de cobros y no se les cobrará intereses sobre el saldo remanente.
- d. Los pacientes son responsables de informar a la oficina comercial en el caso de no poder cumplir con el plan de pago acordado. En el caso de no hacerlo, esto podrá derivar en una acción destinada al cobro de la cuenta una vez notificado debidamente al paciente.
- e. Los planes de pago que superen el plazo permitido se pueden aceptar con la aprobación del director, pero deberá



TÍTULO

Política de asistencia financiera

FECHA
DE
CREACIÓN
ORIGINAL

04/05/2006

RESPONSABLE DEL
DOCUMENTO

Finanzas

FECHA
DE APROBACIÓN

24/abr./2018

Las copias impresas son solo para referencia. Consulte la copia electrónica para obtener la versión actualizada.

completar una solicitud de asistencia financiera.

- f. Se insta a los pacientes a que realicen una contribución para la atención médica si se hallan por debajo del 150 % del FPL.

VII. Apelación de la determinación sobre la asistencia

- a. Los pacientes o sus representantes pueden apelar una determinación sobre asistencia financiera, para ello, deben presentar información adicional que demuestre su elegibilidad, como la verificación de los ingresos o una explicación de circunstancias atenuantes, ante la oficina comercial en el plazo de 30 días de recibir la ND. El director de la sección de Cobros de Servicios Financieros para el Paciente y el director o director adjunto de Servicios Financieros para el Paciente revisarán todas las apelaciones. Se notificarán los resultados a la parte responsable.

VIII. Contabilidad correspondiente a la atención de caridad

- a. Se llevará un registro independiente para las cuentas condonadas como atención médica de caridad y se conservará en la oficina comercial durante un mínimo de cinco (5) años.
- b. El personal utilizará el formulario “Aprobación de solicitud para recibir atención médica de caridad” cuando la cuenta por cobrar se apruebe para su condonación.
- c. Se remitirá una copia de la carta de aprobación a Servicios Médicos del YRMC para la revisión de la cuenta y realizar los ajustes pertinentes, si corresponde. El formulario se guardará junto con la solicitud en el archivo financiero.

IX. Comunicación con los pacientes. El YRMC asume el compromiso de informar a las personas en las comunidades donde presta servicios acerca de la disponibilidad de asistencia financiera a través del FAP. El YRMC ofrecerá asesoramiento financiero a los pacientes si se solicita y asistirá a aquellos que son elegibles con el proceso de solicitud de FAP.

- a. El YRMC comunica la disponibilidad de asistencia financiera en entornos de cuidados agudos apropiados, como las unidades de emergencias, las áreas de registro y en el sitio web del hospital.
- b. Todos los estados de facturación y de servicios informarán a los pacientes acerca de la disponibilidad de asistencia financiera.
- c. En las áreas de registro del hospital se publican carteles que informan a los pacientes la disponibilidad de asistencia financiera para los pacientes que califican que completan una solicitud de asistencia. Estos carteles informan a los pacientes que aquellos que califican y completan una solicitud pueden obtener atención médica gratuita o con costos reducidos.
- d. El material correspondiente al FAP, incluso tarjetas y folletos, está disponible en inglés y en español en el sitio web del hospital, en el área de ingreso y en la oficina comercial.
- e. El personal de asesoramiento financiero y de la oficina comercial está disponible en el hospital o en la oficina comercial para asistir a los pacientes a fin de que comprendan y soliciten inscribirse en programas de atención médica locales, estatales o federales, y el programa FAP del YRMC.
- f. Se hace todo lo posible para garantizar que todos los empleados del YRMC estén informados sobre cómo remitir a los pacientes para que soliciten el programa FAP del YRMC. Los programas anuales destinados a instruir al personal se ofrecen a todo el personal de la oficina comercial y del área de ingreso.



TÍTULO

Política de asistencia financiera

FECHA
DE
CREACIÓN
ORIGINAL

04/05/2006

RESPONSABLE DEL
DOCUMENTO

Finanzas

FECHA
DE APROBACIÓN

24/abr./2018

Las copias impresas son solo para referencia. Consulte la copia electrónica para obtener la versión actualizada.

- g. Los pacientes pueden solicitar información sobre la asistencia financiera, una copia de esta política o de la solicitud de FAP llamando al número de la oficina comercial al (928) 771-5151, disponible las 24 horas. El correo de voz está habilitado y se hará un seguimiento de las llamadas en el plazo de dos (2) días hábiles.
- h. A los pacientes se les proporciona información acerca de la disponibilidad de asistencia financiera ante el registro o el ingreso a áreas de cuidados agudos del YRMC.
- i. Esta política y la solicitud de FAP para recibir asistencia en virtud del programa FAP del YRMC están disponibles en el sitio web del YRMC en www.yrmc.org/patient-financial-services/financial-assistance, en las áreas de registro de pacientes para cuidados agudos o por correo de la oficina comercial. Los documentos de la solicitud de FAP incluyen instrucciones sobre cómo completar el formulario de solicitud y los tipos de documentos de respaldo que son necesarios para completar el proceso de solicitud. También comprende instrucciones sobre cómo enviar el formulario.
- j. Algunas personas como el médico o los familiares del paciente, los grupos comunitarios o religiosos, los servicios sociales o el personal del hospital pueden solicitar asistencia financiera en nombre del paciente.

[Enlace a la Grilla del FPL](#)

[Enlace a los profesionales que participan](#)