

Cómo obtener ayuda para pagar su factura

Esta información está dirigida a cualquier persona que reciba los servicios de un centro de atención del AdventHealth o de un proveedor de atención de la salud afiliado. Puede ver una lista de centros de atención del AdventHealth en www.adventhealth.com. Como hospital con un sistema basado en la fe, proporcionamos atención médica a todos los pacientes, incluidos aquellos que tienen dificultades para pagar los servicios, debido a que tienen ingresos limitados. Usted puede pedir ayuda con su factura en cualquier momento durante su hospitalización o en el proceso de facturación.

Cómo reunir los requisitos para recibir ayuda

Si usted recibe atención de emergencia o servicios que son necesarios desde el punto de vista médico y no tiene cobertura médica de un asegurador comercial o programa de gobierno, es posible que reúna los requisitos para recibir asistencia financiera. La cantidad que reciba de asistencia dependerá de sus ingresos anuales y del tamaño de su familia. Si su ingreso anual es igual o inferior al 200 % de las Pautas Federales de Pobreza actuales probablemente no tenga que pagar la factura.

Pautas Federales de Pobreza para 2022	
Tamaño de la familia	200 % de pobreza
1	US \$ 27.180
2	US \$ 36.620
Por cada persona adicional, sume US \$ 4.720	

Si su ingreso no cumple las pautas para que se cubra el costo de toda su factura, es posible que usted todavía pueda reunir los requisitos para recibir ayuda para pagar parte de su factura. Es posible que también reúna los requisitos con base en otros factores de su solicitud.

Cómo solicitar ayuda

Puede solicitar ayuda con su factura en persona, por correo o por teléfono. Para obtener una solicitud, llame a nuestro departamento de Servicio al Cliente, visite nuestro sitio web o vaya al área de registro para pacientes en nuestro hospital. Nuestro número de teléfono, sitio web y dirección se encuentran en la sección de ayuda financiera (financial assistance) de nuestro sitio web y en la primera página de este documento impreso. Esta información también está disponible en otros idiomas en nuestro sitio web o en el área de registro para pacientes.

Atención de emergencia y necesaria desde el punto de vista médico

Si usted reúne los requisitos para recibir ayuda para pagar su factura, no se le cobrará más por la atención de emergencia o que sea necesaria desde el punto de vista médico de lo que se le cobra a las

personas que tienen cobertura de seguro. Comparamos la cantidad que pagan los pacientes asegurados y sus compañías de seguros para determinar la cantidad que

usted debe pagar. Puede consultar nuestra política de beneficencia en nuestro sitio web.

Documentación de respaldo

Si desea participar en nuestro programa de asistencia financiera, usted será responsable de proporcionar la información y documentación de forma oportuna. Usted tendrá que compartir toda la información acerca de sus beneficios de salud, ingresos, activos y cualquier otra cosa que nos ayude a determinar si usted reúne los requisitos para recibir asistencia. La documentación podría incluir estados de cuenta bancarios, formularios de impuestos y talones de cheque.

Actividades de cobro

Las facturas que no se paguen 100 días después de la primera fecha de facturación pueden ser reportadas a una agencia de cobro. Las facturas que no se paguen 120 días después de la primera fecha de facturación pueden ser reportadas en su historial de crédito o en el historial de crédito de su fiador. Usted o su fiador pueden llenar una solicitud para solicitar ayuda con su factura en cualquier momento durante el proceso de cobro.

SOLICITUD DE ASISTENCIA FINANCIERA

(Se deben llenar todos los campos a menos que se indique lo contrario)

Apellido y nombre del paciente	Fecha de nacimiento	Número de seguro social	*Número de personas que viven en el hogar	Ingreso anual del hogar en los últimos 12 meses \$
Si es menor, apellido y nombre del fiador	Fecha de nacimiento	Número de seguro social	Fuente de ingresos del fiador	
Vehículos en el hogar incluidos automóviles, barcos o casas rodantes (año/marca/modelo) (Opcional)	Saldo en la cuenta corriente o de ahorros (Opcional)	Propiedades que posee y su valor estimado (Opcional)	Saldos en las cuentas de inversión/certificado de depósito (CD)/jubilación (Opcional)	Otros activos (Opcional)
Dirección del paciente		Número de teléfono particular	Si el ingreso es \$0, marque una opción:	
Ciudad, estado y código postal		Número de teléfono alternativo	Vive con pariente(s)	
Número de niños menores de 21 años en el hogar: _____		Vive con amigo(s)		
		Jubilado		
		Desempleado		
		Discapacitado		
		Sin hogar		

Lea lo siguiente antes de firmar. CERTIFICO que la información que proporcioné es verdadera y correcta a mi leal saber y entender. Independientemente o con la ayuda del personal del hospital solicitaré ALGUNA o TODA la asistencia que pueda estar disponible a través del gobierno federal, estatal y local, así como de fuentes privadas, para ayudar a pagar esta factura del hospital. Entiendo que si no coopero con mi proveedor del hospital para suministrar la información solicitada, mi solicitud de posible ayuda financiera podría ser denegada. Por este medio doy permiso y autorizo a cualquier agente autorizado del programa Medicaid a divulgar a mi proveedor del hospital TODA la información acerca del estado de mi solicitud de Medicaid, si la aplicación no resulta aprobada y la razón de su desaprobación. ASIGNARÉ a mi proveedor del hospital TODOS LOS FONDOS recibidos de las fuentes anteriormente mencionadas, los cuales se proporcionan para ayudar con esta FACTURA DEL HOSPITAL. Yo, por mi propia cuenta, y en nombre de mi(s) familiar(es) inmediato(s), representante(s) autorizado(s), médico(s), asesor(es) (incluidos los miembros del clero) y abogado(s), me comprometo a tener y mantener en la más estricta confidencialidad cualquier comunicación escrita o discusión oral entre mi proveedor del hospital y yo acerca de los asuntos relacionados con los servicios suministrados por mi proveedor del hospital. Entiendo que la información que presento está sujeta a verificación por parte de mi proveedor del hospital, incluidas las agencias de informe crediticio, y está sujeta a revisión por parte de las AGENCIAS FEDERALES o ESTATALES y otras, según sea necesario. AUTORIZO a mi empleador a divulgar mi prueba de ingreso a mi proveedor del hospital. ENTIENDO que si se comprueba que alguna información que proporcioné es falsa, mi proveedor del hospital reevaluará mi estado financiero y tomará cualquier medida que resulte apropiada. **A fin de calificar para recibir asistencia, es posible que se requiera al menos un elemento de documentación de respaldo que verifique el ingreso del hogar. Los documentos de respaldo pueden incluir, entre otros, la declaración de impuestos del año más reciente, un formulario W-2 actual, una carta de apoyo notariada, etc. Es posible que las solicitudes de asistencia sean denegadas si no se proporcionan documentos de respaldo. Cualquier saldo no pagado será elegible para otras acciones de cobro. [Solicitantes del Estado de Florida: Estatuto de Florida s.817.50 (1). Cualquiera que, voluntariamente y con la intención de defraudar, obtenga o intente obtener bienes, productos, mercancías o servicios de cualquier hospital en este estado será culpable de un delito menor en segundo grado, punible según se dispone en s.775.082 o s.775-083].**

Firma del solicitante/fiador

Fecha en que se completó este formulario

* Al calcular el número de personas en el hogar sólo se cuentan las siguientes personas: 1) parientes consanguíneos que viven en el hogar; 2) parientes por matrimonio que viven en el hogar; y 3) parientes por adopción legal que viven en el hogar.

For Office Use Only

For Office Use Only				
Reason for Service	GAI	DOS	Family Size	Total Charges
1.0x	1.5x	2.0x	25% Rule	
\$ _____	\$ _____	\$ _____	\$ _____	
Recommendation for account disposition				
Finance Committee Disposition				
_____	_____	_____	_____	_____
Manager	Date	Director	Date	

Objetivo

El AdventHealth (AH) está comprometido con la excelencia en la prestación de atención médica de alta calidad, a la vez que satisface las diversas necesidades de las personas que viven dentro de nuestra área de servicio. El AH está comprometido con la opinión de que la atención de emergencia u otros tipos de atención no opcionales y que son necesarios desde el punto de vista médico deben ser accesibles para todas las personas, sin importar la edad, el género, la ubicación geográfica, los antecedentes culturales, la movilidad física o la capacidad de pago. El AH está comprometido a proporcionar servicios de atención médica y reconoce que, en algunos casos, es posible que una persona no tenga la capacidad financiera para pagar por los servicios recibidos. Esta política tiene por objeto cumplir con la Sección 501(r) del Código de Ingresos Interiores y los reglamentos promulgados en virtud del mismo, y deberá ser interpretada y aplicada de conformidad con dichos reglamentos. Esta política ha sido adoptada por el consejo de administración de cada centro hospitalario del AH de acuerdo con los reglamentos de la Sección 501(r).

El AH proporciona atención de emergencia u otros tipos de atención no opcionales y que son necesarios desde el punto de vista médico a cada paciente individual sin discriminación, independientemente de su capacidad de pago, su capacidad de ser elegible para recibir asistencia financiera o la disponibilidad de cobertura de terceros. En caso de que la cobertura de terceros no esté disponible, se hace una asignación cada año para que los fondos estén disponibles para asistencia financiera. Siempre que sea posible, la determinación de la elegibilidad para recibir asistencia financiera se iniciará antes o en el momento de la admisión, por parte del consejero financiero. Esta política identifica las circunstancias en las que una organización hospitalaria del AH o una entidad sustancialmente vinculada (una sociedad que brinda atención de emergencia u otra atención médicamente necesaria en la que una organización hospitalaria del AH tiene un interés de propiedad) proporcionará atención sin costo con base en la necesidad financiera de la persona.

La póliza de asistencia financiera proporciona los lineamientos de asistencia financiera para pacientes individuales elegibles que pagan sus gastos y para pacientes individuales elegibles con saldos después del seguro que reciben servicios de emergencia u otros servicios no opcionales necesarios desde el punto de vista médico con base en la necesidad financiera. Esta política de asistencia financiera también proporciona pautas para las cantidades que se pueden cobrar a los pacientes que pagan por cuenta propia al recibir servicios que son necesarios desde el punto de vista médico. No se proporcionarán descuentos de asistencia financiera según la necesidad financiera para procedimientos opcionales, salvo que se determine a discreción exclusiva del centro hospitalario del AH según cada caso específico.

Política

Los servicios no opcionales se definen como una afección médica que de no recibir atención inmediata:

- pone la salud de la persona en grave peligro
- causa un deterioro grave de las funciones corporales o una disfunción grave de un órgano del cuerpo

Los tipos de pacientes que se considera que serán cubiertos por esta definición incluyen, entre otros:

- Pacientes ambulatorios del Departamento de Emergencias
- Admisiones del Departamento de Emergencias
- Seguimiento para pacientes internos/pacientes ambulatorios (inpatient/outpatient, IP/OP) relacionado con una visita de emergencia previa

Consulte el Apéndice de esta póliza para obtener una lista de todos los proveedores, distintos del centro de atención hospitalario del AH, que brindan atención de emergencia u otra atención necesaria desde el punto de vista médico en el centro de atención hospitalario del AH, y especifica qué proveedores están cubiertos por esta póliza de asistencia financiera y cuáles no. Se puede acceder a la lista de proveedores que está en el Apéndice de la póliza en línea en la página web del centro de atención hospitalario del AH. Se puede obtener una copia gratuita en papel en el Departamento de Servicios Financieros para el Paciente, del centro de atención hospitalario del AH.

La lista de proveedores se actualiza cada trimestre para añadir información nueva o faltante, corregir información errónea y borrar información obsoleta. La fecha de la actualización más reciente está incluida en la lista de proveedores.

Un centro de atención hospitalario del AH puede incluir nombres de médicos individuales, grupos de consultorios o cualquier otra entidad que brinde atención de emergencia o necesaria desde el punto de vista médico en el centro de atención hospitalaria del AH por el nombre que se usa para hacer el contrato con el hospital o para facturar a pacientes por la atención brindada.

A. La atención de emergencia o la atención no opcional y necesaria desde el punto de vista médico puede ser considerada para asistencia financiera si un paciente presenta alguna de las siguientes condiciones:

1. No se encuentra disponible una cobertura de terceros.
2. El paciente ya es elegible para recibir asistencia (por ejemplo, Medicaid), pero los servicios específicos no están cubiertos.
3. Los beneficios de Medicare o Medicaid ya se han agotado y el paciente no tiene capacidad de pago.
4. El paciente no está asegurado, pero cumple los requisitos para la asistencia con base en la necesidad financiera respecto del saldo del individuo después del seguro.
5. El paciente cumple los requisitos de beneficencia locales y estatales para recibir ayuda caritativa.
6. Los pacientes pueden solicitar asistencia financiera según los lineamientos establecidos en esta política.

Política

- B. Las Políticas de Asistencia Financiera, los Formularios de Solicitud de Asistencia Financiera y los Resúmenes en Términos Sencillos de las Políticas de Asistencia Financiera son transparentes y están disponibles para las personas atendidas en cualquier momento mientras los estén atendiendo, en los idiomas que sean apropiados para el área de servicio del AH en cumplimiento con la Ley de Servicios de Asistencia de Idiomas y en los idiomas principales de todas las poblaciones con dominio limitado del inglés que constituyan el menor entre 1,000 individuos o el 5% de los residentes de la comunidad atendida por el centro de atención hospitalario del AH (el conocimiento limitado en las poblaciones de habla inglesa que cumplen los criterios anteriores se referirá en adelante en esta política a las poblaciones que se ha definido que tienen un dominio limitado del inglés [Limited English Proficiency, LEP]).
1. Página web: los centros de atención hospitalaria del AH publicarán de forma prominente y notoria versiones completas y actualizadas de lo siguiente en sus respectivos sitios web:
 - a. Política de Asistencia Financiera (Financial Assistance Policy, FAP).
 - b. Formulario de Solicitud de Asistencia Financiera (Financial Assistance Application Form, FAA).
 - c. Resumen en Términos Sencillos de la Política de Asistencia Financiera (Plain Language Summary, PLS).
 - d. Información de contacto de los asesores financieros del centro hospitalario del AH.
 2. La página web indicará que una copia de la FAP, el Formulario de FAA y el PLS están disponibles y cómo obtener dichas copias en los idiomas principales de las poblaciones definidas como LEP.
 3. Los letreros se mostrarán de manera visible en los lugares públicos de los centros de atención hospitalaria del AH, incluidos todos los puntos de admisión y las áreas de registro y el Departamento de Emergencia. Todos los letreros que mencionen que la asistencia financiera puede estar disponible deberán contener los siguientes elementos:
 - e. Dirección del sitio web del centro hospitalario donde se puede acceder a la FAP, el PLS y al Formulario de FAA.
 - f. El número de teléfono y la ubicación física (número de sala) al que las personas pueden llamar o visitar para obtener copias de la FAP, el Formulario FAA o el PLS, o para obtener más información sobre la FAP, el PLS o el proceso de solicitud.
 4. La información de contacto sobre cómo y dónde las personas que pertenecen a las poblaciones definidas como LEP pueden obtener copias de la FAP, del Formulario FAA y del PLS. Cada centro hospitalario del AH deberá tener copias en papel de la FAP, del Formulario de FAA y del PLS disponibles bajo petición y sin costo alguno, tanto en lugares públicos dentro del centro hospitalario (incluido el Departamento de Emergencia y todas las áreas de admisión y de registro) como por correo. Estarán disponibles copias en papel en inglés y en los idiomas principales de las poblaciones definidas como LEP. Se dará una copia en papel del PLS a los pacientes como parte del proceso de ingreso o de alta.
 5. Visitas al asesor financiero: los asesores financieros buscarán proporcionar asesoría financiera personal a todas las personas que sean admitidas en un hospital del AH y que sean clasificadas como pacientes que pagan por cuenta propia. Se utilizarán intérpretes, como se indica, para permitir una comunicación significativa con las personas que tengan dominio limitado del inglés. La información sobre la elegibilidad para la asistencia financiera y los descuentos deberá estar disponible.

Política

6. El PLS se debe distribuir a los miembros de la comunidad atendida por el centro hospitalario del AH de manera calculada razonablemente para llegar a los miembros de la comunidad que tienen más probabilidades de necesitar asistencia financiera. Un ejemplo de esto sería la distribución de copias del PLS a las organizaciones en la comunidad que se ocupan de las necesidades de salud de las poblaciones de bajos ingresos.
 - c. Tanto el AH como los individuos atendidos comparten la responsabilidad de los procesos generales relacionados con la prestación de asistencia financiera.
1. Responsabilidades del AH:
 - a. El AH tiene una política de asistencia financiera para evaluar y determinar la elegibilidad de una persona para recibir asistencia financiera.
 - b. El AH tiene un medio para difundir ampliamente y comunicar la disponibilidad de asistencia financiera a todos los individuos de manera que se promueva la participación plena de la persona.
 - c. Los miembros del AH que trabajan en los Servicios Financieros para Pacientes y en las áreas de registro comprenden la política de asistencia financiera del AH y son capaces de dirigir preguntas con respecto a dicha política a los representantes del hospital adecuados.
 - d. El AH exige que todos los contratos con agentes terceros que cobran las facturas en nombre del AH incluyan cláusulas en un contrato escrito jurídicamente vinculante que establezcan que estos representantes seguirán las políticas de asistencia financiera del AH.
 - e. El Departamento del Ciclo de Facturación del AH proporciona una supervisión organizacional para la prestación de asistencia financiera y de las políticas o los procesos que rigen el proceso de asistencia financiera y facturación y cobro.
 - f. Después de recibir la solicitud de una persona para recibir asistencia financiera, el AH notifica a la persona acerca de la determinación de la elegibilidad dentro de un periodo razonable.
 - g. El AH ofrece opciones para arreglos de pago.
 - h. El AH reconoce y respeta el derecho de la persona a apelar las decisiones y a solicitar una reevaluación.
 - i. El AH mantiene (y exige que los contratistas de facturación mantengan) toda la documentación que respalde la oferta, la solicitud y la prestación de asistencia financiera por un periodo mínimo de siete años.
 - j. El AH revisará periódicamente e incorporará las pautas federales de pobreza en las actualizaciones publicadas por el Departamento de Salud y Servicios Humanos de Estados Unidos.
2. Responsabilidades de los pacientes individuales
 - a. Para ser considerada para recibir un descuento del 100 % en las tarifas en virtud de la política de asistencia financiera, la persona debe cooperar con el AH al proporcionar la información y documentación necesarias para solicitar otros recursos financieros existentes que podrían estar disponibles para el pago de la atención de la salud, como Medicare, Medicaid, responsabilidad civil, etc.

Política

- b. Para ser considerada para recibir un descuento del 100 % en las tarifas en virtud de la política de asistencia financiera, la persona debe proporcionar al AH la información financiera y de otro tipo necesaria para determinar la elegibilidad (esto incluye completar los formularios de solicitud necesarios y cooperar plenamente con el proceso de recopilación de información y evaluación).
 - c. A los pacientes que pagan por cuenta propia que no son elegibles para un descuento del 100 % en las tarifas con base en la necesidad financiera no se les facturará más de la cantidad que generalmente se factura a los individuos que cuentan con un seguro que cubra dicha atención y cooperarán con el hospital para establecer un plan de pago razonable.
 - d. Un paciente que paga por cuenta propia que no tiene derecho a un descuento del 100 % en las tarifas en virtud de la necesidad financiera debe esforzarse de buena fe en cumplir con los planes de pago de sus facturas de hospital. La persona es responsable de notificar inmediatamente al AH acerca de cualquier cambio en su situación financiera de manera que el impacto de este cambio se pueda evaluar en relación con las políticas de asistencia financiera que rigen la prestación de asistencia financiera, sus facturas del hospital o las disposiciones de los planes de pago.
- D. Las determinaciones de elegibilidad para recibir asistencia financiera y el proceso de solicitud de asistencia financiera serán equitativos, consistentes y oportunos.
1. Identificación de personas potencialmente elegibles. Las solicitudes de asistencia financiera se atenderán hasta 240 días después de la fecha en que el primer estado de cuenta posterior al alta se le haya entregado a la persona, ya sea por correo o por presentación de factura electrónica.
- a. Los procesos de registro y registro previo promueven la identificación de personas que necesitan asistencia financiera.
 - b. Los asesores financieros harán todo lo posible para ponerse en contacto con todos los pacientes hospitalizados que pagan por cuenta propia durante el transcurso de su hospitalización o en el momento de recibir el alta.
 - c. El PLS del centro hospitalario del AH se distribuirá junto con el formulario de FAA a cada persona al ingresar o al ser dada de alta del centro de atención hospitalario.
 - d. En todos los estados de cuenta se incluirá un aviso visible por escrito que notifique e informe a los destinatarios la disponibilidad de la asistencia financiera según la FAP del centro de atención hospitalario del AH e incluye lo siguiente: 1) el número de teléfono de la oficina o del departamento del centro de atención hospitalario del AH o que pueda proporcionar información sobre la FAP y sobre el proceso de solicitud de asistencia financiera; y 2) la dirección electrónica de la página web donde pueden obtenerse copias de la FAP, del formulario FAA y del PLS.
 - e. Se harán esfuerzos razonables para notificar oralmente a las personas sobre la FAP del centro de atención hospitalaria del AH y cómo la persona puede obtener asistencia con el formulario de FAA y el proceso.
 - f. A la persona se le proporcionará al menos una notificación por escrito (notificación de las acciones que se pueden tomar), junto con una copia del PLS que le informa que la asistencia financiera está disponible para las personas elegibles y que establece que el hospital puede tomar medidas para reportar información adversa sobre la persona

Política

a las oficinas de reporte de crédito o burós de crédito, o puede realizar otras acciones extraordinarias de cobro, si la persona no presenta un formulario de FAA o no paga la cantidad adeudada en un plazo determinado. Este plazo no puede ser menor de 120 días después de que se envíe el primer estado de cuenta a la persona después del alta. La notificación debe le debe proporcionar a la persona por lo menos 30 días antes de la fecha límite indicada en la notificación.

2. Solicitudes para recibir asistencia financiera. Las solicitudes para recibir asistencia financiera se podrán recibir a través de diversas fuentes (entre ellas el paciente, un miembro de la familia, una organización de la comunidad, una iglesia, una agencia de cobro, un cuidador, Administración, etc.).
 - a. Las solicitudes que se reciban por parte de terceros se dirigirán a un asesor financiero.
 - b. El asesor financiero trabajará con los terceros para ofrecer los recursos disponibles para ayudar a la persona en el proceso de solicitud.
 - c. Si se solicita, se brindará una carta de gastos estimados a las personas que soliciten una descripción escrita de los cargos estimados.
3. Criterios de elegibilidad
 - a. Para ser elegible para un descuento del 100 % de los cargos aplicables (es decir, la cancelación total del pago para los pacientes que pagan por su cuenta y la cancelación total del pago de la porción que corresponde al paciente después del seguro) el ingreso familiar de la persona debe estar por debajo del 200 % de las actuales Pautas Federales de Pobreza. A los pacientes que pagan por su cuenta que tienen ingresos familiares que exceden el 200 % de las actuales Pautas Federales de Pobreza no se les cobrará una cantidad mayor a la que generalmente se cobra a las personas que tienen un seguro que cubre dicha atención.
 - b. La cantidad que se cobra a cualquier persona elegible para la FAP por una emergencia o cualquier otra atención que sea necesaria desde el punto de vista médico se basará en los montos que generalmente se cobran (amounts generally billed, AGB) a las personas que tienen un seguro que cubre dicha atención en cada hospital específico del AH. Cada centro de atención hospitalaria del AH determinará su AGB mediante la determinación del porcentaje de AGB y la multiplicación de ese porcentaje por los cargos brutos por los servicios provistos a la persona. Todos los centros hospitalarios del AH utilizarán el método de revisión descrito en §1.501(r)-5(b) para determinar los AGB. Las personas pueden comunicarse con un miembro del equipo de Servicios Financieros para Pacientes del hospital del AH pertinente a un número de teléfono que figura en un anexo de esta política para obtener una hoja de información escrita y gratuita que establece el porcentaje de los AGB del centro hospitalario del AH pertinente y una explicación de cómo se determina el porcentaje de los AGB.
 - c. Los cobros a una persona elegible por la asistencia financiera según la FAP del centro de atención hospitalario del AH por cualquier servicio médico será menor que los cargos brutos por dicha atención.
 - d. Si el umbral de asistencia financiera máximo del 200 % necesita expandirse debido a condiciones específicas del mercado (incluidas la competencia y las relaciones públicas), el representante de la entidad debe presentar la excepción al Comité del Grupo Principal de Finanzas del Hospital (Senior Hospital Finance Group, SHFG) del AdventHealth para su aprobación.

Política

- e. Además de la evaluación del nivel de ingreso tal como se describe arriba, también se puede aplicar una evaluación de recursos del activo opcional para determinar la elegibilidad para recibir asistencia financiera. Una evaluación de activos es obligatoria sólo para los pacientes de Medicare. Una evaluación de activos para los pacientes que no son de Medicare es opcional. Para efectos de esta política, el monto de la responsabilidad del paciente es del 100 % de la porción del paciente que no excederá lo que sea MAYOR de: 1) el siete por ciento (7 %) de los activos disponibles o 2) el pago requerido por la política de asistencia financiera. Se define a los “Activos disponibles” como efectivo, equivalentes de efectivo e inversiones que no son de jubilación.
- f. Cuando se determinan los ingresos de una persona, se aplican los siguientes términos:
- g. El tamaño y el ingreso familiar incluyen a todos los miembros de la familia directa y otros dependientes en la familia como se indica a continuación:
 1. Un adulto y, si está casado, un cónyuge.
 2. Cualquier hijo biológico o adoptado del adulto o el cónyuge.
 3. Cualquier menor del que el adulto o cónyuge ha recibido la responsabilidad legal por parte de un tribunal.
 4. Cualquier estudiante mayor de 18 años de edad, que depende de la familia en más del 50% de la manutención (se necesita la declaración de impuestos actual del adulto responsable).
 5. Cualquier otra persona que depende del ingreso de la familia en más del 50% de la manutención (se necesita la declaración de impuestos actual del adulto responsable).
- g. El ingreso se puede verificar mediante el uso de un estado financiero personal o la obtención de copias más recientes del Formulario W-2 del solicitante, el Formulario 1040 más reciente, los estados de cuenta bancarios o cualquier otro formulario de documentación que respalde el ingreso informado.
- h. Se debe mantener la documentación que respalda la verificación del ingreso y los activos disponibles en los archivos de los pacientes para referencia futura.
- i. Se puede generar un reporte de crédito a fin de identificar gastos, obligaciones e ingresos adicionales para ayudar a desarrollar un conocimiento pleno de las circunstancias financieras de la persona. Se puede usar una herramienta de puntuación de terceros para justificar la elegibilidad de asistencia financiera.
- j. Los formularios de solicitud de asistencia financiera serán considerados hasta 240 días después de que se le entrega el primer estado de cuenta posterior al alta al paciente o cuando se determina un cambio en el estado financiero del paciente. No se necesitará repetir la solicitud de asistencia financiera para las fechas de servicio incurridas hasta tres (3) meses después de la última fecha de aprobación de la solicitud.
- k. Presunta elegibilidad: las personas que están aseguradas y están representadas por una o más de las siguientes opciones pueden considerarse elegibles para recibir una asistencia financiera más generosa a falta de un Formulario de solicitud de asistencia financiera:

Política

- la persona es un indigente;
- la persona ha fallecido y no tiene herencia conocida que pueda pagar las deudas con el hospital;
- la persona está encarcelada por un delito;
- la persona es elegible actualmente para Medicaid, pero no lo era en la fecha del servicio;
- la persona es elegible por el Estado para recibir asistencia según la Ley de compensación para víctimas de crímenes violentos o la Ley de compensación para víctimas de agresión sexual;
- la persona tiene una puntuación “D” o “E” de riesgo de pago según la solicitud Scorer®. La aplicación

Scorer es una herramienta diseñada para clasificar a las personas en grupos de distintos recursos económicos. Los marcadores son algoritmos que incorporan datos de burós de crédito, de bases de datos demográficos y de datos específicos del hospital para deducir y clasificar a las personas en sus respectivas categorías de recursos económicos. En lugar de utilizar la aplicación Scorer, los marcadores del buró de crédito también se pueden usar para determinar una presunta elegibilidad a discreción del hospital.

- Se determinó que la persona es elegible para la asistencia financiera en cualquier momento comprendido en los tres meses anteriores a partir de la fecha de aprobación de la última solicitud de asistencia financiera.

Para una persona que se presume elegible para recibir asistencia financiera de acuerdo con esta política, aplicarían las mismas acciones descritas en la Sección D y en toda esta política como si la persona hubiera enviado un Formulario de solicitud de asistencia financiera completado.

4. Método para solicitar asistencia financiera

- a. Formulario de solicitud de asistencia financiera del AH. Para solicitar asistencia financiera, la persona completará el Formulario de solicitud de asistencia financiera del AH. La persona brindará toda la información de respaldo necesaria para verificar la elegibilidad, incluso la documentación de respaldo que verifica el ingreso. Consulte las Instrucciones para la implementación de asistencia financiera para CWF 50.1 para obtener información sobre los formularios de documentación aceptables.
- b. Una persona puede obtener una copia del Formulario de solicitud de asistencia financiera del AH al acceder al mismo en el sitio web de los hospitales del AH, al solicitar una copia gratuita por correo mediante la comunicación con el departamento de Servicios Financieros para Pacientes de los hospitales del AH o al solicitar una copia en persona en cualquier lugar de admisión o registro de pacientes en los hospitales del AH.
- c. Se enviará un Formulario de solicitud de asistencia financiera del AH a los Servicios Financieros para Pacientes para que sea procesado. Se pedirá a la persona una prueba de ingreso y activos disponibles. Además, los beneficiarios de

Medicare están sujetos a una evaluación de activos de acuerdo con la ley federal. Se realiza una revisión para determinar la elegibilidad de la persona según los recursos totales de la persona (que incluye entre otros el nivel de ingreso familiar, activos (como se pide para los pacientes de Medicare) y otra información pertinente).

Política

5. Se tomarán acciones en caso de falta de pago: Después de un periodo de 120 días comenzando en la fecha en que el primer estado de cuenta posterior a la alta se envió a la persona, un centro de atención hospitalaria del AH puede informar deudas existentes por atención provista a personas, a agencias de informes crediticios del consumidor o burós de crédito, o hacer una venta de deudas que es considerada una acción de cobro extraordinaria (extraordinary collection action, ECA) (vea sección
- F. 6. de la política), o tomar cualquier otra ECA especificada solo si se notifica de la siguiente manera a la persona al menos 30 días antes de iniciar con una ECA: 1) se envía una notificación por escrito junto con la PLS a la persona en la cual se indica que la asistencia financiera está disponible para personas elegibles que establece ECA específicas que se pueden iniciar después del plazo estipulado (el plazo no será antes de 30 días después de que se notifique por escrito a las personas), y 2) se harán esfuerzos razonables para notificar oralmente a las personas sobre la FAP del centro de atención hospitalaria del AH y cómo la persona puede obtener asistencia con el proceso para la solicitud de asistencia financiera.
 - a. No se ha enviado el Formulario de solicitud de asistencia financiera: Si el Formulario de solicitud de asistencia financiera no se envía durante un periodo de 120 días después de la fecha en que el primer estado de cuenta después del alta se envió a la persona y el plazo estipulado en la notificación por escrito ya terminó, el centro de atención hospitalaria del AH podrá iniciar una ECA.
 - b. El Formulario de solicitud de asistencia financiera está incompleto: Si una persona envía el Formulario de solicitud de asistencia financiera incompleto durante el periodo de 240 días después de la fecha en que se envió el primer estado de cuenta después del alta a la persona (el periodo de solicitud), el hospital del AH debe tomar las siguientes acciones:
 - i. Suspender cualquier ECA;
 - ii. Brindar a la persona una notificación por escrito que describa la información adicional o la documentación necesaria según la Política de Asistencia Financiera o el Formulario de solicitud de asistencia financiera que la persona debe enviar dentro de un periodo razonable en la que se incluya el número telefónico y la ubicación de la oficina o del departamento del centro de atención hospitalaria del AH donde le informen sobre el FAP, además de la información del contacto de la oficina o del departamento del centro de asistencia hospitalaria que pueda ayudar con el proceso para solicitar asistencia financiera o de alguna organización privada o de gobierno que pueda ayudar con el proceso para solicitar asistencia financiera si el centro de atención hospitalaria de AH no puede hacerlo;
 - iii. Si no se completa el Formulario de solicitud de asistencia financiera para el plazo especificado mencionado con anterioridad, el hospital puede comenzar o continuar con las ECA. Los gravámenes relacionados con el seguro (auto, responsabilidad civil, vida y salud) que representan posibles ganancias como resultado de lesiones personales tratadas por el centro de atención hospitalaria de AH están permitidos en relación con el proceso de cobro. No se presentarán otros juicios personales o gravámenes en contra de las personas elegibles para la FAP.
 - iv. Solicitud de asistencia financiera completa presentada: Si una persona envía un Formulario de solicitud de asistencia financiera completo durante el periodo de solicitud (240 días después de la fecha en que se enviara el primer estado de cuenta después del alta a la persona), el hospital del AH debe tomar las siguientes acciones:

Política

- i. Suspender cualquier ECA.
 - ii. Suspender cualquier actividad de cobro durante la consideración de un Formulario de solicitud de asistencia financiera del AH completado. Se ingresará una nota en la cuenta del paciente para suspender la actividad de cobro hasta que se complete el proceso de asistencia financiera. Si se ha colocado la cuenta en una agencia de cobros, se notificará a la agencia para que suspenda los esfuerzos de cobro hasta que se haga una determinación. Esta notificación se documentará en las notas de la cuenta.
 - iii. Realizar y documentar la determinación con respecto a la elegibilidad de la persona para asistencia financiera.
 - iv. Notificar a la persona por escrito de forma oportuna, generalmente dentro de los 60 días posteriores la recepción de un Formulario de solicitud de asistencia financiera completo, sobre la determinación de elegibilidad y los fundamentos para la determinación.
 - v. Brindar a la persona un estado de cuenta (no es necesario para estados de cuenta con un saldo de \$0) que indique la cantidad que se adeuda como persona elegible para FAP y describa cómo la persona puede obtener información con respecto al AGB para atención y cómo el centro hospitalario del AH determinó el monto que la persona adeuda.
 - vi. Reintegrar cualquier pago que se haya hecho de más a la persona.
 - vii. Tomar todas las medidas disponibles razonables para revocar cualquier ECA que se realice contra la persona.
 - viii. Brindar una notificación por escrito de denegación a cualquier persona que es determinada como no elegible para FAP e incluir una razón para la denegación y la información de proceso y contacto para llenar una apelación. Si una persona no está de acuerdo con la decisión de denegar la prestación de asistencia financiera, la persona puede pedir una apelación por escrito dentro de los 45 días siguientes a la denegación. La apelación debe incluir cualquier información pertinente que pueda ayudar en la evaluación de la apelación. El Comité de Asistencia Financiera revisará las solicitudes de apelación de denegación mensualmente. Las decisiones del Comité de Asistencia Financiera se comunicarán a la persona dentro de los 60 días de la revisión del comité y reflejarán la decisión final del comité.
 - ix. Después de recibir un formulario completo de FAA, el centro de atención hospitalaria de AH puede posponer la decisión sobre la elegibilidad de una persona bajo la FAP si el individuo envió una solicitud para la asistencia de Medicaid hasta que Medicaid tome una decisión sobre la elegibilidad.
- E. Responsabilidades de los Servicios Financieros para Pacientes
1. Comité de Asistencia Financiera: el Comité de Asistencia Financiera del hospital revisará mensualmente un resumen de las solicitudes de asistencia financiera y las recomendaciones resultantes procesadas por los Servicios Financieros para Pacientes. El Comité de Asistencia Financiera revisa todas las recomendaciones de asistencia financiera, con una revisión específica de solicitudes en el límite o no rutinarias que requieren una revisión caso por caso.

Política

2. El Comité de Asistencia Financiera debe aprobar la prestación de asistencia financiera que exceda los \$10,000.
3. Después de la revisión y la aprobación por parte del Comité de Asistencia Financiera, los Servicios Financieros para Pacientes aplicarán la asistencia financiera aprobada a la cuenta de la persona.
4. Los Servicios Financieros para Pacientes tienen la responsabilidad de establecer que el hospital ha hecho los esfuerzos razonables para determinar si una persona es elegible para FAP y si el hospital puede emprender una ECA.
5. Las agencias de facturación que tienen contrato con AH para servicios de cobro seguirán esta política de asistencia financiera con respecto a todas las cuestiones de facturación y cobro.
6. La venta de la deuda de una persona a terceros (diferente a una venta que no sea de ECA como se describe abajo) se considera una venta de ECA y no debe iniciar hasta que no se completen los pasos que se describen en la Sección D de arriba. Cualquier propuesta de acuerdo de venta de deuda debe ser aprobada por el Director Regional de Finanzas (Chief Financial Officer, CFO) de AH y debe someterse al Proceso de Revisión de Contratos de AH antes de que se lleve a cabo.

Algunos tipos de venta de deuda no son considerados como una ECA. Para las ventas de deuda que no son de una ECA es necesario que el centro de atención del hospital de AH celebre acuerdos por escrito jurídicamente vinculantes con el comprador de la deuda, en donde se estipule lo siguiente:

- a. El comprador no debe emprender ninguna ECA;
 - b. El comprador tiene prohibido cobrar intereses por la deuda mayores a la tasa establecida por el Servicio de Ingresos Internos (Internal Revenue Service, IRS);
 - c. La deuda puede ser devuelta o retirada por el centro de atención hospitalaria de AH si se determina que la persona es elegible para el FAP y;
 - d. Si la deuda no se retira o devuelve, el comprador debe asegurar que la persona no pague una cantidad mayor de la que es responsable como persona elegible para FAP.
 - e. Planes de pago individuales
1. Los planes de pago para los pacientes que pagan por cuenta propia y a quienes se les cobra el AGB se elaborarán individualmente. Todas las actividades de cobro serán realizadas de conformidad con las leyes federales y estatales que rigen las prácticas de cobro de deudas. No se acumulará ningún interés en los saldos de las cuentas mientras se realicen los pagos, a menos que la persona haya elegido voluntariamente participar en un acuerdo de pago a largo plazo que genere intereses aplicados por un agente de financiamiento de terceros.
 2. Si una persona cumple los términos de su plan de pago desarrollado individualmente, no se tomará ninguna acción de cobro.
- G. Mantenimiento de registros

Política

1. Se mantendrá un registro, en papel o electrónico, que reflejará la autorización de la asistencia financiera junto con las copias de todos los formularios de solicitud y documentos de trabajo.
2. La información resumida con respecto a las solicitudes procesadas y la asistencia financiera provista se mantendrá durante un periodo de siete años. La información resumida incluye la cantidad de pacientes que solicitaron asistencia financiera en AH, cuántos pacientes recibieron asistencia financiera, la cantidad de asistencia financiera provista a cada paciente y la factura total para cada paciente.
3. El costo de la asistencia financiera se informará anualmente en el Informe de beneficios a la comunidad. Se reportará la Asistencia financiera (Beneficencia) como el costo de la atención provista (no los cargos) utilizando los costos operativos disponibles más recientes y el costo asociado con la razón de cargos.
4. Subordinado a la ley: la prestación de asistencia financiera puede estar sujeta a la ley federal, estatal o local ahora o en el futuro. Dicha ley regirá en la medida en que imponga requisitos más estrictos que esta política.

Envíe documentos de asistencia financiera utilizando la información de contacto de AdventHealth a continuación. Dirección de la página web de asistencia financiera de AdventHealth: www.adventhealth.com/legal/financial-assistance

UBICACIÓN DE SERVICIO	INFORMACIÓN DE CORREO	TELÉFONO / FAX
Altamonte Springs	Patient Financial Services PO BOX 538815 Orlando, FL 32853-9902	Teléfono: 407-303-0500 Fax: 407-200-4977
Apopka	Patient Financial Services PO BOX 538815 Orlando, FL 32853-9902	Teléfono: 407-303-0500 Fax: 407-200-4977
Celebration	Patient Financial Services PO BOX 538815 Orlando, FL 32853-9902	Teléfono: 407-303-0500 Fax: 407-200-4977
East Orlando	Patient Financial Services PO BOX 538815 Orlando, FL 32853-9902	Teléfono: 407-303-0500 Fax: 407-200-4977
Kissimmee	Patient Financial Services PO BOX 538815 Orlando, FL 32853-9902	Teléfono: 407-303-0500 Fax: 407-200-4977
Orlando	Patient Financial Services PO BOX 538815 Orlando, FL 32853-9902	Teléfono: 407-303-0500 Fax: 407-200-4977
Winter Garden	Patient Financial Services PO BOX 538815 Orlando, FL 32853-9902	Teléfono: 407-303-0500 Fax: 407-200-4977
Winter Park	Patient Financial Services PO BOX 538815 Orlando, FL 32853-9902	Teléfono: 407-303-0500 Fax: 407-200-4977
For Children	Patient Financial Services PO BOX 538815 Orlando, FL 32853-9902	Teléfono: 407-303-0500 Fax: 407-200-4977
For Women	Patient Financial Services PO BOX 538815 Orlando, FL 32853-9902	Teléfono: 407-303-0500 Fax: 407-200-4977
Heart of Florida	Patient Financial Services PO BOX 865836 Orlando, FL 32886-5836	Teléfono: 866-481-2553 Fax: 941-341-3717
Lake Wales	Patient Financial Services PO BOX 865836 Orlando, FL 32886-5836	Teléfono: 866-481-2553 Fax: 941-341-3717

Daytona Beach	Patient Financial Services 770 West Granada Blvd Ste 203 Ormond Beach, FL 32174	Teléfono: 888-676-2219 Fax: 386-676-2560
DeLand	Patient Financial Services 770 West Granada Blvd Ste 203 Ormond Beach, FL 32174	Teléfono: 888-676-2219 Fax: 386-676-2560
Fish Memorial	Patient Financial Services 770 West Granada Blvd Ste 203 Ormond Beach, FL 32174	Teléfono: 888-676-2219 Fax: 386-676-2560
New Smyrna Beach	Patient Financial Services 770 West Granada Blvd Ste 203 Ormond Beach, FL 32174	Teléfono: 888-676-2219 Fax: 386-676-2560
Palm Coast	Patient Financial Services 770 West Granada Blvd Ste 203 Ormond Beach, FL 32174	Teléfono: 888-676-2219 Fax: 386-676-2560
Waterman	Patient Financial Services 1000 Waterman Way Tavares, FL 32778	Teléfono: 352-253-3311 Fax: 352-253-3735
Carrollwood	Patient Financial Services PO Box 861372 Orlando, FL 32886-1372	Teléfono: 813-615-7848 Fax: 813-615-8182
Dade City	Patient Financial Services PO Box 865667 Orlando, FL 32886-5667	Teléfono: 813-615-7848 Fax: 813-615-8182
Lake Placid	Patient Financial Services PO Box 9400 Sebring, FL 33871 Attn: MB 3	Teléfono: 863-386-7177 Fax: 863-402-3389
Connerton	Patient Financial Services PO Box 861372 Orlando, FL 32886-1372	Teléfono: 813-615-7848 Fax: 813-615-8182
North Pinellas	Patient Financial Services PO Box 862624 Orlando, FL 32886-2624	Teléfono: 813-615-7848 Fax: 813-615-8182
Ocala	Patient Financial Services PO Box 865696 Orlando, FL 32886-5696	Teléfono: 813-615-7848 Fax: 813-615-8182
Sebring	Patient Financial Services PO Box 9400 Sebring, FL 33871 Attn: MB 3	Teléfono: 863-386-7177 Fax: 863-402-3389
South Overland Park	Patient Financial Services PO Box. 861372 Orlando, FL 32886	Teléfono: 913-676-7558 Fax: 913-676-7571

Tampa	Patient Financial Services 12470 Telecom Dr., Ste. 200 Tampa , FL 33637	Teléfono: 813-615-7848 Fax: 813-615-8182
Wauchula	Patient Financial Services PO Box 9400 Sebring, FL 33871 Attn: MB 3	Teléfono: 863-386-7177 Fax: 863-402-3389
Wesley Chapel	Patient Financial Services PO Box 864855 Orlando, FL 32886-4855	Teléfono: 813-615-7848 Fax: 813-615-8182
Zephyrhills	Patient Financial Services PO Box 862310 Orlando, FL 32886-2310	Teléfono: 813-615-7848 Fax: 813-615-8182
Durand	Patient Financial Services 7315 E. Frontage Road, Suite 200 Shawnee Mission, KS 66204	Teléfono: 913-676-7558 Fax: 913-676-7571
Ottawa	Patient Financial Services PO Box 460 Ottawa, KS 66067	Teléfono: 785-229-3379 Fax: 785-229-3377
Shawnee Mission	Patient Financial Services 7315 E. Frontage Road, Suite 200 Shawnee Mission, KS 66204	Teléfono: 913-676-7558 Fax: 913-676-7571
Manchester	Patient Financial Services 54 Brownsberger Circle Fletcher, NC 28732	Teléfono: 800-347-5281 Fax: 828-650-8080
Murray	Patient Financial Services 54 Brownsberger Circle Fletcher, NC 28732	Teléfono: 800-347-5281 Fax: 828-650-8080
Gordon	Patient Financial Services 54 Brownsberger Circle Fletcher, NC 28732	Teléfono: 800-347-5281 Fax: 828-650-8080
Hendersonville	Patient Financial Services 54 Brownsberger Circle Fletcher, NC 28732	Teléfono: 800-347-5281 Fax: 828-650-8080
Central Texas	Patient Financial Services 2201 S. Clear Creek Road Killeen, TX 76549	Teléfono: 254-519-8476 Fax: 254-519-8488
Rollins Brook	Patient Financial Services 608 N. Key Avenue Lampasas, TX 76550	Teléfono: 254-519-8476 Fax: 254-519-8488

Envíe documentos de asistencia financiera utilizando la información de contacto de AdventHealth a continuación. Dirección de la página web de asistencia financiera de AdventHealth: www.adventhealth.com/legal/financial-assistance

UBICACIÓN DE SERVICIO	INFORMACIÓN DE CORREO	TELÉFONO / FAX
Altamonte Springs	Patient Financial Services PO BOX 538815 Orlando, FL 32853-9902	Teléfono: 407-303-0500 Fax: 407-200-4977
Apopka	Patient Financial Services PO BOX 538815 Orlando, FL 32853-9902	Teléfono: 407-303-0500 Fax: 407-200-4977
Carrollwood	Patient Financial Services PO Box 861372 Orlando, FL 32886-1372	Teléfono: 813-615-7848 Fax: 813-615-8182
Celebration	Patient Financial Services PO BOX 538815 Orlando, FL 32853-9902	Teléfono: 407-303-0500 Fax: 407-200-4977
Central Texas	Patient Financial Services 2201 S. Clear Creek Road Killeen, TX 76549	Teléfono: 254-519-8476 Fax: 254-519-8488
Connerton	Patient Financial Services PO Box 861372 Orlando, FL 32886-1372	Teléfono: 813-615-7848 Fax: 813-615-8182
Dade City	Patient Financial Services PO Box 865667 Orlando, FL 32886-5667	Teléfono: 813-615-7848 Fax: 813-615-8182
Daytona Beach	Patient Financial Services 770 West Granada Blvd Ste 203 Ormond Beach, FL 32174	Teléfono: 888-676-2219 Fax: 386-676-2560
DeLand	Patient Financial Services 770 West Granada Blvd Ste 203 Ormond Beach, FL 32174	Teléfono: 888-676-2219 Fax: 386-676-2560
Durand	Patient Financial Services 7315 E. Frontage Road, Suite 200 Shawnee Mission, KS 66204	Teléfono: 913-676-7558 Fax: 913-676-7571

East Orlando	Patient Financial Services PO BOX 538815 Orlando, FL 32853-9902	Teléfono: 407-303-0500 Fax: 407-200-4977
Fish Memorial	Patient Financial Services 770 West Granada Blvd Ste 203 Ormond Beach, FL 32174	Teléfono: 888-676-2219 Fax: 386-676-2560
For Children	Patient Financial Services PO BOX 538815 Orlando, FL 32853-9902	Teléfono: 407-303-0500 Fax: 407-200-4977
For Women	Patient Financial Services PO BOX 538815 Orlando, FL 32853-9902	Teléfono: 407-303-0500 Fax: 407-200-4977
Gordon	Patient Financial Services 54 Brownsberger Circle Fletcher, NC 28732	Teléfono: 800-347-5281 Fax: 828-650-8080
Heart of Florida	Patient Financial Services PO BOX 865836 Orlando, FL 32886-5836	Teléfono: 866-481-2553 Fax: 941-341-3717
Hendersonville	Patient Financial Services 54 Brownsberger Circle Fletcher, NC 28732	Teléfono: 800-347-5281 Fax: 828-650-8080
Kissimmee	Patient Financial Services PO BOX 538815 Orlando, FL 32853-9902	Teléfono: 407-303-0500 Fax: 407-200-4977
Lake Placid	Patient Financial Services PO Box 9400 Sebring, FL 33871 Attn: MB 3	Teléfono: 863-386-7177 Fax: 863-402-3389
Lake Wales	Patient Financial Services PO BOX 865836 Orlando, FL 32886-5836	Teléfono: 866-481-2553 Fax: 941-341-3717
Manchester	Patient Financial Services 54 Brownsberger Circle Fletcher, NC 28732	Teléfono: 800-347-5281 Fax: 828-650-8080
Murray	Patient Financial Services 54 Brownsberger Circle Fletcher, NC 28732	Teléfono: 800-347-5281 Fax: 828-650-8080

New Smyrna Beach	Patient Financial Services 770 West Granada Blvd Ste 203 Ormond Beach, FL 32174	Teléfono: 888-676-2219 Fax: 386-676-2560
North Pinellas	Patient Financial Services PO Box 862624 Orlando, FL 32886-2624	Teléfono: 813-615-7848 Fax: 813-615-8182
Ocala	Patient Financial Services PO Box 865696 Orlando, FL 32886-5696	Teléfono: 813-615-7848 Fax: 813-615-8182
Orlando	Patient Financial Services PO BOX 538815 Orlando, FL 32853-9902	Teléfono: 407-303-0500 Fax: 407-200-4977
Ottawa	Patient Financial Services 7315 E. Frontage Road, Suite 200 Shawnee Mission, KS 66204	Teléfono: 913-676-7558 Fax: 913-676-7571
Palm Coast	Patient Financial Services 770 West Granada Blvd Ste 203 Ormond Beach, FL 32174	Teléfono: 888-676-2219 Fax: 386-676-2560
Redmond	Patient Financial Services PO Box 290429 Nashville, TN 37229- 0429	Teléfono: 855-877-1355 Fax: 866-908-8875
Rollins Brook	Patient Financial Services 608 N. Key Avenue Lampasas, TX 76550	Teléfono: 254-519-8476 Fax: 254-519-8488
Sebring	Patient Financial Services PO Box 9400 Sebring, FL 33871 Attn: MB 3	Teléfono: 863-386-7177 Fax: 863-402-3389
Shawnee Mission	Patient Financial Services 7315 E. Frontage Road, Suite 200 Shawnee Mission, KS 66204	Teléfono: 913-676-7558 Fax: 913-676-7571
South Overland Park	Patient Financial Services 7315 E. Frontage Road, Suite 200 Shawnee Mission, KS 66204	Teléfono: 913-676-7558 Fax: 913-676-7571

Texas Health Huguley	Patient Financial Services 11801 South Freeway Burleson, TX 76028	Teléfono: 817-551-2739 Fax: 817-551-2740
Texas Health Mansfield	Patient Financial Services 2300 Lone Star Road Mansfield, TX 7603-8744	Teléfono: 682-341-5028 Fax: 682-341-5029
Tampa	Patient Financial Services 12470 Telecom Dr., Ste. 200 Tampa , FL 33637	Teléfono: 813-615-7848 Fax: 813-615-8182
Waterman	Patient Financial Services 1000 Waterman Way Tavares, FL 32778	Teléfono: 352-253-3311 Fax: 352-253-3735
Wauchula	Patient Financial Services PO Box 9400 Sebring, FL 33871 Attn: MB 3	Teléfono: 863-386-7177 Fax: 863-402-3389
Wesley Chapel	Patient Financial Services PO Box 864855 Orlando, FL 32886-4855	Teléfono: 813-615-7848 Fax: 813-615-8182
Winter Garden	Patient Financial Services PO BOX 538815 Orlando, FL 32853-9902	Teléfono: 407-303-0500 Fax: 407-200-4977
Winter Park	Patient Financial Services PO BOX 538815 Orlando, FL 32853-9902	Teléfono: 407-303-0500 Fax: 407-200-4977
Zephyrhills	Patient Financial Services PO Box 862310 Orlando, FL 32886-2310	Teléfono: 813-615-7848 Fax: 813-615-8182