



		Páginas:	1 de 14
Asunto:	Política de Asistencia Financiera (centros sin fines de lucro)	Fecha de formulación:	09/2000
Manual:	Servicios financieros para el paciente	Fechas de revisión:	12/2012, 12/2015, 02/2017, 11/2018
Aprobación de la Junta Directiva	Fecha:	Última revisión:	11/2018

I. Política:

Los centros sin fines de lucro de Prime Healthcare, incluido Southern Regional Medical Center (adelante, el "Hospital"), brindan un programa de asistencia financiera para aquellos pacientes que cumplen con las pruebas de elegibilidad que se describen a continuación. El propósito de la Política de Asistencia Financiera (en adelante, la "Política") consiste en satisfacer los requisitos de la Sección 501(r) del Código de Renta Interna y las leyes y regulaciones estatales aplicables; todas las disposiciones se deben interpretar como corresponde.

Un objetivo significativo de los centros sin fines de lucro de Prime Healthcare consiste en brindar atención a pacientes en momentos de necesidad. Los centros sin fines de lucro de Prime Healthcare brindan atención gratuita y un programa de pago con descuento como beneficio para las comunidades a las que servimos como hospitales sin fines de lucro. Para dicho fin, los centros sin fines de lucro de Prime Healthcare asumen el compromiso de ayudar a pacientes elegibles de bajos recursos o que no cuenten con seguro mediante la provisión de atención gratuita y programas de pago con descuento. Se tratará a todos los pacientes de manera justa, con compasión y respeto. Sin perjuicio de ninguna disposición presente en esta Política, a ninguna persona que se determine elegible para recibir la asistencia financiera se le cobrará ningún cargo adicional en caso de emergencia u otra atención necesaria desde el punto de vista médico que los Montos Generalmente Facturados a personas que cuentan con seguros que cubren dicha atención.

Las políticas de asistencia financiera deben equilibrar la necesidad del paciente de recibir asistencia financiera y la administración fiscal más amplia del Hospital. La asistencia financiera brindada mediante programas de atención gratuita y pagos con descuento no sustituye la responsabilidad personal. Es responsabilidad del paciente participar de manera activa en el proceso de selección para recibir asistencia financiera y, cuando corresponda, contribuir con el costo de su servicio conforme a su solvencia financiera. Las agencias externas de cobro de deudas y las prácticas de cobro internas del hospital reflejarán la misión y visión del Hospital.

Esta Política se aplica a toda atención de emergencia y demás atenciones necesarias desde el punto de vista médico brindadas por el Hospital o una entidad relacionada significativamente que trabaje en el Hospital. Esta Política se aplica únicamente a los servicios del Hospital y no supone vinculación con otros proveedores de servicios médicos que no sean empleados o estén contratados por el Hospital para brindar servicios médicos, incluidos médicos que tratan a pacientes del Hospital en una situación de emergencia, pacientes hospitalizados o pacientes ambulatorios. En www.southernregional.org se

encuentra disponible una lista de proveedores que brindan atención en el hospital. Esta lista especifica qué proveedores se encuentran cubiertos en esta Política y cuáles no. Es posible que los médicos que no se encuentran cubiertos por esta Política y que brindan servicios a pacientes sin seguro o que no pueden pagar sus facturas médicas debido a los elevados costos cuenten con sus propias políticas de asistencia financiera para brindar ayuda.

II. Definiciones:

“Acciones de cobro extraordinarias”: una acción de cobro extraordinaria hace referencia a toda acción de cobro que implica determinadas ventas de deuda a otra parte, que reporta información adversa a las oficinas o agencias crediticias, que difiere o niega, o solicita un pago antes de brindar atención necesaria desde el punto de vista médico debido a la falta de pago por parte de una persona de una o más facturas de atención previamente brindada, cubierta por la Política de Asistencia Financiera del Hospital; o toda acción que exige un proceso judicial o legal, incluida la fijación de un gravamen, la ejecución hipotecaria de una propiedad, el embargo de cuentas bancarias u otras propiedades personales, el inicio de una acción civil contra una persona, la toma de acciones que causen el arresto de una persona, la toma de acciones de causen que una persona se encuentre sujeta a una orden de arresto, y el embargo de salario; como se describe en cada caso en la Sección 1.501(r)-6 de las Regulaciones del Departamento del Tesoro.

“De emergencia y necesario desde el punto de vista médico”: toda emergencia médica, para pacientes hospitalizados, ambulatorios o atención médica de emergencia que no es del todo opcional para la comodidad o conveniencia del paciente.

“Familia”: (1) para personas de 18 años de edad y mayores, familia significa cónyuge, pareja doméstica e hijos dependientes menores de 21 años de edad, independientemente de si viven en el hogar o no; y (2) para personas menores de 18 años de edad, familia significa padres, cuidadores, familiares, y los otros hijos menores de 21 años de edad del padre/madre, cuidador o familiar.

“Montos generalmente facturados”: montos generalmente facturados (Amounts Generally Billed, AGB) a personas elegibles para el programa de pago con descuento por los servicios de emergencia u otros servicios necesarios desde el punto de vista médico. El Hospital calcula los AGB de un paciente mediante la utilización del método prospectivo como se define en las Regulaciones del Departamento del Tesoro. Conforme al método prospectivo, los AGB se calculan mediante la utilización del proceso de facturación y codificación que el Hospital utilizaría si la persona fuese un beneficiario de pago por servicio de Medicare mediante la utilización de tasas aplicables de Medicare brindadas por los Centros para los Servicios de Medicare y Medicaid.

“Resumen en lenguaje sencillo”: resumen de la Política de Asistencia Financiera adjuntada al presente documento como Anexo 2, diseñado para cumplir la Sección 1.501(r)-1(b)(24) de las Regulaciones del Departamento del Tesoro.



III. Procedimiento:

1. Elegibilidad para recibir asistencia financiera

A. Pacientes que paga por cuenta propia

Un paciente califica para la **atención gratuita**, como se describe en la Sección (III)2, si cumple con todas las condiciones presentadas a continuación: (1) el paciente no cuenta con una cobertura de terceros de una aseguradora de salud, plan de servicio de atención de la salud, plan de fondo sindical, Medicare o Medicaid, conforme a lo determinado y documentado por el hospital; (2) la lesión del paciente no es una lesión compensable para los fines de compensación de empleados, seguros para automóviles, u otro seguro, conforme a lo determinado y documentado por el hospital; (3) el ingreso de la familia del paciente no excede el ciento veinticinco por ciento (125 %) del nivel de pobreza federal; **y** (4) el paciente cuenta con activos monetarios inferiores a diez mil dólares (\$10,000.00).

Un paciente califica para el **programa de pago con descuento** si cumple con las siguientes condiciones: (1) el ingreso de la familia del paciente no excede trescientos por ciento (300 %) del nivel de pobreza federal; **y** (2) el paciente cuenta con activos monetarios de menos de diez mil dólares (\$10,000.00).

B. Pacientes asegurados

Un paciente que cuenta con una cobertura de terceros o cuya lesión es considerada una lesión compensable conforme a la compensación de empleados, seguro para automóviles u otro seguro conforme a lo determinado y documentado por el hospital no califica para una atención gratuita, pero es posible que califique para un programa de pago con descuento si (i) su ingreso familiar no excede trescientos por ciento (300 %) del nivel actual de pobreza federal; y (ii) tiene gastos médicos de bolsillo en los doce (12) meses previos (ya sea incurridos o pagados dentro o fuera del hospital) que exceden el diez por ciento (10 %) del ingreso familiar. En el caso de ser elegible, la obligación de pago del paciente será un monto igual a la diferencia entre lo que recibe el Hospital de parte de la compañía aseguradora y el pago con descuento máximo. Si el monto pagado por el seguro excede el pago con descuento máximo, el paciente no tendrá otra obligación de pago.

C. Otras circunstancias

El director de Servicios Financieros para el Paciente (Patient Financial Services, PFS) del Hospital tendrá también la autoridad de extender la atención gratuita y el programa de pago con descuento a pacientes en las siguientes circunstancias:

(i) El paciente califica para beneficios limitados conforme al programa de asistencia médica del estado, p. ej., beneficios limitados en caso de emergencia o embarazo, pero no cuenta con beneficios para otros servicios brindados en el Hospital. Esto incluye servicios no cubiertos relacionados con lo siguiente:

- Servicios proporcionados a beneficiarios de Medicaid que tienen una restricción por parte de Medicaid (p. ej., pacientes que posiblemente solo tengan

beneficios en caso de emergencia o embarazo, pero que reciben otro tipo de atención de parte de los Hospitales).

- Solicitudes pendientes de Medicaid que posteriormente no se aprueban, siempre y cuando la solicitud indique que el paciente cumple con los criterios para recibir atención gratuita.
- Denegaciones de Medicaid o de otro programa para la atención de indigentes.
- Cargos relacionados con los días que superen un límite de estadía.
- Cualquier otra responsabilidad de pagos del seguro.

(ii) El paciente califica para un programa de servicios médicos para indigentes ofrecido por un condado diferente al que se encuentra situado el Hospital.

(iii) Se realizaron esfuerzos razonables para ubicar y contactar al paciente; dichos esfuerzos no fueron satisfactorios, y el director de PFS tiene motivos para creer que el paciente habría calificado para un programa de pago con descuento o de atención gratuita, es decir, personas desamparadas.

(iv) Una agencia de cobro de terceros realizó esfuerzos para cobrar el saldo pendiente y ha recomendado al director de PFS del Hospital que brinde atención gratuita o el programa de pago con descuento.

D. Determinación del ingreso familiar

Para determinar la elegibilidad para el programa de pago con descuento, la documentación de ingreso se debe limitar a recibos de pago de sueldo o declaración de impuestos recientes de la familia del paciente.

Para determinar los activos monetarios del paciente, el Hospital no contemplará planes de compensación diferida o jubilación que califican conforme al Código de Rentas Internas, planes de compensación diferida que no califican, los primeros diez mil dólares (\$10,000.00) de activos monetarios, y cincuenta por ciento (50 %) de los activos monetarios del paciente sobre los primeros diez mil dólares (\$10,000.00).

E. Niveles de pobreza federal

La medición del nivel de pobreza federal deberá realizarse en referencia a los lineamientos de pobreza más recientes de los servicios humanitarios y de salud conforme al número de personas en la familia u hogar del paciente. Los niveles de pobreza federal para 2018 son los siguientes:

FUENTE: Registro Federal, vol. 83, N.º 12, 18 de enero de 2018, páginas 2642-2644

Lineamientos de pobreza de 2018 para los 48 estados contiguos y el distrito de Columbia Estas cifras se actualizan y publican anualmente; consulte https://aspe.hhs.gov/poverty-guidelines .		
Personas en la familia/hogar	Lineamiento de pobreza	300 % de lineamiento de pobreza
1	\$12,140	\$36,420
2	\$16,460	\$49,380
3	\$20,780	\$62,340
4	\$25,100	\$75,300
5	\$29,420	\$88,260
6	\$33,740	\$101,220
7	\$38,060	\$114,180
8	\$42,380	\$127,140
Para familias/hogares con más de 8 integrantes: https://aspe.hhs.gov/poverty-guidelines .		

2. Atención gratuita y programa de pago con descuento

Es posible brindar asistencia financiera en forma de atención gratuita o atención con descuento completa, dependiendo del nivel de elegibilidad del paciente conforme a lo establecido en esta Política.

Los saldos del paciente para aquellos pacientes que califican para la atención gratuita, como lo determina el Hospital, deberán reducirse a un monto igual a cero dólares (\$0) con la eliminación del saldo remanente y clasificado como atención gratuita.

Los saldos del paciente para aquellos pacientes que califican para el programa de pago con descuento se reducirán; todo descuento se aplicará frente a los cargos brutos de los servicios brindados por el hospital. Los pagos con descuento se limitarán al monto más alto pagado por Medicare, Medicaid, el programa de seguro médico para niños (PeachCare for Kids), o cualquier otro programa de salud patrocinado por el gobierno en el que el Hospital participa (el "pago con descuento máximo"). La política de pago con descuento también deberá incluir un pago extendido sin intereses para permitir el pago del precio descontado con el tiempo. El Hospital y el paciente negociarán los términos del plan de pago extendido teniendo en consideración el ingreso familiar del paciente y sus gastos esenciales de vida.

Una vez que se recibe la solicitud completa de asistencia financiera, el Hospital deberá realizar una determinación y brindar una notificación por escrito de la decisión y el fundamento para tomar esa decisión. Si el paciente resulta elegible para obtener la asistencia, se le enviará un nuevo estado de facturación que indique la manera en que se calculó el monto descontado y que establezca dónde se pueden encontrar los AGB. El Hospital reembolsará todo monto cobrado que exceda los cargos revisados y revertirá toda acción de cobro extraordinaria que se haya iniciado. Si se recibe una solicitud de asistencia financiera que está incompleta, el Hospital brindará una notificación por escrito de los elementos faltantes y aguardará durante un período razonable de tiempo antes de iniciar o reanudar las acciones de cobro extraordinarias. Si se recibe una solicitud completa en el período de doscientos cuarenta (240) días del período de solicitud descrito a continuación, toda acción de cobro extraordinaria se suspenderá mientras se realiza una determinación de elegibilidad.



3. Proceso de solicitud

Se le solicitará a todo paciente que solicita asistencia financiera que complete la solicitud de asistencia financiera. El formulario de solicitud de asistencia financiera se encuentra adjunto como Anexo 1 de esta Política. La solicitud incluye la dirección de la oficina y el número de teléfono para llamar si el paciente presenta alguna inquietud en cuanto al programa de asistencia financiera o al proceso de solicitud. El Hospital deberá asegurarse de que todos los empleados que tienen la posibilidad de encontrarse con pacientes que puedan requerir asistencia financiera estén totalmente informados de esta Política, del Resumen en lenguaje sencillo y de la solicitud de asistencia financiera, y tengan acceso a ellos; y deberá brindar asistencia razonable a pacientes en el proceso de solicitud.

Se espera que un paciente envíe la asistencia financiera a la brevedad después de recibir la atención. Un paciente cuenta con hasta doscientos cuarenta (240) días después de la fecha de la declaración posterior al alta para enviar la solicitud de asistencia financiera.

La solicitud de asistencia financiera requiere información del paciente, que es necesaria para determinar la elegibilidad del paciente conforme a la Política de Asistencia Financiera, incluido el ingreso familiar o del paciente y el tamaño del grupo familiar del paciente. El Hospital no solicitará ninguna información adicional más que la información solicitada en la solicitud de asistencia financiera. Sin embargo, es posible que un paciente que busca asistencia financiera brinde voluntariamente información adicional, si así lo desea. Si se realizaron esfuerzos razonables para ubicar y contactar al paciente; dichos esfuerzos no fueron satisfactorios, y el director de Servicios Financieros para el Paciente (Patient Financial Services, PFS) tiene motivos para creer que el paciente habría calificado para un programa de pago con descuento o de atención gratuita (p. ej., personas desamparadas), el director de PFS tendrá la autoridad de extender la atención gratuita o el programa de pago con descuento.

Solamente se determinará la calificación para la asistencia financiera mediante la solvencia financiera del paciente o un representante familiar del paciente. La calificación para la asistencia financiera de ninguna manera se basará por edad, género, orientación sexual, etnia, origen nacional, condición de veterano, discapacidad o religión.

4. Resolución de controversias

Toda controversia en cuanto a la elegibilidad del paciente para participar en el programa de atención gratuita será dirigida y resuelta por el director financiero del Hospital.

5. Publicación de la Política

Para garantizar que los pacientes tengan conocimiento de la existencia de la Política de Asistencia Financiera, el Hospital deberá difundir ampliamente la existencia y los términos de esta Política en su área de servicio. Además de otros esfuerzos apropiados para informar a la comunidad acerca de la Política de manera que alcance a los miembros de la comunidad que más requieran de asistencia financiera, se deberán realizar las siguientes acciones:



Southern Regional Medical Center

A. Notificación por escrito a todos los pacientes

Todo paciente atendido en un centro sin fines de lucro de Prime Healthcare, independientemente de que sea admitido o no, recibirá el Resumen en lenguaje sencillo, que se adjunta en este documento como Anexo 2. La notificación se brindará en idiomas que no sean inglés, pero que sea hablado por un número significativo de pacientes a los que el Hospital brinda servicios, como se determina en la sección III(5)(E) de esta Política.

B. Publicación de notificaciones

La notificación se adjuntan en este documento como Anexo 3 deberán publicarse de manera clara y notable en lugares que los pacientes las puedan ver en las siguientes áreas: (1) departamento de emergencia; (2) oficina de facturación; (3) oficina de admisiones; y (4) otros sitios para pacientes ambulatorios. La notificación se brindará en idiomas que no sean inglés, pero que sea hablado por un número significativo de pacientes a los que el Hospital brinda servicios, como se determina en la sección III(5)(E) de esta Política.

C. Notificaciones que acompañan los estados de facturación

Toda declaración posterior al alta debe incluir una copia de la notificación adjunta en el presente documento como Anexo 4. Cada factura se le envía al paciente quién no ha brindado prueba de cobertura por parte de un tercero al momento en el que se brindó la atención o, al darse el alta, debe incluir una declaración de los cargos por los servicios brindados por el Hospital y las notificaciones adjuntas en el presente documento como Anexo 4 y 5.

Estas notificaciones se brindarán en idiomas que no sean inglés, pero que sean hablados por un número significativo de pacientes a los que el Hospital brinda servicios, como se determina en la sección III(5)(E) de esta Política.

D. Disponibilidad de los documentos de asistencia financiera

El Hospital deberá publicar una copia de esta Política, del Resumen en lenguaje sencillo y de la solicitud de asistencia financiera en su sitio web y hacer que dichos documentos puedan descargarse gratuitamente. Dichos documentos deberán estar disponibles en la sala de emergencia y la oficina de admisiones, y por correo postal, si fuera solicitado. Los documentos se brindarán en idiomas que no sean inglés, pero que sean hablados por un número significativo de pacientes a los que el Hospital brinda servicios, como se determina en la sección III(5)(E) de esta Política.

E. Accesibilidad para personas con un nivel limitado de competencia en idioma inglés

El Hospital deberá realizar traducciones de esta Política, del Resumen en lenguaje sencillo, y de la solicitud de asistencia financiera disponibles en cualquier idioma que constituya el idioma principal de no menos de mil (1,000) personas o del cinco por ciento (5 %) de la población de las comunidades a las que el Hospital brinda servicios.



6. Esfuerzos por obtener información acerca de la cobertura y solicitudes para Medicaid y PeachCare for Kids

El Hospital deberá realizar todos los esfuerzos razonables para obtener información del paciente o de su representante acerca de si un seguro de salud o patrocinio público o privado pueden cubrir, de manera total o parcial, los cargos de atención brindados por el Hospital a un paciente, incluidos, entre otros, los siguientes:

(1) seguro de la atención privada de la salud, incluida la cobertura ofrecida mediante el mercado federal de seguros de la salud; (2) Medicare; o (3) programa Medicaid, PeachCare for Kids, u otro programa financiado por el estado y diseñado para brindar cobertura de salud.

Si un paciente no indica que cuenta con cobertura mediante un tercero responsable de los pagos o solicita un programa de pago con descuento o atención gratuita, se le deberá brindar al paciente una solicitud para el programa Medicaid, PeachCare for Kids, u otro programa del gobierno antes de su alta hospitalaria.

7. Actividades de cobro

Es posible que los centros sin fines de lucro de Prime Healthcare utilicen servicios de una agencia de cobro externa para cobrar las deudas de pacientes. No se cobrará ninguna deuda hasta que el director de PFS del Hospital o su persona designada hayan revisado la cuenta y aprobado el cobro de la deuda. Los centros sin fines de lucro de Prime Healthcare deberán obtener un acuerdo de cada agencia de cobro a la que acuda para cobrar la deuda del paciente que establezca que la agencia cumplirá con los requisitos de esta Política y la ley estatal aplicable.

Si un paciente no solicita asistencia financiera, se le niega la asistencia financiera o no cumple con el pago de su factura, es posible que el paciente esté sujeto a diversas acciones de cobro, incluidas las Acciones de Cobro Extraordinarias. Sin perjuicio de lo antes mencionado, ni el Hospital ni ninguna agencia de cobro con la que el Hospital trabaje, deberán involucrarse en alguna Actividad de Cobro Extraordinaria (i) en ningún momento antes de los ciento cincuenta (150) días después de la primera declaración posterior al alta enviada al paciente o (ii) sin realizar primero los esfuerzos razonables para determinar si el paciente es elegible para recibir la asistencia financiera conforme a esta Política. Además, incluso si se cumple con las dos condiciones antes mencionadas, el Hospital o sus agencias de cobro contratadas deben enviar una notificación al paciente al menos treinta (30) días antes de iniciar las Acciones de Cobro Extraordinarias, que indique lo siguiente: (i) actividades de cobro que el Hospital o una agencia de cobro contratada puede realizar, (ii) la fecha luego de la que se realizarán dichas acciones (esta fecha no debe ser anterior a los treinta (30) días antes de la fecha de notificación, (iii) se encuentra disponible asistencia financiera para pacientes elegibles. Se incluirá en dicha notificación una copia del Resumen en lenguaje sencillo. Se deberán realizar (y documentar) los esfuerzos razonables para notificar a los pacientes de manera oral acerca de esta Política. Si el paciente solicita asistencia financiera, toda Acción de Cobro Extraordinaria que pueda estar en proceso se suspenderá de inmediato, lo que hará que permanezca pendiente la decisión acerca de la solicitud del paciente.



Además, si un paciente intenta calificar para la elegibilidad conforme a esta Política e intenta, de buena fe, pagar una factura pendiente con el hospital mediante un plan de pago razonable o al pagar un monto razonable en cuotas, el Hospital no enviará la factura impaga a ninguna agencia de cobro.

El Hospital no deberá, al tratar con pacientes elegibles conforme a esta Política, utilizar la retención de salarios o gravámenes sobre viviendas principales como una manera de cobrar facturas impagas del hospital.



Anexo 1 [Solicitud de asistencia financiera]



Anexo 2 [Resumen en lenguaje sencillo de la asistencia financiera]



Anexo 3 [Notificación que se publicará en el hospital]

ATENCIÓN GRATUITA Y PROGRAMA DE PAGO CON DESCUENTO

LOS PACIENTES QUE CARECEN DE SEGURO O POSEEN UN SEGURO INADECUADO Y CUMPLEN CON DETERMINADOS REQUISITOS DE INGRESOS BAJOS O MODERADOS ES POSIBLE QUE CALIFIQUEN PARA LA ATENCIÓN GRATUITA O PAGO CON DESCUENTO. ES POSIBLE QUE LOS MÉDICOS DEL DEPARTAMENTO DE EMERGENCIA Y OTROS MÉDICOS QUE NO SON EMPLEADOS DEL HOSPITAL TAMBIÉN BRINDEN ATENCIÓN GRATUITA O PROGRAMAS DE PAGO CON DESCUENTO. LLAME AL (770) 991-8600 PARA OBTENER MÁS INFORMACIÓN.



Anexo 4 [Notificación que se incluirá en *todos* los estados de facturación posteriores al alta]

Atención gratuita y programa de pago con descuento

Los pacientes que carecen de seguro o poseen un seguro inadecuado y cumplen con determinados requisitos de ingresos bajos o moderados es posible que califiquen para la atención gratuita o el pago con descuento. Los pacientes que busquen atención gratuita o con descuento deben obtener y enviar una solicitud que será revisada por el Hospital. A ningún paciente elegible para la asistencia financiera se le cobrará más en situaciones de emergencia o de atención necesaria desde el punto de vista médico que los montos generalmente facturados a personas que cuentan con seguro que cubre dicha atención. Para obtener más información, copias de la documentación o asistencia en el proceso de solicitud, comuníquese con el Hospital al (770) 991-8600, visite www.southernregional.org o diríjase a 11 Upper Riverdale Road, SW Riverdale, GA 30274. También es posible enviar copias gratuitas de la documentación sobre asistencia financiera por correo postal y se encuentran disponibles en idiomas que no sean inglés, pero que sean hablados por un número significativo de pacientes a los que el Hospital brinda servicios. Es posible que los médicos del departamento de emergencia y otros médicos que no son empleados del hospital también brinden atención gratuita o programas de pago con descuento. Llame al (770) 991-8600 para obtener más información.



**Anexo 5 [Notificación que se incluirá en los estados de facturación posteriores al alta
a pacientes que no brindan prueba de seguro]**

Nuestros registros indican que no cuenta con cobertura de seguro de salud o cobertura conforme a Medicare, el programa Medicaid, PeachCare for Kids, u otros programas similares. Si cuenta con dicha cobertura, comuníquese con nuestra oficina al (770) 991-8600 tan pronto como sea posible para que se pueda obtener dicha información y facturar a la entidad apropiada.

Si no cuenta con cobertura de seguro de salud, es posible que sea elegible para Medicare, el programa Medicaid, PeachCare for Kids, cobertura ofrecida mediante el mercado federal de seguros para la salud, cobertura de salud financiada por otro estado o condado, o programa de pago con descuento o atención gratuita de los centros sin fines de lucro de Prime Healthcare. Para obtener más información sobre cómo aplicar a estos programas, comuníquese con la persona designada de PFS de los centros sin fines de lucro de Prime Healthcare al (770) 991-8600 que será capaz de responder a sus inquietudes y brindarle las solicitudes para estos programas.

Los pacientes que carecen de seguro o poseen un seguro inadecuado y cumplen con determinados requisitos de ingresos bajos o moderados es posible que califiquen para la atención gratuita o pago con descuento. Los pacientes deben comunicarse con la persona designada de PFS o con el centro sin fines de lucro de Prime Healthcare al (770) 991-8600 para obtener más información. Si un paciente envía la solicitud, o tiene una solicitud pendiente, para otro programa de cobertura de salud en el mismo momento en que envió la solicitud para recibir atención gratuita o un programa de pago con descuento de los centros sin fines de lucro de Prime Healthcare, no se descartará la elegibilidad de ninguna solicitud para otro programa.