 MANUAL DE POLÍTICA ADMINISTRATIVA	CHILDREN'S HOSPITAL OF PHILADELPHIA	N.º A-2-03
	Título: ASISTENCIA FINANCIERA	Página 1 de 10 Fecha de entrada en vigencia: 01/DIC/2022

POLÍTICA

Children's Hospital of Philadelphia (CHOP) está comprometido en la mejora de la atención médica para todos los niños y en la atención de los niños de la comunidad a la que sirve. Como una de las muchas formas en las que busca cumplir con esos compromisos y su propósito caritativo, CHOP ofrece asistencia financiera para la Atención Medicamente Necesaria a los pacientes/familias que cumplen con los requisitos de elegibilidad de acuerdo con esta política.

FINALIDAD

Esta Política define quién puede ser elegible para la asistencia financiera, la asistencia financiera (descuento) disponible, las acciones de cobro que se deben realizar y el proceso a seguir para obtener una decisión respecto de asistencia financiera. Está diseñada para establecer un método de revisión justo y consistente.

ALCANCE

Es una Política global y se aplica a todas las instalaciones, divisiones y planes de práctica de CHOP, que se describen en el Anexo A, y sus empleados. El término "CHOP" utilizado en esta Política se refiere a todos ellos. Esta Política se aplica a la Atención Medicamente Necesaria que incluye la atención de emergencia, la atención hospitalaria, ambulatoria, quirúrgica y domiciliaria. La asistencia financiera conforme a esta Política está disponible solamente después de que toda la asistencia médica pública y los seguros (que incluyen la indemnización, el seguro del automóvil y los pagos de reclamaciones de responsabilidad) se hayan agotado. CHOP puede ofrecer planes de pago y otros descuentos en virtud de otras políticas de CHOP.

Ciertos individuos o empresas que proporcionan servicios de atención médica en CHOP no siguen esta Política. Puede obtener una lista de estos proveedores en el Programa de Cobertura Médica Familiar (Family Health Coverage Program) de CHOP y en el [sitio web](#) de CHOP.

DOCUMENTOS RELACIONADOS

Manual de política administrativa	A-2-04	Pago puntual
	A-2-05	Descuentos y reducciones de las obligaciones financieras familiares y del paciente
	A-2-08	Facturación y cobros
Material de apoyo		Cumplimiento con las regulaciones de la Sección 501(r)

 MANUAL DE POLÍTICA ADMINISTRATIVA	CHILDREN'S HOSPITAL OF PHILADELPHIA	N.º A-2-03
	Título: ASISTENCIA FINANCIERA	Página 2 de 10 Fecha de entrada en vigencia: 01/DIC/2022

DEFINICIONES

Guías Federales de Pobreza (Federal Poverty Guidelines, FPG): umbrales de ingresos publicados anualmente por el Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU (U.S Department of Health and Human Services). CHOP utilizará las FPG vigentes a la fecha de la solicitud de asistencia financiera.

Grupo familiar/Miembros del grupo familiar: incluye:

1. el paciente;
2. todos los adultos que vivan con el paciente y que tengan responsabilidad primaria respecto de la atención y el control del paciente (por ejemplo, padre/madre, padrastros, tutores, parientes cuidadores); y
3. los hermanos del paciente (incluidos los hermanastros) que viven con el paciente.


Ingresos del grupo familiar: todos los ingresos recibidos por el paciente o los Miembros adultos del Grupo familiar, que no sean los hermanos (a menos que un hermano sea el responsable principal de la atención y el control del paciente), e incluye, entre otros:

1. Salarios (según lo demuestran los talones de pago, los formularios W2, las declaraciones de impuestos o las cartas de los empleadores)
2. Beneficios por desempleo
3. Beneficios de Asistencia Temporal para Familias Necesitadas (Temporary Assistance for Needy Families, TANF)
4. Beneficios del Seguro Social (que incluyen SSI/SSD/RSDI)
5. Pensiones de jubilación
6. Pagos de pensión alimenticia
7. Pagos de manutención
8. Estipendios gubernamentales relacionados al cuidado de crianza o adopción
9. Herencia
10. Pagos de fondos fiduciarios

Los ingresos del Programa de Asistencia Nutricional Complementaria (Supplemental Nutrition Assistance Program, SNAP) no se considerarán para la determinación de los Ingresos del grupo familiar.

Atención Médicamente Necesaria: servicios de atención médica, que incluyen la atención de emergencia, la cual, en opinión de un médico tratante de CHOP, es un servicio, artículo, procedimiento o nivel de atención:

1. que es necesario para el tratamiento adecuado o para el manejo de la enfermedad, lesión o incapacidad del paciente; o bien
2. que se espera razonablemente que prevenga la aparición de una enfermedad, afección, lesión o discapacidad, o es el cuidado preventivo de rutina, generalmente aceptado; o bien
3. que se espera razonablemente que reduzca o mejore los efectos físicos, mentales o de desarrollo de la enfermedad, afección, lesión o discapacidad del paciente; o bien

 MANUAL DE POLÍTICA ADMINISTRATIVA	CHILDREN'S HOSPITAL OF PHILADELPHIA	N.º A-2-03
	Título: ASISTENCIA FINANCIERA	Página 3 de 10 Fecha de entrada en vigencia: 01/DIC/2022


4. que ayudará al paciente a lograr o mantener la máxima capacidad funcional para la realización de las actividades diarias, tomando en cuenta tanto la capacidad funcional del paciente como las capacidades funcionales que son adecuadas para la edad del paciente.

Área principal de servicio: los condados de Pensilvania de Berks, Bucks, Delaware, Chester, Lancaster, Lehigh, Montgomery, Northampton, y Filadelfia; los condados de Nueva Jersey de Atlantic, Burlington, Camden, Cape May, Cumberland, Gloucester, Hunterdon, Mercer, Middlesex, Monmouth, Ocean, Salem y Somerset; y el condado de Delaware de New Castle.

IMPLEMENTACIÓN

- I. **Descuentos.** Si se determina que un paciente es elegible para la asistencia financiera conforme a esta Política, se lo eximirá del 100% de la responsabilidad financiera del paciente por la atención médicamente necesaria y de emergencia, luego de que se descarten todos los seguros, pagos de reclamaciones de responsabilidad y otra ayuda gubernamental. Se discontinuará la facturación de estos servicios al paciente/familia.¹ La asistencia financiera no está disponible para gastos asociados con transporte o para dispositivos, suministros farmacéuticos u otro tipo de suministros o servicios que no sean provistos por CHOP, o cualquier otro tratamiento con medicamentos o biológico (incluidas terapias celulares y genéticas) cuyo cargo, según lo descrito en la Descripción de Cargos de CHOP, es de \$75,000 o más ("Medicamentos de Alto Costo"), o para gastos personales como comidas y alojamiento. Los Pacientes Elegibles que sean candidatos a Medicamentos de Alto Costo serán derivados al fabricante de terapias con medicamentos/biológicas para una evaluación de elegibilidad o a su programa respectivo.
- II. **Criterio de elegibilidad.** La elegibilidad la determina el personal del Programa de Cobertura Médica Familiar (Family Health Coverage Program, FHCP) en base a las circunstancias del paciente/familia, incluidas las consideraciones específicas que puedan presentarse. Generalmente, para ser elegible para la Asistencia Financiera conforme a esta Política:
- A. El paciente debe residir dentro del Área Principal de Servicio de CHOP. No obstante, se puede renunciar al requisito de residencia cuando la atención de emergencia se ha proporcionado de acuerdo con la Ley federal de Tratamiento Médico de Emergencia y Trabajo de Parto (Emergency Medical Treatment and Active Labor Act, EMTALA) o cuando la atención especializada que está disponible en CHOP está aprobada para ser proporcionada por un médico tratante de CHOP.
- B. El paciente y su Grupo Familiar deben tener un Ingreso de Grupo Familiar total de no más del 400% de las Guías Federales de Pobreza (FPG) para el tamaño del Grupo Familiar.


¹ NOTA: debido a que CHOP renuncia a todas las responsabilidades del paciente y no busca las acciones de cobro de la emergencia o la Atención Médica Necesaria contra los pacientes/familias elegibles, a los pacientes elegibles para recibir asistencia financiera conforme esta Política nunca se les cobrará individualmente más de la cantidad que generalmente se factura. Por lo tanto, CHOP no calcula los Montos Generalmente Facturados (Amounts Generally Billed, AGB).

 MANUAL DE POLÍTICA ADMINISTRATIVA	CHILDREN'S HOSPITAL OF PHILADELPHIA	N.º A-2-03 Página 4 de 10
	Título: ASISTENCIA FINANCIERA	Fecha de entrada en vigencia: 01/DIC/2022

- C. El paciente/familia debe tener una consulta inicial, ya sea en persona o por teléfono, con un consejero en el FHCP de CHOP.
- D. El paciente/familia debe completar y firmar la Solicitud de Asistencia Financiera de CHOP y proporcionar la Documentación Requerida (la Sección IV contiene la lista de los documentos requeridos).
- E. Los pacientes/familias que CHOP determine como potencialmente elegibles para la asistencia de los programas públicos de apoyo deben cooperar en la solicitud y la calificación para cualquier asistencia proveniente del Programa de Asistencia Médica (Medicaid) del estado, Programa de Seguro de Salud Infantil (Children's Health Insurance Program, CHIP) u otros programas públicos disponibles. A menos que CHOP determine que el paciente/familia no es potencialmente elegible para la asistencia pública, se le solicitará al paciente/familia que presente la verificación de una solicitud para Medicaid, CHIP u otra asistencia pública disponible (por ejemplo, un número de Archivo Electrónico o Formulario Electrónico de una solicitud de CHIP en línea o un recibo de una oficina de asistencia del condado). Los pacientes/familias que se nieguen a cooperar de manera oportuna para obtener dicha cobertura pueden ser considerados no elegibles para la asistencia financiera.
- F. El paciente no debe tener seguro o debe tener un seguro de un plan de salud en el cual CHOP sea un proveedor participante o tenga un acuerdo. La asistencia financiera generalmente no está disponible para servicios cuando CHOP es considerado fuera de la red por el plan de salud del paciente.

III. Solicitud de Asistencia Financiera. Se puede realizar una solicitud de asistencia financiera en cualquier momento antes, durante o después de que los servicios sean proporcionados.

- A. Los pacientes/familias que desean solicitar la asistencia financiera deben:
 - i. ponerse en contacto con el Programa de Cobertura Médica Familiar por teléfono (1-800-974-2125) o por correo electrónico (fhcp@email.chop.edu) para solicitar una consulta inicial.
 - 1. Es mejor hacer esto antes de enviar una Solicitud y la Documentación Requerida (Sección IV) porque el personal de FHCP evaluará la información preliminar y ayudará con las solicitudes para el Programa de Asistencia Médica (Medicaid) estatal, el Programa de Seguro de Salud Infantil (CHIP) y con la Solicitud de asistencia financiera de CHOP.
 - ii. enviar la Solicitud completa y firmada y la Documentación Requerida (Sección IV) al FHCP:
 - 1. En persona en la oficina de FHCP en el Hospital (vea la dirección a continuación),
 - 2. Por correo electrónico a fhcp@chop.edu, o
 - 3. Por correo postal a:
 - Family Health Coverage Program
 - The Children's Hospital of Philadelphia
 - 3401 Civic Center Boulevard
 - Philadelphia, PA 19104

 MANUAL DE POLÍTICA ADMINISTRATIVA	CHILDREN'S HOSPITAL OF PHILADELPHIA	N.º A-2-03
	Título: ASISTENCIA FINANCIERA	Página 5 de 10 Fecha de entrada en vigencia: 01/DIC/2022

- B. Se solicita a los pacientes/familias que actualicen toda la información proporcionada a CHOP a medida que cambien las circunstancias (por ejemplo, si se obtiene un nuevo seguro de salud o un nuevo empleo, se debe avisar a CHOP).


IV. Información y Documentación Requerida. Se puede solicitar la siguiente información y documentación:

- A. Solicitud de Asistencia Financiera completa y firmada.
- B. Solicitudes de seguros públicos completas, si corresponde.
- C. Licencia de conducir u otra identificación válida con foto donde conste la dirección actual de todos los Miembros del Grupo Familiar adultos (que no sean los hermanos).
- D. Constancia de ciudadanía o situación de residencia de todos los Miembros del Grupo Familiar, que puede incluir certificados de nacimiento, pasaportes, tarjetas de registro de votante, tarjetas I-94, tarjetas de residencia permanente, tarjetas de autorización de empleo.
- E. Si el paciente está en edad escolar, los documentos de la inscripción en la escuela o una carta de registro de un administrador de la escuela.
- F. Autorización para la divulgación de la información a/desde las agencias de Medicaid o CHIP.
- G. Documentación relacionada con los Ingresos del Grupo Familiar (según lo especificado en la definición de "Ingresos del Grupo Familiar").
- H. Certificación firmada de incapacidad de pago.

Otros Documentos. CHOP puede solicitar información adicional y puede renunciar a cualquiera de los Documentos Requeridos dependiendo de las circunstancias del paciente/familia. Los documentos adicionales pueden incluir, entre otros, las fuentes de ingresos, la residencia, las facturas de servicios públicos de los últimos 30 días o una carta del arrendador, los documentos del contrato de alquiler o hipoteca y los recibos de pago de los últimos 30 días o una carta del arrendador, la tarjeta de crédito o las facturas del seguro de los últimos 30 días, los bienes y las deudas. Por ejemplo, CHOP puede solicitar información acerca de las cuentas del Grupo Familiar en los bancos y otras instituciones financieras, inversiones, planes de jubilación y otros activos que pueden ser liquidados y no son necesarios para la vida diaria. CHOP considera una residencia primaria del Grupo Familiar y los vehículos necesarios para el transporte regular según sea necesario para la vida diaria.

V. Determinación de la elegibilidad

- A. **Revisión y autorización final.** Todas las solicitudes para la asistencia financiera conforme a esta Política son revisadas por el Programa de Cobertura Médica Familiar, y el personal de FHCP o el director de Servicios Ambulatorios toman las decisiones. En circunstancias extraordinarias, el director puede derivar la decisión al vicepresidente de Ciclo de Ingresos y Estrategia de Reembolso.
- B. **Bases del rechazo.** CHOP puede rechazar una Solicitud de ayuda financiera si: (i) cualquier Documentación Requerida o información que se especifica en la Sección IV no se proporciona o


 MANUAL DE POLÍTICA ADMINISTRATIVA	CHILDREN'S HOSPITAL OF PHILADELPHIA	N.º A-2-03 Página 6 de 10
	Título: ASISTENCIA FINANCIERA	Fecha de entrada en vigencia: 01/DIC/2022

descarta; (ii) el paciente tiene suficiente seguro disponible, incluido seguro de automóvil, pagos de reclamaciones de responsabilidad, indemnización o de otras fuentes; o (iii) se proporciona alguna declaración o información falsa, engañosa o confusa a CHOP en relación con la Solicitud.

- C. Elección para otorgar la asistencia financiera.** CHOP puede elegir otorgar asistencia financiera basándose en otra información que pueda presentarse o ser requerida por CHOP y que no se describe en esta Política.
- D. Confianza en las determinaciones de elegibilidad.** CHOP se basará en las determinaciones finales por un año desde la fecha de la determinación de elegibilidad. Si el paciente/familia desea solicitar asistencia financiera después de que finalice este período de un año, se le solicitará que complete una nueva Solicitud de Asistencia Financiera y que presente la Documentación Requerida. CHOP no utiliza ninguna otra decisión de cualquier otra agencia o el centro para presumir o determinar la elegibilidad.
- E. Revocación.** CHOP se reserva el derecho de negar la asistencia financiera y de revocar cualquier decisión de asistencia financiera en base a cualquier declaración falsa, engañosa o confusa o información proporcionada por el paciente/familia o cualquier otra persona en su nombre en relación con una Solicitud de Asistencia Financiera, o si las circunstancias del paciente/familia cambian.

VI. Acciones de cobro

- A.** Tras la presentación de una Solicitud de Asistencia Financiera, CHOP suspende toda la facturación al paciente/familia. La facturación se puede reanudar para los servicios no cubiertos por esta Política, y después de una decisión respecto de que un paciente no es elegible para la ayuda financiera. CHOP no proseguirá con las acciones de cobro contra ningún individuo que sea responsable del pago de cualquier persona que sea elegible para recibir asistencia financiera conforme a esta Política, y no proseguirá con las Acciones de Cobro Extraordinarias (definidas a continuación) contra ningún individuo sin antes hacer esfuerzos razonables para determinar si el paciente es elegible para recibir asistencia financiera.
- B.** Las acciones de cobro que se pueden tomar cuando esta Política no es aplicable incluyen el envío periódico de estados de cuenta de CHOP o por medio de una oficina comercial contratada, y, una vez que la cuenta tenga un vencimiento de 120 días, se derivará la cuenta impaga a una agencia de cobros.
- C.** Las Acciones de Cobro Extraordinarias son:
 1. La venta de la deuda de una persona a terceros.
 2. Proporcionar un informe desfavorable sobre la persona a las agencias de calificación crediticia del consumidor o a las agencias de información crediticia.

 MANUAL DE POLÍTICA ADMINISTRATIVA	CHILDREN'S HOSPITAL OF PHILADELPHIA	N.º A-2-03
	Título: ASISTENCIA FINANCIERA	Página 7 de 10 Fecha de entrada en vigencia: 01/DIC/2022

3. Diferir o negar, o exigir el pago antes de proporcionar la Atención Médica Necesaria debido a la falta de pago de un individuo de una o más facturas por la atención recibida anteriormente cubierta en la presente Política.
4. Acciones que requieren un proceso legal o judicial, que incluyen, entre otros:
 - (i) Pedir un embargo sobre los bienes de la persona.
 - (ii) Embargo de la cuenta bancaria de la persona o de otros bienes personales.
 - (iii) Comenzar una acción civil contra un individuo.
 - (iv) Causar la detención del individuo.
 - (v) Causar que un individuo sea objeto de una orden de arresto.
 - (vi) Embargo de los salarios del individuo.

VII. Búsqueda de información. Los pacientes que deseen obtener más información sobre la asistencia financiera y otros programas de descuento en CHOP, o que deseen obtener copias de esta Política, de la Solicitud de Asistencia Financiera o un Resumen de esta Política en términos sencillos (Anexo B), deben ponerse en contacto con el Programa de Cobertura Médica Familiar (FHCP) de CHOP, llamando al 1-800-974-2125 o por correo electrónico a fhcp@chop.edu, o puede dirigirse al sitio web de CHOP en: <http://www.chop.edu/services/financial-assistance>.

Los pacientes pueden consultar sobre la asistencia financiera en cualquier momento. Las consultas, recomendaciones o referencias deben ser dirigidas al Programa de Cobertura Médica Familiar de CHOP.

VIII. Atención de emergencia. De acuerdo con la Ley federal de Tratamiento Médico de Emergencia y Trabajo de Parto (EMTALA), ni los exámenes de detección ni el tratamiento de estabilización de una condición médica de emergencia serán demorados o negados para determinar la capacidad de pago de un paciente/familia o el estado del seguro.

VIII. Aviso e informe. CHOP avisará e informará a los pacientes sobre esta Política y tomará las medidas para darla a conocer ampliamente de acuerdo con las regulaciones aplicables. Como mínimo, CHOP hará lo siguiente:

- A. Publicará esta Política, la Solicitud y el Resumen en términos sencillos en la página web de CHOP de manera que esté claramente visible y sea de fácil acceso para los pacientes y las familias.
- B. Proporcionará copias de esta Política, la Solicitud y el Resumen en términos sencillos a los pacientes/familiares cuando lo soliciten y sin costo alguno. Esto incluirá el envío de copias por correo, si se solicitan, informando al paciente que consulta cómo obtener copias electrónicas,



y tener copias disponibles en lugares públicos de CHOP, incluso en el departamento de emergencia y las áreas de admisión.

- C. Ofrecerá el Resumen en términos sencillos en el momento de admisión del paciente.
- D. Informará a los miembros de la comunidad a la que presta servicios CHOP acerca de esta Política de una manera razonablemente calculada para llegar a aquellos miembros de la comunidad que reciben los servicios de CHOP con mayores posibilidades de solicitar asistencia financiera.
- E. Incluirá en todos los estados de cuenta un aviso visible por escrito de la disponibilidad de asistencia financiera que incluye el número de teléfono del FHCP y la dirección web para obtener información adicional.
- F. Hará publicaciones visibles en las zonas comunes en todas las instalaciones de CHOP, razonablemente calculadas para atraer la atención de los pacientes y notificarles e informarles sobre esta Política. Esto incluirá exhibiciones en la sala de emergencia y en las áreas de admisión.
- G. Traducirá esta Política, el Resumen en términos sencillos y la Solicitud a varios idiomas de acuerdo con las regulaciones aplicables.

RESPONSABILIDAD DEL MANTENIMIENTO DE ESTA POLÍTICA

DIRECTOR DE CONTRATACIONES, FINANZAS

ANEXOS

Anexo A: Proveedores que cumplen con esta política

Anexo B: Resumen de la política en términos sencillos

Reemplaza	Aprobado por:
15/DIC/2021	Firma: _____ Sophia G. Holder, vicepresidenta ejecutiva y directora financiera
Esta Política Administrativa es propiedad de Children's Hospital of Philadelphia y es utilizada por los empleados del Hospital, el Personal Médico del Hospital y aquellos que actúan en nombre del Hospital en relación con los asuntos del Hospital o en los deberes del Hospital que involucran la atención de los pacientes del Hospital.	
CHILDREN'S HOSPITAL OF PHILADELPHIA © 2022	

ANEXO A: PROVEEDORES QUE CUMPLEN CON ESTA POLÍTICA

Los proveedores de CHOP pueden contratar las compañías de seguros y facturar por los servicios prestados a los pacientes por medio de una de las entidades que se enumeran a continuación. Todas estas entidades cumplen con la Política de Asistencia Financiera.

- Children's Hospital of Philadelphia
- Children's Hospital of Philadelphia Practice Association
- CHOP Clinical Associates, Inc.
- Children's Anesthesiology Associates, Ltd.
- Children's Anesthesiology Associates of NJ, Inc.
- Children's Health Care Associates, Inc.
- Children's Health Care Associates of NJ, Inc.
- Children's Radiology Associates of NJ, P.C.
- Children's Surgical Associates, Ltd.
- Children's Surgical Associates of NJ, Inc.
- Radiology Associates of Children's Hospital, Inc.

ANEXO B: RESUMEN DE ESTA PÓLIZA EN TÉRMINOS SENCILLOS

La misión de Children's Hospital of Philadelphia (CHOP) es avanzar en la asistencia sanitaria para los niños. Para ayudar a los niños a tener la atención que necesitan, CHOP proporciona asistencia financiera para la atención médica necesaria y de emergencia a los pacientes que cumplen con los requisitos de elegibilidad. Si CHOP determina que un paciente es elegible, CHOP renunciará al 100% de la responsabilidad financiera del paciente (después de todos los seguros aplicables y otras ayudas oficiales).

Requisitos de elegibilidad

Para ser elegible para la asistencia financiera de CHOP, debe cumplir los siguientes requisitos:

- Tener un Ingreso de Grupo Familiar total que no supere el **400% de las Guías Federales de Pobreza**.
- Estar **sin seguro**, o bien **asegurado por una compañía de seguros que participa con CHOP**.
- Residir en el **Área Principal de Servicios** de CHOP.
- Cooperar en la calificación para la asistencia** de su Asistencia Médica estatal (Medicaid), Programa de Seguro de Salud Infantil (CHIP) u otro programa estatal, si es potencialmente elegible para esos programas.
- Completar una **Solicitud de Asistencia Financiera** de CHOP (Solicitud) y proporcionar la documentación requerida.

Cómo solicitar asistencia financiera

Póngase en contacto con el Programa de Cobertura Médica Familiar. Si cree que puede ser elegible para la asistencia, póngase en contacto con el Programa de Cobertura Médica Familiar por teléfono (1-800-974-2125) o por correo electrónico (fhcp@chop.edu). El personal del Programa de Cobertura Médica Familiar lo ayudará a determinar si es potencialmente elegible para la asistencia financiera conforme a la Política de CHOP y de los programas de asistencia financiera estatales, y lo ayudarán con el proceso de solicitud.

Presentación de una Solicitud y los Documentos de Respaldo. Las solicitudes y los documentos se deben presentar al Programa de Cobertura Médica Familiar: (1) en persona en su oficina (Edificio Principal del Hospital, en el 8.º piso, Suite 8NE10, cerca de Connelly Center), (2) por correo electrónico a fhcp@chop.edu, o (3) por correo a Family Health Coverage Program, The Children's Hospital of Philadelphia, 3401 Civic Center Boulevard, Philadelphia, PA 19104.

Copias y traducciones

La Política de Asistencia Financiera, este Resumen, incluida la traducción en chino simplificado, español y vietnamita, están disponibles en el sitio web de CHOP en <http://www.chop.edu/services/financial-assistance>. Puede además recoger las copias en la mesa de admisión de CHOP. Si desea recibir copias gratis por correo, llame al (1-800-974-2125) o envíe un correo electrónico (fhcp@chop.edu).

Nota: debido a que no se les cobrará a los pacientes elegibles la atención médica necesaria o de emergencias, no se les cobrará más que el monto generalmente facturado por CHOP.