

For Internal Use Only

PHOENIX CHILDREN'S

Ámbito: Departamento

Tipo de Política: Ciclo de ingresos

Política de asistencia financiera

Fecha de entrada en vigor: *abril 2026*

DOCUMENTOS RELACIONADOS

1. Solicitud de asistencia financiera
2. Política de asistencia financiera en lenguaje claro
3. Lista de proveedores de la política de asistencia financiera

JUSTIFICACIÓN DE LA POLÍTICA

Phoenix Children's se compromete a dar asistencia financiera a quienes necesiten asistencia médica y no tengan seguro o tengan seguros parciales (subasegurado) o no reciban ayuda de programas gubernamentales y que no puedan pagar la Asistencia Médica Necesaria debido a la situación financiera personal en la que se encuentren. En concordancia con su misión solidaria de brindar servicios de atención de salud de alta calidad accesibles económicamente y de representar a los indefensos y marginados, PC/PCMG se esfuerza en asegurar que la capacidad financiera de quienes necesitan servicios de atención médica no sea un impedimento para que busquen y reciban la atención médica que necesitan.

Las personas con capacidad financiera para adquirir un seguro médico deberán ser alentadas a hacerlo, como medio para asegurar el acceso a servicios de atención médica, para su salud personal general y la protección de sus bienes individuales. PC cuenta con una Política de Asistencia Financiera con una escala progresiva que aborda los niveles de apoyo financiero disponibles para personas que no tienen seguro o tienen un seguro parcial (subasegurado), basándose en el ingreso familiar, las pautas del nivel federal de pobreza y la disponibilidad/no disponibilidad de recursos de pagadores.

El objetivo de la asistencia financiera de PC es identificar una fuente de pago para un paciente. Esto podría incluir, entre otros, la cobertura basada en el empleador de los padres, los planes del mercado de la Ley del Cuidado de Salud a Bajo Precio (*Affordable Care Act*), AHCCCS, Medicare/SSI, FES (*Federal Emergency Services* – proporcionado a través de AHCCCS), o ICE (*Immigration and Customs Enforcement*).

La Asistencia Financiera no se considera un sustituto de la responsabilidad personal. Se espera que los pacientes cooperen con los procedimientos de PC para obtener Asistencia Financiera y que contribuyan al costo de su atención según su capacidad individual de pago.

DESCRIPCIÓN GENERAL DE LA POLÍTICA

Esta política incluye lo siguiente:

1. Los criterios de selección para recibir asistencia financiera.
2. La base para calcular la cantidad que se cobra a los pacientes a los que les corresponde recibir asistencia financiera.

3. El método con el que los pacientes podrían solicitar asistencia financiera.
4. El método que el hospital utilizará para difundir públicamente la política en la comunidad que acude al hospital.
5. El cálculo que el hospital utilizará para determinar el monto que el hospital cobrará por emergencias y otro tipo de Atención Médica Necesaria a individuos cubiertos por la asistencia financiera, basado en el monto que el hospital factura generalmente a los pacientes con seguros privados y Medicare.

Los procedimientos de Asistencia Financiera cumplen con lo siguiente:

1. Requisitos de selección de pacientes de AHCCCS.
2. Requisitos de selección de Medicare que correspondan.
3. Regulaciones de la Servicio de Impuestos Internos (IRS, en inglés) para organizaciones sin fines de lucro y otras regulaciones del gobierno federal.
4. Regulaciones del estado de Arizona para organizaciones sin fines de lucro y otras regulaciones estatales.
5. Pautas para seguros privados.
6. Ley del Cuidado de Salud a Bajo Precio (*Affordable Care Act*).
7. Ley de Transparencia de Precios de Arizona.

DEFINICIONES

Montos que generalmente se facturan (AGB): limita los montos facturados por los servicios de emergencia y otros servicios de necesidad médica a personas que podrían recibir ayuda financiera de forma que no se les facture más que a los pacientes con seguro médico. PC determina los AGB en función del porcentaje promedio del monto bruto que los seguros privados, AHCCCS y Medicare pagan por servicio, dividiendo la suma de los montos de todos los reclamos permitidos durante un período de 12 meses por la suma de los montos brutos asociados de esos reclamos. El resultado es el porcentaje de AGB, que se aplica a la atención de emergencias y atención médica necesaria en el siguiente período de doce meses (1 de mayo al 30 de abril).

Factura del saldo: factura médica del saldo del proveedor de salud del paciente por la diferencia entre la cantidad total que cobra la institución y la cantidad que el plan de seguro no contratado permite.

Atención caritativa: una exención de la obligación financiera del paciente por el monto total de los cargos.

Gastos compartidos: la parte de los gastos que el asegurado deberá pagar según lo establezca el seguro médico. Por lo general estos gastos incluyen copagos, franquicias y coseguros, también conocidos como gastos del asegurado.

Atención con descuento: limita los montos cobrados por atención de emergencia y otra atención médicamente necesaria proporcionada a personas elegibles para Asistencia Financiera para que no sea más de lo que generalmente se factura a pacientes asegurados. Consulte la definición de 'Montos que generalmente se facturan'.

Atención electiva: servicios médicos para los cuales hay tiempo para programar.

Emergencias médicas: según la definición del EMTALA.

Familia: según la definición de Centro de Censos, familia es el grupo de dos o más personas emparentadas que residen bajo un mismo techo y que están vinculadas por nacimiento, matrimonio o adopción. De acuerdo con las reglas de la Servicio de Impuestos Internos (IRS, en inglés), los dependientes declarados en la documentación del impuesto a los ingresos por el fiador o tercero responsable, podrían ser considerados dependientes para recibir Asistencia Financiera.

Ingresos familiares: el Centro de Censos define el Ingreso Familiar mediante el uso del siguiente ingreso al computar las pautas federales de pobreza:

1. Ingresos, indemnización por desempleo, indemnización por accidentes laborales, Seguro Social, ingreso suplementario del seguro social, asistencia pública, pagos a veteranos, prestaciones al sobreviviente, pensión o ingreso por jubilación, intereses, dividendos, alquileres, derechos de propiedad, ingresos por alquiler, regalías, ingresos de herencias, fideicomiso, asistencia académica, pensión alimentaria al cónyuge, pensión alimentaria a menores, asistencia externa al hogar, y otras fuentes.
2. Los ingresos que no son en efectivo (como estampillas para alimentos y subsidios a la vivienda) no cuentan.
3. Se definen a partir de los ingresos no gravables (ingresos brutos).
4. Excluye ganancias y pérdidas de capital.
5. Si el individuo vive con la familia, incluye el ingreso de todos los familiares (no se incluyen los ingresos de personas que vivan en el hogar pero que no sean familiares).

Índice Federal de Pobreza (FPL): medida establecida por el Departamento de Servicios de Salud y Humanos de Estados Unidos a partir de los ingresos brutos y el tamaño de la familia para indicar el umbral de pobreza.

Cargos en valores brutos: son los cargos totales de PC a los índices establecidos para brindar servicios de atención médica antes de aplicar las deducciones a las ganancias.

Necesidad médica: son los servicios y elementos fundados y necesarios para el diagnóstico y el tratamiento de una enfermedad o lesión según la Administración Clínica de PC.

Ley Sin Sorpresas (No Surprises Act): ley federal que protege a los pacientes con seguro médico de facturas médicas inesperadas o "sorpresa" al imponer límites a la facturación de saldo.

Servicios calificados: los Servicios Calificados incluyen: (a) servicios considerados médicamente necesarios por el profesional de PC, servicios de instalaciones y servicios relacionados recibidos en cualquier ubicación del hospital y (b) todos los servicios profesionales médicamente necesarios que son proporcionados y facturados por PC. PC no proporciona asistencia financiera para ciertos servicios que incluyen, entre otros, aquellos descritos en el Anexo 2.

Capacidad de pago: probabilidad de que el paciente pague los servicios de PC en función de las metodologías que PC determina al trabajar con proveedores externos para determinar dicha probabilidad en forma razonable.

Escala ajustable estándar de descuentos: precios variables por los servicios en función de la capacidad de pago del paciente.

Subsegurado: el paciente tiene cierto grado de cobertura por seguro o asistencia de un tercero y tiene gastos de los que se tiene que hacer cargo pero que exceden su capacidad financiera.

Sin seguro: el paciente no tiene seguro ni asistencia de terceros para cumplir con sus obligaciones de pago.

COMUNICACIÓN DE LA POLÍTICA

La asistencia financiera está disponible después de que se hayan agotado todos los demás recursos financieros y el paciente y la familia del paciente no tengan ingresos suficientes para cubrir los gastos de bolsillo por los servicios proporcionados por PC. En el caso de pacientes en emergencias y urgencias, la información sobre la incapacidad de pago de un fiador/tercero responsable podría no revelarse del todo sino hasta después de brindarse los servicios. Por lo tanto, es posible que la evaluación de Asistencia Financiera no se complete hasta que se conozcan todos los hechos sobre las necesidades del paciente.

Los siguientes servicios de atención médica son elegibles para Asistencia Financiera y se describen en el Anexo 2:

1. Servicios médicos de emergencia que se brindan en un entorno de sala de emergencias;
2. Servicios médicamente necesarios para una afección que, si no se trata de inmediato, resultaría en un cambio adverso en el estado de la salud de un individuo; y
3. Servicios no electivos que se brindan en respuesta a circunstancias que amenazan la vida en un entorno que no es de sala de emergencias.

PAUTAS DE LA POLÍTICA

Descripción general

Tipos de asistencia financiera ofrecida

Atención con descuento: descuento parcial aplicado a servicios elegibles para pacientes que califican.

Atención caritativa: cancelación total para servicios elegibles para pacientes que califican.

La elegibilidad del servicio se aplica a servicios de emergencia y otros servicios médicamente necesarios; los servicios excluidos se describen en el Anexo 2.

La elegibilidad del paciente se basa en la situación del seguro, la necesidad financiera y el agotamiento de otras fuentes de pago.

1. Criterios de selección y montos aplicados a los pacientes

- A. Asignación de asistencia financiera: la asistencia financiera será considerada para aquellos que no estén asegurados o estén subasegurados, y que no estén cubiertos por ningún programa gubernamental para la atención de la salud, y que no pueden pagar por su atención sobre la base de la determinación de necesidad financiera que figura en esta Política. El no asegurado o subasegurado que solicite un cargo fijo de autopago previo a negociaciones, no recibirá asistencia financiera.
- B. Verificación de ingresos: la necesidad financiera se determinará calculando el Ingreso Familiar. El comprobante de Ingreso Familiar se hará con dos de las tres opciones siguientes:
 - i. dos recibos de sueldo más recientes
 - ii. dos saldos bancarios mensuales de todos los bancos
 - iii. la declaración impositiva más reciente. El ingreso anual se determina al anualizar el Ingreso Familiar del año hasta el día de la fecha.
- C. Verificación del nivel de ingresos: Después de determinar el Ingreso Familiar, PC calculará el nivel de Ingreso Familiar en comparación con FPL, expresado como porcentaje de FPL. Por ejemplo, si el nivel federal de pobreza para una familia de tres es \$20,000, y el Ingreso Familiar del paciente es \$60,000, el Hospital calculará el Ingreso Familiar del paciente como del 300% del FPL. PC usará este cálculo durante el proceso de solicitud para determinar si el paciente reúne los criterios de ingresos para recibir asistencia financiera. Se pueden encontrar más detalles en el Anexo 1.
- D. Los servicios incluidos en esta Política se destinarán a los pacientes beneficiarios según la escala ajustable de descuentos que se agrega en el Anexo 1, teniendo en cuenta la situación financiera, según lo establecido en las normas del FPL vigentes al momento de la determinación financiera. Una vez que PC establece que un paciente puede recibir asistencia financiera, el paciente no recibirá facturas futuras basadas en los montos brutos sin descuentos. Los cargos para servicios que deban tratarse como emergencias médicas o necesarios por razones médicas para quienes reciban asistencia financiera descrita en esta Política, no podrán exceder el AGB que generalmente se factura a quienes tienen cobertura médica para este tipo de atención.

- E. Actualmente, AGB es del 24.8% para PC, y el 37.2% para PCMG (a partir de abril 2026).
- F. Programas disponibles: las partes responsables deben agotar todas las demás opciones de fuentes de financiamiento para las cuales puedan ser elegibles, incluyendo Medicaid y cualquier otra cobertura de terceros, antes de que puedan calificar para asistencia financiera. El Hospital se reserva el derecho de obtener confirmación de que un paciente no es elegible para los programas disponibles, incluyendo copias de la solicitud presentada y del estado de la determinación correspondiente a AHCCCS y/o al Marketplace, a fin de demostrar que la asistencia financiera actuaría como pagador de último recurso.
- G. Verificación de Residencia: para ser elegible para asistencia financiera, el paciente o la parte responsable debe vivir en Arizona y haber establecido residencia en Arizona durante un año antes de la solicitud de asistencia. Los pacientes internacionales serán dirigidos al Departamento de Servicios Internacionales. Los documentos de verificación de residencia pueden incluir:
- i. Licencia de conducir emitida por el estado
 - ii. Factura reciente de servicios públicos
 - iii. Declaración de impuestos del año más reciente
 - iv. Talones de cheque de nómina recientes
- Phoenix Children's puede otorgar asistencia financiera a pacientes que viven fuera de Arizona para fecha(s) de servicio específicamente identificada(s) solo cuando dichos pacientes tienen un inicio agudo de enfermedad no planificado y el paciente y la parte responsable cumplen con todos los demás requisitos de asistencia financiera bajo esta póliza.
- H. Farmacia: como último recurso, la asistencia financiera para medicamentos de la farmacia está disponible para las partes responsables si cumplen con los criterios de asistencia financiera establecidos en esta póliza. La asistencia financiera para la farmacia solo se ofrece a través de las farmacias ambulatorias del hospital.

2. Determinación de la asistencia financiera presunta

- A. La presunción de asistencia financiera se hará en función de la mejor información de que se disponga luego de agotar todos los medios para comunicarse con el paciente o fiador o tercero responsable y para obtener información financiera. La determinación podría hacerse durante el proceso de cobranza si se agoten los intentos de recoger información en ese momento. Los factores para determinar la presunción de asistencia financiera podrían incluir lo siguiente:
- i. Solicitudes de ayuda financiera;
 - ii. Domicilios extranjero;
 - iii. Incapacidad de comunicarse con las familias por teléfono o correo (teléfonos desconectados o retorno de la correspondencia);
 - iv. Capacidad de pago: capacidad de pago;
 - v. Acontecimiento que no da derechos, con denegación de AHCCCS;
 - vi. Paciente o fiador o tercero responsable sin hogar;
 - vii. Paciente, fiador o tercero responsable encarcelado;
 - viii. Cuentas de Medicaid: prescritas por ser tardías o por haber utilizado todas las prestaciones o por haber días sin cubrir; cobertura FES (programa federal de servicios de emergencia).
- B. Motivos de denegación de asistencia financiera: la falsificación de la información o la documentación incompleta provista por el paciente o fiador o tercero responsable será causa de denegación de asistencia financiera. En los casos en los que el paciente no puede

aportar documentación para comprobar los ingresos, PC podrá, a su criterio, comprobar los ingresos del paciente o fiador o tercero responsable haciendo que firmen una solicitud de asistencia financiera en la que declaren que la información aportada es veraz. En circunstancias especiales, el asesor financiero o el gerente de Disponibilidad de Servicios Médicos podrían recibir una declaración oral del paciente para realizar la evaluación financiera. Se presentará una denegación por escrito a la parte responsable dentro de un plazo de 30 días y se incluirá el motivo o los motivos de la denegación, así como la fecha de la decisión.

- C. Circunstancias catastróficas: en caso de que los gastos propios a pagar de un paciente sumen más del 25% de los ingresos brutos del paciente o de su familia en un año dado, PC elaborará con el paciente o familia un plan de pagos de manera tal que no tengan que pagar más del 25% de sus ingresos brutos a PC/PCMG en dicho año.
 - D. Servicios profesionales cubiertos: los servicios profesionales brindados por proveedores que no figuran en la Lista de profesionales del reglamento de Asistencia Financiera del sitio web de asistencia financiera NO están cubiertos por este reglamento. Los servicios profesionales de prestadores de la Lista de profesionales de la Política de Asistencia Financiera del sitio web de asistencia financiera están cubiertos por esta Política.
3. **Método para solicitar asistencia financiera** - Los pacientes o el fiador o tercero responsable deben solicitar asistencia financiera antes, durante o dentro de un tiempo razonable de haber recibido atención médica.
- A. Solicitud de asistencia financiera: los pacientes o el fiador o tercero responsable pueden solicitar asistencia financiera a través de las siguientes opciones:
 - i. En el Departamento de Asesoramiento Financiero o en el de Atención al Cliente en persona,
 - ii. A través del sitio web de PC, <http://www.phoenixchildrens.org/>,
 - iii. Por teléfono al 602-933-2000 o 1-800-549-3743,
 - iv. Por correo,
 - v. A través de un representante, de un familiar o de un tercero.
 - B. La necesidad financiera se definirá de acuerdo con el protocolo que incluye la evaluación individual de la necesidad financiera; y además:
 - i. Un proceso de solicitud en el cual el paciente o el fiador deben colaborar y aportar información personal, financiera y la que sea necesaria además de la documentación pertinente para determinar la necesidad financiera;
 - ii. Fuentes externas de información de dominio público para obtener información sobre la capacidad de pago del paciente o del fiador del paciente (posibilidad de pago);
 - iii. Esfuerzos razonables de PC para explorar fuentes alternativas apropiadas de pago y cobertura de programas de pago públicos y privados; y asistir a pacientes en la solicitud de tales programas.
 - iv. Tener en cuenta el patrimonio disponible del paciente o el fiador o tercero responsable y otras fuentes financieras que posea; y
 - v. El análisis de las cuentas pendientes por cobrar del paciente o el fiador o tercero responsable por servicios recibidos y los antecedentes de pago del paciente o el fiador o tercero responsable.
 - C. Solicitud de asistencia financiera: para servicios de rutina y de necesidad médica que no sean de emergencia se necesita la solicitud de asistencia financiera y la determinación de necesidad financiera antes de brindar servicios. Sin embargo, la determinación podrá hacerse en cualquier momento del ciclo de cobranzas. En caso de que un paciente no cumpla con la entrega de la documentación solicitada, podría ser necesario reprogramar la cita.
 - D. La necesidad de asistencia financiera será reevaluada cada año calendario para pacientes recurrentes y cada vez que se brinde un servicio si la última evaluación financiera se completó más de un año antes. Además, se revisará en cualquier momento cuando se reciba información pertinente para determinar si al paciente le corresponde recibir asistencia financiera.

- E. Informe sobre la decisión: las determinaciones del nivel de Asistencia Financiera generalmente se emitirán por correo postal o correo electrónico dentro de un período razonable (por lo general 30 días) a partir del momento en que se recibe la solicitud de asistencia del paciente o fiador o tercero responsable. PC también comunicará al paciente sus responsabilidades según lo fijado en esta norma. La documentación faltante debe proporcionarse dentro de los 30 días posteriores a la notificación. Las solicitudes inactivas o incompletas serán denegadas, y será necesario presentar una nueva solicitud.
 - F. Período de elegibilidad, fecha de entrada en vigor y cobertura retroactiva:
 - i. La asistencia aprobada puede aplicarse retroactivamente a los saldos abiertos elegibles.
 - ii. La cobertura es efectiva durante 12 meses a partir de la aprobación, a menos que los procedimientos de PC determinen lo contrario o haya un cambio de circunstancias.
 - G. Cambios en las circunstancias: los pacientes, el fiador o el tercero responsable podrán reenviar la solicitud de asistencia financiera cuando los ingresos, el patrimonio o la responsabilidad familiar cambien. Los montos pagados en exceso realizados antes de aprobar la asistencia financiera, podrían ser reembolsados si luego se determina que al paciente le corresponde la asistencia financiera. Además, el descuento se podría revertir si con posterioridad se descubre que la información en la que se basó contenía errores.
4. **Proceso facturación y cobro**: en caso de denegarse la asistencia financiera, PC seguirá el proceso convencional de créditos y cobros.
- A. Investigación razonable: de manera razonable, PC intentará determinar si a un individuo le corresponde recibir asistencia financiera antes de derivarlo a una agencia de cobranzas. PC no demandará legalmente por falta de pago de las facturas a los pacientes o terceros con asistencia financiera que demostraran claramente que no tienen ingresos suficientes ni patrimonio para cumplir con las obligaciones financieras.
 - B. Sistema de cobros: PC no ejecutará embargos preventivos para forzar una venta ni solicitará la ejecución hipotecaria de la residencia principal del paciente, el fiador o el tercero responsable que reciban asistencia financiera para pagar facturas médicas pendientes. PC no interpondrá una orden de arresto para lograr que el paciente o tercero responsable que reciben asistencia financiera comparezcan ante la justicia. PC podría denunciar a los pacientes con asistencia financiera a las agencias de calificación de crédito cuando los pacientes no cumplan con los planes de pago reducido y haya pruebas de que el paciente con asistencia financiera tiene ingresos o patrimonio suficientes para cumplir con la obligación. El paciente o fiador o tercero responsable son responsables de denunciar los cambios en sus ingresos que podrían afectar su capacidad de pago a PC. PC se encargará de que las agencias de cobranza externas que participen en la obtención de pagos de facturas morosas de pacientes con asistencia financiera cumplan con las pautas indicadas anteriormente.
 - C. Cobranza a terceros: en esta norma, nada impide que PC persigan el reembolso de terceros, de acuerdos de pagos a terceros u otras partes legalmente responsables. Difusión de la política de asistencia financiera
5. **Confidencialidad y manejo de datos**
- A. PC mantendrá toda la información recibida de los solicitantes que buscan Asistencia Financiera como información confidencial. La información que se obtiene sobre Activos Monetarios como parte del proceso de solicitud se mantendrá en los registros médicos del paciente. Toda la información no estará disponible para el personal involucrado en el cobro de deudas. Sin embargo, no existe ningún elemento en esta política que impida el uso de información obtenida por PC o sus agencias de cobro en el proceso de cobro de deudas. PC difundirá la existencia de asistencia financiera a todos los pacientes y fiadores o terceros responsables en idiomas que son adecuados en regiones de servicio de PC, incluyendo, como ejemplo, los siguientes métodos:
 - B. Señalización, información y folletos en las zonas pertinentes de PC.
 - i. Resumen en lenguaje claro, exhibido visiblemente en inglés y español, en la zona de registro de pacientes y listo para entregar durante la facturación;
 - ii. Disponibilidad de asesores financieros e intérpretes que expliquen la política de asistencia financiera;

- iii. Indicación en el estado de cuenta del paciente de la disponibilidad de Asistencia Financiera y un número de teléfono para pedir información; y
- iv. Indicación de información sobre la disponibilidad de Asistencia Financiera también exhibida en el sitio web de PC.

INFORMACIÓN DESTACADA / OTROS DETALLES

DOCUMENTOS RELACIONADOS

1. Política de asistencia financiera (español)
2. Carta de presentación de la solicitud de asistencia financiera (inglés)
3. Solicitud de asistencia financiera (inglés)
4. Carta de presentación de la solicitud de asistencia financiera (español)
5. Solicitud de asistencia financiera (español)
6. Política de asistencia financiera: lista de proveedores
7. Política de asistencia financiera: lenguaje claro (inglés)
8. Política de asistencia financiera: lenguaje claro (español)
9. Herramienta de estimación de precios

REFERENCIA(S)

1. Ley de Protección al Paciente y Cuidado de Salud Asequible (*Patient Protection & Affordable Care Act*)
2. Sección 501(r) del Código de Rentas Internas (*Internal Revenue Code*)
3. A.R.S. § 36-437 – Centros de atención médica; cargos; disponibilidad pública; pago directo; notificación
4. A.R.S. § 36-425.09 – Transparencia de precios hospitalarios; verificación; informe anual
5. Leyes Revisadas de Arizona (*Arizona Revised Statutes*), Título 36 – Salud y seguridad pública
6. Código Administrativo de Arizona (*Arizona Administrative Code*), Título 9 – Servicios de salud
7. Ley de Tratamiento Médico de Emergencia y Trabajo de Parto Activo (EMTALA), 42 U.S.C. § 1395dd

Información y antecedentes:	
Fecha de creación:	<i>Diciembre 2023</i>
Fechas de actualización	<i>Jun/2007, Feb/2008, May/2009, Dic/2010, Abr/2013, Ene/2014, Feb/2015, Dic/2015, Feb/2016, Feb/2017, Dic/2016, Jul/2017, Ago/2017, Mar/2018, Abr/2019, Abr/2020, Oct/2020, Ene/2023, Mar/2023, Feb/2024, Ene/2025, Abr/2025</i>
Fecha de revisión	
Cadencia de revisión:	<i>Anual</i>
Propiedad:	<i>VP, Ciclo de ingresos</i>
Autorización:	<i>Karen Sanchez, Director, Family Finance Glen Reiner, VP, Revenue Cycle Michelle Bruhn, EVP, CFO Junta Directiva de PCH</i>

A. **ANEXO 1**

Tabla de asistencia financiera para emergencias y atención médica necesaria

La tabla indica los porcentajes de condonación por asistencia financiera teniendo en cuenta los montos brutos disponibles según el nivel de ingreso correspondiente (nivel federal de pobreza o FPL, para todos los estados excepto Alaska y Hawái). El cálculo del FPL que se muestra a continuación se actualizará anualmente cuando el Departamento de Salud y Servicios Sociales publique las pautas de pobreza en el boletín federal oficial.

Número de familiares	225% del FPL	400% del FPL
1.	\$ 35,910.00	\$ 63,840.00
2.	\$ 48,690.00	\$ 86,560.00
3.	\$ 61,470.00	\$ 109,280.00
4.	\$ 74,250.00	\$ 132,000.00
5.	\$ 87,030.00	\$ 154,720.00
6.	\$ 99,810.00	\$ 177,440.00
7.	\$ 112,590.00	\$ 200,160.00
8.	\$ 125,370.00	\$ 222,880.00
Por cada persona incorporada agregar	\$ 5,680.00	\$ 5,680.00

FPL	Tasa de descuento
Hasta 225%	100% de la tasa de descuento
226-400%	Tasa actual de AGB

Última reevaluación: abril de 2026

<https://aspe.hhs.gov/topics/poverty-economic-mobility/poverty-guidelines>

Anexo 2

Servicios que no son elegibles para Asistencia Financiera

- Lentes de contacto
- Tratamiento de ortodoncia
- Procedimientos electivos incluyendo, pero no limitado a, los siguientes:
 - Procedimientos cosméticos
 - Pruebas genéticas
- Servicios no médicos tales como servicios sociales, educativos o vocacionales