

Política de beneficencia y de ayuda financiera

Política:

La misión de Riverside Medical Center es dar una experiencia de atención médica excelente. Lo hacemos para todas las personas, independientemente de su situación personal o financiera. Riverside tiene el compromiso de dar atención de beneficencia a las personas con necesidades médicas que no tienen seguro médico, tienen un seguro insuficiente, no son elegibles para participar en un programa gubernamental o no pueden pagar la atención médicamente necesaria por su situación financiera personal. Estas directrices se usan para determinar si la ayuda financiera es apropiada o necesaria. Estas directrices se crearon para que las use el hospital y sus agencias de cobro. También las pueden usar otras entidades de Riverside Healthcare; sin embargo, cada entidad determinará sus propias políticas específicas sobre la atención de beneficencia. En ningún caso, esta política retrasará o impedirá el tratamiento de atención médica de emergencia. Riverside Medical Center atiende a personas con condiciones médicas de emergencia, independientemente de su elegibilidad según la política de ayuda financiera.

En consecuencia, esta política escrita:

- Incluye criterios de elegibilidad para recibir ayuda financiera: atención gratis y con descuento (beneficencia parcial).
- Describe el criterio para calcular las cantidades que se les cobran a los pacientes elegibles para recibir ayuda financiera según esta política.
- Describe el método para que los pacientes pidan ayuda financiera.
- Describe cómo el hospital anunciará la política en la comunidad que atiende.
- Limita las cantidades que el hospital cobrará por la atención de emergencia o por cualquier atención médicamente necesaria que se les dé a las personas elegibles para recibir ayuda financiera a la cantidad que el hospital factura (recibe) generalmente por los pacientes de Medicare. A los pacientes elegibles para recibir ayuda financiera no se les cobrará por la atención de emergencia u otra atención médicamente necesaria más que las cantidades generalmente facturadas (amounts generally billed, AGB) a las personas que tienen un seguro que cubre dicha atención. Riverside calcula las AGB con el método prospectivo descrito por el Servicio de Rentas Internas (Internal Revenue Service). Con este método, las AGB se determinan usando los mismos procesos de facturación y de codificación que Riverside usaría si la persona fuera un beneficiario de Medicare y ajustando las AGB a la cantidad que Medicare pagaría por la atención, lo que incluiría la cantidad reembolsada por Medicare y cualquier pago de responsabilidad personal adeudado por el paciente en forma de copagos, coseguros y deducibles.

La beneficencia no se considera un reemplazo de la responsabilidad personal. Se espera que los pacientes cooperen con los procedimientos de Riverside Medical Center a la hora de recibir beneficencia u otros métodos de pago o ayuda financiera. Asimismo, se espera que cubran el costo de su atención de acuerdo con su capacidad de solvencia individual. Se recomienda que las personas que tengan la capacidad financiera para adquirir un seguro médico hagan lo posible para adquirirlo, como medio para garantizar el acceso a los

servicios de atención médica, para su salud personal en general y para la protección de sus bienes personales. Si corresponde, es posible que se les pida a los pacientes:

- Una copia de la declaración de impuestos más reciente de su familia.
- Extractos bancarios actuales (cuenta corriente y caja de ahorros).
- Comprobantes de ingresos del paciente y de su cónyuge, si está casado. Los tres recibos de sueldo, las declaraciones del seguro social o los recibos de pago por desempleo más recientes.
- La tarjeta vigente de Medicaid o LINK.
- Información sobre cómo se mantienen actualmente, en el caso de los pacientes que indiquen que no tienen ingresos.

A los pacientes que pidan el descuento por **no tener seguro médico** solo se les pedirá que presenten **uno** de estos documentos (según lo exige la Ley Pública [Public Act] 095-0965, la Ley de Descuento para Pacientes Sin Seguro Médico del Hospital [Hospital Uninsured Patient Discount Act]):

- Una copia de la declaración de impuestos más reciente.
- Copias de los dos recibos de sueldo más recientes.

Para administrar sus recursos de manera responsable y permitir que Riverside Medical Center le dé el nivel adecuado de ayuda al mayor número de personas necesitadas, la Junta Directiva (Board of Directors) establece estas directrices para darle beneficencia al paciente.

Definiciones

En esta política, los términos de abajo se definen de esta manera:

Atención de beneficencia: servicios de atención médica que se han prestado o se prestarán, pero que nunca se espera que generen ingresos de efectivo. La atención de beneficencia es el resultado de la política de un proveedor que presta servicios de atención médica gratis o con descuento a las personas que cumplen los criterios establecidos.

Familia: según la definición de la Oficina del Censo (Census Bureau), es un grupo de dos o más personas que viven juntas y que están relacionadas por nacimiento, matrimonio o adopción. Según las normas del Servicio de Rentas Internas, si el paciente designa a una persona como dependiente en su declaración del impuesto sobre la renta, puede considerarse dependiente para efectos de la prestación de ayuda financiera.

Ingresos familiares: los ingresos familiares se determinan de acuerdo con la definición de la Oficina del Censo, que usa estos ingresos para calcular las directrices federales de pobreza:

- Incluye ingresos, compensación por desempleo, compensación para trabajadores, seguro social, Seguridad de Ingreso Suplementario (Supplemental Security Income), ayuda pública, pagos para veteranos, beneficios para sobrevivientes, ingresos de pensión o de jubilación, intereses, dividendos, alquileres, regalías, ingresos de bienes inmuebles, fideicomisos, ayuda educativa, pensión alimenticia, sustento de menores, ayuda externa al grupo familiar y otras fuentes.

- **No** se tienen en cuenta los beneficios no monetarios (como cupones de comida y subsidios de vivienda).
- Se determinan sobre una cantidad antes de la deducción de impuestos.
- Se excluyen las ganancias o las pérdidas de capital.
- Si una persona vive con una familia, se incluyen los ingresos de todos los familiares (no se tienen en cuenta los que no son parientes, como los compañeros de vivienda).

Sin seguro médico: el paciente no tiene ningún nivel de seguro ni ayuda de terceros para cumplir sus obligaciones de pago.

Seguro médico insuficiente: el paciente tiene un cierto nivel de seguro o de ayuda de terceros, pero todavía tiene gastos de bolsillo que exceden sus capacidades financieras.

Cargos brutos: los cargos totales de las tasas finales establecidas por la organización para la prestación de servicios de atención al paciente antes de aplicar las deducciones de los ingresos.

Condiciones médicas de emergencia: se definen en el sentido de la sección 1867 de la Ley del Seguro Social (Social Security Act) (sección 1395dd del título 42 del Código de los Estados Unidos [United States Code, U.S.C.]).

Medicamento necesario: según lo define Medicare (servicios o artículos razonables y necesarios para el diagnóstico o el tratamiento de enfermedades o lesiones).

Procedimiento:

- A. **Servicios elegibles según esta política.** En esta política, “beneficencia” o “ayuda financiera” se refiere a los servicios de atención médica prestados por Riverside Medical Center gratis o con descuento a los pacientes que califican. Estos servicios de atención médica son elegibles para recibir beneficencia:
1. Servicios médicos de emergencia prestados en una sala de emergencias.
 2. Servicios para una condición que, si no se trata de inmediato, provocaría un cambio perjudicial en el estado de salud de una persona.
 3. Servicios no programados prestados en respuesta a situaciones que ponen en peligro la vida en una sala que no es de emergencias.
 4. Servicios médicamente necesarios, evaluados caso por caso, a discreción de Riverside Medical Center.
- B. Los **servicios excluidos de esta política** incluyen, entre otros:
1. Los precios especiales de un parto.
 2. Los precios especiales de los procedimientos que no suelen estar cubiertos por el seguro, como la cirugía bariátrica.
 3. Los servicios sin derivación, como las consultas con nutricionistas, la rehabilitación cardíaca de fase 3 o 4, la puntuación cardíaca, etc.

4. Otros servicios con precios especiales que requieren el pago total antes de que se presten los servicios.

C. **Elegibilidad para recibir beneficencia.** Se evaluará la elegibilidad de una persona para recibir beneficencia si no tiene seguro médico, tiene un seguro insuficiente, no es elegible para participar en un programa de beneficios de atención médica del gobierno o no puede pagar su atención, de acuerdo a la determinación de necesidad financiera según esta Política. El otorgamiento de beneficencia se determinará de manera individual de acuerdo con las necesidades financieras de cada persona, y no se tendrá en cuenta su edad, sexo, raza, condición social o estado migratorio, orientación sexual ni afiliación religiosa. Riverside Medical Center tiene estas opciones para los pacientes que no pueden pagar la totalidad de los gastos de bolsillo:

1. Planes de pago razonables:
 - a. Son para todos los pacientes.
 - b. Ayudan a los pacientes a cumplir sus obligaciones financieras mediante acuerdos de pago razonables.
2. Descuentos por pagos por cuenta propia para pacientes que no tienen seguro:
 - a. Se ofrece un descuento automático del 68 % sobre los cargos brutos. No se necesita ninguna solicitud.
3. Ayuda Financiera:
 - a. Es para todos los pacientes.
 - b. Ayuda a los pacientes a cumplir sus obligaciones financieras mediante una atención médica gratis o con descuento, según la cantidad de integrantes y los ingresos del grupo familiar. Se exige una solicitud y una verificación de ingresos (excepción: consulte "Elegibilidad presunta", que se describe más adelante en esta Política).

D. **Método para que los pacientes pidan atención de beneficencia.**

1. La necesidad de recibir ayuda financiera se determinará de acuerdo con procedimientos que implican una evaluación individual de esa necesidad, y puede:
 - a. Incluir un proceso de solicitud, en el que el paciente o el garante del paciente deben cooperar y presentar información y documentación personal, financiera y de otro tipo pertinentes para determinar la necesidad de recibir ayuda financiera.
 - b. Incluir el uso de fuentes de datos externas de acceso público que den información sobre la capacidad de pago de un paciente o de un garante del paciente (como la calificación crediticia).
 - c. Incluir esfuerzos razonables de Riverside Medical Center para explorar fuentes de pago alternativas que sean apropiadas y coberturas de programas de pago públicos y privados, y para ayudar a los pacientes a presentar una solicitud para participar en dichos programas.
 - d. Tener en cuenta los activos del paciente y todos los demás recursos financieros del paciente.

- e. Incluir una evaluación de las cuentas pendientes del paciente por servicios prestados en el pasado y del historial de pagos del paciente.
2. Se prefiere, pero no es obligatorio, que se presente una solicitud de beneficencia y una determinación de la necesidad de recibir ayuda financiera antes de la prestación de los servicios médicamente necesarios que no sean de emergencia. Sin embargo, la determinación se puede hacer en cualquier momento del ciclo de cobro. La necesidad de recibir ayuda financiera se volverá a evaluar en cada momento posterior al servicio si la última evaluación financiera se hizo hace más de seis meses, o cuando se sepa cualquier otra información que sea relevante para la elegibilidad del paciente que recibe la beneficencia. **(Nota para los pacientes sin seguro médico que necesitan dispositivos implantables o medicamentos costosos: Riverside hará todo lo posible para que el proveedor ofrezca estos artículos costosos gratis. Para eso, se deberá determinar la elegibilidad antes del servicio).**
3. Los valores de dignidad humana y administración de Riverside Medical Center se reflejarán en el proceso de solicitud, en la determinación de la necesidad de recibir ayuda financiera y en el otorgamiento de la beneficencia. Las solicitudes de beneficencia se procesarán rápidamente, y Riverside Medical Center se lo informará al paciente o a su representante por escrito en un plazo de 30 días después de recibir la solicitud completada.
4. Los descuentos se aplicarán a todos los saldos pendientes de pago por cuenta propia, independientemente de la antigüedad de la cuenta. Las facturas pagadas previamente no se considerarán para la beneficencia ni se reembolsarán los pagos de los pacientes, salvo que lo exija el reglamento. Los descuentos parciales o las denegaciones de ayuda financiera requerirán que el paciente pague la totalidad del saldo restante o se comunique con el hospital para establecer un plan de pago razonable.
5. Se denegarán las solicitudes incompletas. Se le enviará una carta al paciente en la que se le indicará qué información falta. Una vez que se reciba la información que falta, se volverá a considerar la solicitud.
6. Los pacientes pueden apelar las denegaciones de ayuda financiera por escrito. Los pacientes deben incluir cualquier otra información que no se haya presentado con la solicitud original para respaldar el motivo de la apelación de la decisión. Se evaluarán y se responderán las apelaciones en un plazo de 45 días hábiles. La evaluación de las apelaciones la hace el personal designado del Departamento de Servicios Financieros para los Pacientes (Patient Financial Services Department) de Riverside Medical Center.
7. Si el paciente no califica inicialmente para recibir ayuda financiera después de presentar la información y la documentación solicitadas, puede volver a pedirla si hay un cambio en sus ingresos, en sus activos o en su responsabilidad sobre la cantidad de integrantes del grupo familiar. Se revisarán las solicitudes y se determinará la elegibilidad de esta manera:
 - a. El consejero financiero será responsable de determinar la elegibilidad.
 - b. El gerente del Servicio de Atención al Cliente aprobará la ayuda financiera de hasta \$1,000.

- c. El director de Servicios Financieros para los Pacientes aprobará la ayuda financiera que supere los \$1,000. El director de Integridad de Ingresos (Revenue Integrity) puede aprobarla en su ausencia.
- d. El vicepresidente o el director de Finanzas firmarán y aprobarán conjuntamente la ayuda financiera que supere los \$5,000.

E. Elegibilidad presunta para recibir ayuda financiera. Hay casos en los que un paciente puede parecer elegible para recibir descuentos en la atención de beneficencia, pero no hay un formulario de ayuda financiera en el archivo por la falta de documentación de respaldo. Con frecuencia, hay información adecuada que se recibe del paciente o de otras fuentes que podría servir como prueba suficiente para que el paciente reciba atención de beneficencia. Si no hay pruebas que respalden la elegibilidad de un paciente para recibir atención de beneficencia, Riverside Medical Center puede usar agencias externas para determinar las cantidades estimadas de ingresos y así decidir si el paciente es elegible para recibir atención de beneficencia y las posibles cantidades de descuento. La elegibilidad presunta puede determinarse según situaciones de vida individuales, que pueden incluir:

1. La determinación de indigencia de la Residencia de Veteranos (Veteran's Home) del estado de Illinois, conocida como Ayuda y Asistencia (Aid and Attendance).
2. La elegibilidad actual para recibir Medicaid con fechas de servicios anteriores no cubiertos por Medicaid o inelegibles para Medicaid.
3. La elegibilidad para recibir la tarjeta LINK de Illinois (cupones de comida).
4. A los pacientes que son elegibles para recibir ayuda según la Ley de Víctimas de Delitos (Crime Victims Act).
5. A los pacientes que son elegibles para recibir ayuda según la Ley de Agresión Sexual (Sexual Assault Act).
6. A los pacientes que reciben el descuento por no tener seguro médico.
7. A los pacientes que reciben atención gratis en una clínica comunitaria, y esta deriva al paciente a Riverside Medical Center para que reciba servicios que la clínica no puede prestarle.
8. Los programas de recetas financiados por el estado.
9. A las personas sin hogar o las personas que recibieron atención en una clínica para personas sin hogar.
10. La participación en programas para Mujeres, Bebés y Niños (Women, Infants and Children, WIC).
11. La elegibilidad para participar en el programa Mujeres Saludables de Illinois (Illinois Healthy Women).
12. La elegibilidad para participar en el programa de subsidios para el almuerzo escolar.
13. La elegibilidad para participar en otros programas de ayuda estatales o locales que no tienen financiamiento (por ejemplo, responsabilidad económica del paciente de Medicaid; el Programa de Seguro Médico para Niños [Children's Health Insurance Program, CHIPS] y el Departamento de Salud Mental [Department of Mental Health, DMH]).

14. A los pacientes elegibles para recibir el reembolso del contrato del Departamento de Alcoholismo y Abuso de Sustancias (Department of Alcohol and Substance Abuse) (no Medicaid).
15. A los pacientes con discapacidades mentales o físicas que no tengan ningún representante que actúe en su nombre.
16. A los pacientes que se declaran en quiebra.
17. A los pacientes que están en servicio militar activo.
18. A los pacientes encarcelados.
19. A los pacientes que no tienen activos de acuerdo a lo que ha determinado nuestra agencia de cobranza asociada.
20. Una dirección válida de una vivienda de bajos ingresos/subvencionada.
21. Al paciente que ha fallecido sin herencia conocida.
22. El transporte para oncología radioterápica, cuando corresponda (consulte la política por separado).

- F. **Criterios de elegibilidad y cantidades facturadas a los pacientes sin seguro médico o con seguro médico insuficiente.** Los servicios elegibles según esta política se pondrán a disposición del paciente en una escala de tarifas móviles, de acuerdo con la necesidad de ayuda financiera, como lo determine el Nivel Federal de Pobreza (Federal Poverty Level, FPL) vigente en el momento de la resolución. Para que se considere a una persona para que reciba un descuento según la política de beneficencia de Riverside, esta debe cooperar con el hospital y debe presentar la información y la documentación necesarias para pedir otros recursos financieros existentes que puedan estar a su disposición para pagar su atención médica, como Medicare, Medicaid, AllKids, responsabilidad civil, etc. Los pacientes deben cooperar con su compañía de seguros y deben dar cualquier información que se les pida (es decir, coordinación de la información de beneficios, verificación de estudiantes, etc.). Las obligaciones de Riverside con un paciente individual se suspenderán si el paciente no le da o se niega a darle a Riverside la información o la documentación solicitadas sin justificación razonable, o si el paciente no pide la cobertura de los programas públicos en un plazo de 30 días después del pedido de Riverside. Cuando Riverside Medical Center haya determinado que un paciente es elegible para recibir ayuda financiera, ese paciente no recibirá ninguna factura en el futuro en concepto de los cargos brutos no descontados. Las condiciones que establece Riverside Medical Center para determinar las cantidades que cobrará a los pacientes que califican para recibir ayuda financiera son:
1. Los pacientes cuyos ingresos familiares son iguales o inferiores al 200 % del FPL son elegibles para recibir atención gratis.
 2. Con una escala móvil, se puede hacer un descuento parcial en función de los ingresos familiares de la persona y, para aquellos que no tienen seguro médico, según la Ley Pública 095-0965 del estado de Illinois, se puede aplicar la Ley de Descuento para Pacientes Sin Seguro Médico del Hospital.

3. Los pacientes pueden ser elegibles para recibir descuentos caso por caso en función de sus situaciones específicas, como una enfermedad grave o indigencia médica, a discreción de Riverside Medical Center. Sin embargo, los descuentos no serán superiores a las cantidades generalmente facturadas (AGB) (que recibe el hospital) por los pacientes de Medicare.
 4. Los pacientes sin seguro médico pueden ser elegibles para una cantidad máxima de cobro del 25 % de los ingresos familiares del paciente si se determina que son elegibles para recibir ayuda financiera y si no tienen activos cuyo valor sea superior al 600 % del FPL. El máximo del 25 % es por un período de 12 meses a partir de la fecha en la que el paciente es elegible, según la política de atención de beneficencia del hospital. El exceso de activos no incluye la residencia principal del paciente, los bienes personales exentos de juicio según la sección 12-001 del Código de Procedimiento Civil (Code of Civil Procedure) ni cualquier cantidad que tenga en un plan de pensión o jubilación. Las distribuciones de un plan de jubilación se consideran ingresos y no están exentas.
 5. Un paciente sin seguro médico debe informar al hospital por escrito que es elegible para el límite máximo de cobro antes o después de cada consulta posterior durante el período de 12 meses. El máximo de cobro puede darse a pacientes con seguro según el caso. Puede obtener más información en la política RMC-PT ACCT 910-03-0598 de la Ley de Descuento para Pacientes sin Seguro Médico del Hospital.
 6. Cada situación se evaluará de manera independiente, y se tendrán en cuenta las circunstancias especiales en función de los esfuerzos de buena fe y los factores atenuantes.
 7. Los pacientes que reciben precios especiales para el parto, la cirugía bariátrica, las consultas con nutricionistas, la rehabilitación cardíaca de fase 3 y 4 u otros servicios que requieren el pago completo antes de que se preste el servicio no son elegibles para recibir otro descuento.
 - a. Las directrices del FPL que usa el hospital se actualizarán anualmente con las modificaciones del FPL publicadas por el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos (United States Department of Health and Human Services). Los ajustes anuales a los descuentos también se basarán en los cálculos de la Ley de Descuento para Pacientes sin Seguro Médico del Hospital del estado de Illinois.
 - b. Riverside Medical Center pedirá que el paciente certifique la veracidad de toda la información incluida en la solicitud. Si alguna parte de la información es falsa, se perderá cualquier descuento que se le haya dado al paciente.
- G. **Difusión del programa de beneficencia a los pacientes y a la comunidad.** El aviso sobre la beneficencia en Riverside Medical Center, que incluirá un número de contacto, se difundirá por diversos medios, que pueden incluir, entre otros, la publicación de avisos en las facturas de los pacientes, en las diversas áreas de atención del paciente, en el manual del paciente, en los departamentos de ingreso y registro, en las oficinas de cobro del hospital y en otros lugares públicos que determine Riverside Medical Center. Riverside Medical Center también publicará un resumen de esta política de atención de beneficencia en el sitio web del centro, en los folletos que están en los sitios de acceso del paciente y en otros lugares de la comunidad donde atiende el hospital, según lo determine Riverside Medical Center. Dichos avisos y resúmenes de la información estarán escritos en

los principales idiomas que habla la población que atiende Riverside Medical Center. Cualquier miembro del personal o médico de Riverside Medical Center puede derivar a los pacientes para que reciban atención de beneficencia, incluyendo médicos, enfermeros, consejeros financieros, trabajadores sociales, administradores de casos, capellanes y patrocinadores religiosos. La solicitud de beneficencia la puede hacer el paciente o un familiar, un amigo cercano o un representante del paciente, de acuerdo con las leyes de privacidad vigentes.

H. **Relación con las políticas de cobro.** La gerencia de Riverside Medical Center desarrollará políticas y procedimientos para las prácticas de cobro internas y externas (incluyendo las medidas que el hospital puede tomar en caso de incumplimiento de pago, que incluyen acciones de cobro y la presentación de informes a las agencias de crédito) que tengan en cuenta la medida en la que el paciente califica para la beneficencia, el esfuerzo de buena fe de un paciente para pedir un programa gubernamental o la beneficencia de Riverside Medical Center, y el esfuerzo de buena fe de un paciente para cumplir sus acuerdos de pago con Riverside Medical Center. En el caso de los pacientes que califican para la beneficencia y que están cooperando de buena fe para pagar las facturas con descuento del hospital, Riverside Medical Center puede darles planes de pago extendidos, no enviará facturas no pagadas a las agencias de cobro externas y suspenderá todos los esfuerzos de cobro contra aquellos pacientes que cooperen. Riverside Medical Center no tomará medidas extraordinarias de cobro contra ningún paciente sin antes hacer los esfuerzos razonables para determinar si ese paciente es elegible para recibir atención de beneficencia según esta política de ayuda financiera. Los esfuerzos razonables incluirán:

1. La comprobación de que el paciente tiene facturas no pagadas y de que se han identificado todas las fuentes externas de pago y el hospital les ha facturado a dichas fuentes.
2. Documentación que demuestre que Riverside Medical Center le ha dado o le ha intentado dar al paciente la oportunidad de pedir atención de beneficencia según esta política y que el paciente no ha cumplido los requisitos de solicitud del hospital.
3. Documentación que demuestre que se le ha ofrecido un plan de pago al paciente, pero que no ha cumplido los términos de ese plan.
 - a. Las agencias de cobro externas de Riverside Medical Center también identificarán a los pacientes que pueden calificar para recibir atención de beneficencia, y ayudarán a difundir la política de ayuda financiera de Riverside y enviarán solicitudes por correo a los pacientes que pidan ayuda.
 - b. Riverside Medical Center puede tomar medidas legales, incluyendo el embargo de salarios, para hacer cumplir los términos del plan de pago de beneficencia. Tales medidas solo se tomarán cuando haya pruebas de que los pacientes que reciben atención de beneficencia o sus representantes tienen ingresos o activos suficientes para cumplir su obligación. El hospital no pondrá ni tampoco impulsará ningún gravamen que fuerce la venta o la ejecución hipotecaria de la residencia principal de un paciente que recibe atención de beneficencia para pagar una factura médica adeudada. Riverside Medical Center no usará órdenes de arresto para que el paciente que recibe atención de beneficencia o su

representante se presenten ante el tribunal; sin embargo, el hospital reconoce que el sistema judicial puede tomar esta medida de manera independiente.

I. **Requisitos regulatorios.** Al implementar esta política, la administración y los centros de Riverside Medical Center cumplirán todas las demás leyes, reglas y regulaciones federales, estatales y locales que puedan aplicarse a las actividades desarrolladas según esta política.

J. **Otros proveedores.** Como paciente de Riverside Medical Center, puede recibir atención de varios proveedores, algunos de los que pueden o no ser empleados de Riverside o estar contratados por ellos. Si recibe servicios de cualquiera de los proveedores o de las entidades que se indican en el documento adjunto, tenga en cuenta que es posible que no participen en el Programa de Ayuda Financiera de Riverside. Le recomendamos que trabaje directamente con esos proveedores en relación con cualquier ayuda financiera. Si lo han aprobado en el Programa de Ayuda Financiera de Riverside, comparta el aviso de aprobación que recibió de Riverside con estos proveedores.