



财务援助政策 - 附录 B

审核:	上次审核日期:	发行日期:	版本:
			2021-1

纸质版文件仅供参考。请查阅电子版了解最新版本。

财务援助政策附录 B

本财务援助政策未涵盖的服务提供方。

本财务援助政策（FAP）适用于宾夕法尼亚州康复医院。下列医疗团体所提供的服务不涵盖在此财务援助政策中。

由宾夕法尼亚州医疗提供者提供的服务，虽然未涵盖在本政策中，但可能在宾夕法尼亚州的医疗财务援助政策涵盖范围内。为验证服务提供者是否为宾州州立赫尔希医疗中心的服务提供者，请登录 www.pennstatehealth.org 在线查看宾州健康系统财务援助政策。

本清单自 2021 年 1 月 1 日起生效。如果您就诊的医疗提供者未在此处列出并想要确认该提供者是否在本 FAP 涵盖范围内，请联系我院住院部。

医生姓名：