

TÍTULO: Política de asistencia financiera

FECHA(S) DE EVALUACIÓN: 09/2016, 04/17, 10/17, -----, -----, 11/18, 4/19, 01/2020, 03/20, 04/20, 9/20, 11/20, 01/2021, 02/2021, 04/2021, 04/19/2021, 10/2021, 04/2022, 10/2022, -----

FECHA(S) DE REVISIÓN: 09/2016, 04/17, 10/17, 01/18, 04/18, 11/18, 4/19, 01/2020, 03/20, 04/20, 9/20, 11/20, 01/2021, 02/2021, 04/2021, 04/19/2021, 10/2021, 04/2022, 10/2022, 04/2023

FUNCIÓN: Liderazgo (LD)

ALCANCE: Cuentas de pacientes

DESARROLLADO POR: Cuentas de pacientes/Finanzas

APROBADO POR: Consejo administrativo 06/2016, Allison Casassa, VP

REVISADO POR: Tracie Kirby, Director of Patient Accounts

## REFERENCIAS CRUZADAS:

REFERENCIAS CRUZADAS: (LD).327 – Política de cobro de deudas  
(RI).032 – EMTALA – Recolección de información financiera  
(RI).008 - Comunicación efectiva para pacientes/familias con barreras idiomáticas

## PROCEDIMIENTOS OPERATIVOS ESTÁNDAR:

## INSTRUCCIONES DE TRABAJO:

## FORMULARIOS:

1639 - Solicitud de Asistencia Financiera  
1639-ES - Solicitud de Asistencia financiera (español)  
1641 - Resumen en lenguaje sencillo de la Política de asistencia financiera (FAP)  
1641-ES - Resumen en lenguaje sencillo de la Política de asistencia financiera (FAP) (español)  
Estándar N.º 40922 - Tarjeta de asistencia financiera - Cuentas de pacientes

## CAMBIO DE CONTROL:

Fecha Original De Redacción:	A= Añadir B= Borrar C= Cambio	Descripción de los cambios	Persona Responsable (e.g. S.Smith)
04/2018	C	• Lineamientos sobre asistencia financiera	T.Kirby
11/2018	C	• Actualizado Adjunto C	A.Casassa
04/2019	C	• Lineamientos sobre asistencia financiera	T.Kirby
01/2020	C	• Actualizado Adjunto C	A.Casassa
03/2020	C	• Lineamientos sobre asistencia financiera	T. Kirby
04/2020	C	• Actualizado Adjunto C	A.Casassa
09/2020	C	• Actualizado Adjunto B y C	T. Kirby
11/2020	C	• Actualizado Adjunto C	T. Kirby
01/2021	C	• Montos generalmente facturados = 40 % de los cargos brutos from 42%	T.Kirby
02/2021	C	• Actualizado Adjunto C	A.Casassa
04/2021	C	• Actualizado Adjunto A	T.Kirby
04/19/2021	C	• Actualizado Adjunto C	T.Kirby
10/2021	C	• Actualizado Adjunto B y C	T. Kirby
04/2022	C	• Actualizado Adjunto A	T. Kirby
10/2022	C	• Actualizado Adjunto B y C	T. Kirby
04/2023	C	• Actualizado Adjunto A	T. Kirby

**TÍTULO:** Política de asistencia financiera

**OBJETIVO:**

Es política de Exeter Hospital brindar Asistencia financiera a pacientes que reciben atención médica de emergencia y otra atención médicamente necesaria y cumplen los requisitos de elegibilidad de su Programa de asistencia financiera según se especifica en esta política. El Programa de asistencia financiera de Exeter Hospital se desarrolló para cumplir con la Sección 501(r) del Código de Rentas Internas según los requisitos de la sección 9007(a) de la Ley Federal de Atención Económica y de Protección del Paciente (Federal Patient Protection and Affordable Care Act). Exeter Hospital tiene una Política de cobro de deudas por separado.

Esta política solo cubre servicios proporcionados y facturados por Exeter Hospital. Esto significa que el Programa de asistencia financiera de Exeter Hospital no se aplica a cargos en los que se incurrió o facturas por servicios que los pacientes reciban de médicos privados o consultas de médicos privados por servicios profesionales proporcionados en el Hospital. Para ver una lista detallada de los servicios médicos que no cubre el Programa de asistencia financiera ("FAP") de Exeter Hospital vea el Adjunto C.

**DEFINICIONES:**

**Montos generalmente facturados (AGB):** Los montos generalmente facturados por atención de emergencia o por otra atención médicamente necesaria a individuos que tienen seguro que cubre esa atención, de acuerdo con el Art. 26 § 1.501(r)-5(D) del C.F.R. Ver adjunto B.

**Bienes:** Propiedades y objetos de valor incluidos, entre otros, cuentas bancarias, mercado monetario u otras cuentas de inversiones, cuentas de jubilación (por ej., 401K, 403B, IRA, pensión), herencias, fondos mutuos, seguro de vida, distribuciones de fideicomisos, acciones, bonos, tierra, propiedades que no sean la residencia principal; sin embargo, los siguientes elementos no se tendrán en consideración para determinar la elegibilidad para la asistencia financiera de un paciente:

- Familia de 1 integrante: bienes hasta \$7,500.00 en total o Familia de 2 o más integrantes: hasta \$15,000.00 en total;
- Un vehículo automotor por persona o un máximo de dos vehículos por familia; y,
- Residencia principal.

**Días:** Todas las referencias a días significan días calendario, a menos que se especifique lo contrario.

**Atención médica de emergencia:** Atención que proporciona un hospital para afecciones médicas de emergencia

**Afecciones médicas de emergencia:** Afecciones médicas de emergencia según se definen en la Sección 1867 de la Ley del Seguro Social (Social Security Act) (Tit. 42 § 1395dd del U.S.C).

**Familia:** según la definición de la Oficina Estadounidense de Censos (U.S. Census Bureau), un grupo de dos o más personas que residen juntas y que están relacionadas por nacimiento, matrimonio o adopción.

- La ley estatal respecto del matrimonio o la unión civil y los lineamientos federales se usan para determinar quién se incluye en una familia.
- En el caso de los solicitantes que ganan ingresos por cuidar de un adulto incapacitados en sus casas, los adultos incapacitados se considerarán miembros de la familia y sus ingresos se incluirán en la determinación
- Las reglas del Servicio de Rentas Interno que definen quién puede considerarse un dependiente a los fines impositivos se utiliza como guía para validar el tamaño de la familia para otorgar asistencia financiera

**Lineamientos Federales de Pobreza:** El Departamento de Salud y Servicios Humanos (United States Department of Health and Human Services) actualiza anualmente los lineamientos federales de pobreza en el Registro Federal, **de acuerdo con la autoridad de la subsección (2) de la Sección 9902 del Título 42 del Código de los Estados Unidos.**

**Cargos brutos:** El precio establecido por la atención médica antes de aplicar cualquier descuento, cuotas contractuales o deducciones.

**Hospital:** Exeter Hospital.

**Ingresos:** Ingresos totales antes de los impuestos derivados de cosas como el salario y sueldo, pagos de bienestar social, pagos del Seguro Social, beneficios por huelga, beneficios por desempleo o incapacidad, manutención de hijos, pensión alimenticia y ganancias netas de actividades comerciales y de inversión que se pagan al individuo.

**Asegurado:** Pacientes que tienen un seguro de salud gubernamental o privado.

**TÍTULO:** Política de asistencia financiera

**Medicamento necesarios:** Servicios de atención médica o insumos necesarios para diagnosticar o tratar una enfermedad, lesión, afección, o sus síntomas, y que cumple los estándares aceptados de la medicina. El tratamiento por infertilidad o la maternidad sustituta, los procedimientos cosméticos y los servicios que no cubre el seguro (debido a la falta de autorización, por ejemplo) o que se consideran experimentales, no se consideran médicamente necesarios.

**Área de servicio:** La ubicación geográfica en la que debe residir un paciente para ser elegible para solicitar la asistencia financiera. Ver Adjunto A.

**Sin seguro:** Pacientes sin seguro ni asistencia de terceros para ayudarlos a resolver su responsabilidad financiera por elementos de atención médica y servicios brindados al paciente.

**Con seguro insuficiente:** Pacientes que tienen cobertura de atención médica insuficiente o cobertura que deja al paciente con una responsabilidad de desembolso por cuenta propia que supera su capacidad financiera.

## DECLARACIÓN DE POLÍTICAS:

### A. Aviso y Disponibilidad de Asistencia financiera

1. El Programa de asistencia financiera ("FAP") de Exeter Hospital está disponible para todos los pacientes que reciben atención médica de emergencia u otra atención médicamente necesaria en Exeter Hospital y cumplen los criterios de elegibilidad según establece esta política. Para conocer los criterios de ingresos y bienes de la asistencia financiera y el área de servicio, vea el Adjunto A. Todas las fuentes de pago deben aplicarse a la cuenta de un paciente antes de ser elegible para asistencia financiera. Además, Exeter Hospital se reserva el derecho de revertir las decisiones de asistencia financiera y ajustes si se descubren ingresos o bienes no divulgados después de que se envía y se procesa la solicitud de asistencia financiera un paciente.
2. El FAP del Hospital se debe dar a publicidad ampliamente en inglés y en español:
  - a. Haciendo que esta Política, el formulario de solicitud del FAP y el resumen en lenguaje sencillo del FAP estén disponibles en el sitio web del Hospital
  - b. Colocando carteles públicos visibles dentro del Hospital, incluso en el Departamento de emergencias y las áreas de registro y en todas las ubicaciones satélites del Hospital, que indiquen e informen a los pacientes sobre el FAP y haciendo copias impresas de esta política, del formulario de solicitud del FAP y del resumen en lenguaje sencillo del FAP disponibles a pedido y sin cargo, tanto en el Hospital como por correo;
  - c. Notificando e informando a los miembros de la comunidad que atiende el Hospital sobre el FAP de manera razonable calculada para llegue a aquellos miembros que es más probable que requieran asistencia financiera del Hospital (por ej., publicidad en el periódico local por lo menos anualmente y distribuir esta información a socios de la comunidad para que la publiquen);
  - d. Ofreciendo una copia del resumen en lenguaje sencillo del FAP a pacientes como parte del proceso de admisión y de alta;
  - e. Incluyendo un aviso escrito visible en los resúmenes de facturación que notifique e informe a los destinatarios de la disponibilidad de asistencia financiera a través del FAP del Hospital e incluyendo (i) el número de teléfono de Cuentas de pacientes (603-580-6627), donde se puede consultar a un asesor financiero durante el horario de atención habitual para que le brinde información sobre el FAP y lo ayude con el proceso de solicitud y (ii) la dirección del sitio web en donde se pueden obtener copias de esta política, del formulario de solicitud del FAP y un resumen en lenguaje sencillo del FAP;
3. Todos los pacientes sin seguro que no califiquen para asistencia financiera según esta política, recibirán un descuento por no tener seguro del monto que se especifica en el Adjunto B.
4. Los pacientes sin seguro aprobados para recibir asistencia financiera serán responsables de un copago, que se deberá pagar en el momento de recibir el servicio. Ver Adjunto B.
5. Cualquier paciente que no pueda pagar su factura, cuyas cuentas no se hayan enviado a una agencia de cobro, pueden recibir planes de pago sin interés de hasta 60 meses, comenzando con un mínimo de \$25.00 por mes.
6. El Hospital cuenta con una Política de cobro de deudas por separado.
7. El Departamento de Cuentas de pacientes del Hospital junto con el Departamento de cumplimiento es responsable de llevar a cabo una revisión anual para determinar si se han realizado los esfuerzos razonables para determinar la elegibilidad para la FAP.

TÍTULO: Política de asistencia financiera

## B. Criterios de elegibilidad para la FAP

Los pacientes pueden ser elegibles para recibir la asistencia financiera después de que cumplan con los siguientes criterios:

1. El paciente debe ser ciudadano estadounidense o tener una tarjeta verde válida y debe tener su residencia principal dentro del área de servicio del Hospital.
2. Se combinará el ingreso anual familiar más los bienes. El total resultante se comparará con los lineamientos de asistencia financiera de acuerdo con el tamaño de la familia. Ver Adjunto A.
3. Un paciente debe solicitar cobertura a través del Intercambio de seguros de salud y/o del Programa New Hampshire Health Medicaid Expansion durante la inscripción abierta y proporcionar pruebas de cobertura o exención/rechazo. Si está cubierto por un seguro, un paciente no puede cancelar la cobertura voluntariamente, lo que incluye dejar de pagar las primas.
4. Si un paciente está cubierto por un seguro y es elegible para recibir servicios fuera de la red que no son médicamente necesarios, cualquier saldo rechazado o gasto de desembolso por cuenta propia no será elegible para asistencia financiera.

## C. Documentación requerida por la FAP

El paciente/solicitante debe proporcionar documentación que establezca la elegibilidad para la asistencia financiera, incluso (entre otras):

- a. Solicitud totalmente completa con firmas.
- b. Copia completa y firmada de la Declaración Federal de Impuestos del año más reciente, incluido cualquier cronograma y formularios W-2. Si no es necesario que presente una declaración de impuestos, una copia de su Resumen de beneficios del Seguro Social SSA-1099 o una carta del IRS que verifique que no declara impuestos ([www.irs.gov/transcript](http://www.irs.gov/transcript)).
- c. Copias de tres meses de resúmenes bancarios y de otros resúmenes de cuentas financieras (es decir, caja de ahorros, cuenta corriente, mercado monetario, IRA, 401K, 403B y pensión) de todas las páginas, de todas las cuentas.
- d. En el caso de los solicitantes que declaren que no están trabajando ni recibiendo ingresos, se necesitará completar un formulario de verificación de No ingresos/sostén y firmarlo y hacerlo autenticar por un notario.
- e. Copias de avisos de asistencia gubernamental (incluso del Departamento de Salud y Servicios Humanos (Department of Health & Human Services)).
- f. Prueba de Exclusión/Rechazo del intercambio de seguros de salud o de Medicaid Expansion.

Las solicitudes de asistencia financiera deben enviarse a la siguiente oficina:

Exeter Hospital – Patient Accounts  
7 Holland Way – 2<sup>nd</sup> Floor  
Exeter, NH 03833

## D. Proceso de solicitud

1. El paciente debe enviar la solicitud y presentar toda la documentación obligatoria necesaria para establecer la elegibilidad para recibir asistencia financiera a más tardar dentro de los 240 días después de la fecha de recibir el primer resumen de facturación posterior al alta. Una cuenta impaga no se enviará a una agencia de cobro antes de los 120 días a partir de la fecha de recibido el primer resumen de facturación posterior al alta. Si luego de los 120 días y hasta el día 240 o antes de la fecha posterior a recibir el primer resumen de facturación después del alta el paciente solicita asistencia financiera, la cuenta se suspenderá hasta que se determine la elegibilidad para la asistencia financiera.
2. Los pacientes pueden solicitar asistencia financiera antes de recibir los servicios o después de recibir la factura. Los pacientes también pueden presentar una solicitud después de que la cuenta se haya enviado a una agencia de cobro, siempre y cuando la solicitud de FAP se envíe dentro de los 240 días a partir de la fecha de recibido el primer resumen de facturación posterior al alta.
3. El hecho de no divulgar información de ingresos o bienes puede dar como resultado que se rechace la solicitud del paciente. Esto puede incluir, entre otros, acuerdos con terceros, indemnización de trabajadores, certificados de depósitos, acciones y bonos, propiedades vendidas, tierras vendidas e información bancaria o financiera.
4. Exeter Hospital se reserva el derecho de solicitar información adicional sobre su evaluación crediticia, su declaración de impuestos, información bancaria y la verificación de gastos comparados con los ingresos, de ser necesario.
5. Exeter Hospital se reserva el derecho de ejecutar un informe crediticio.
6. Cualquier cuenta que se haya enviado a una agencia de cobro y ya se haya cumplido el período de 240 días para presentación a partir de la fecha de recibido el primer resumen de facturación posterior al alta no se considerará para asistencia financiera.
7. Cualquier intento fraudulento de obtener asistencia financiera dará como resultado el rechazo automático de la solicitud del paciente y el paciente no será elegible para volver a presentar una solicitud en ningún momento.
8. Se notificará al paciente de la aprobación, el rechazo o el estado pendiente dentro de los 30 días.

**TÍTULO:** Política de asistencia financiera

9. La asistencia financiera será válida durante seis meses a partir de la fecha de aprobación o, para quienes tienen ingresos fijos (por ej., Seguro Social), será válida durante un año a partir de la fecha de aprobación. Los pacientes deben volver a presentar una solicitud para que se extienda más allá de estos períodos.
10. Si al paciente se le ha negado la asistencia financiera, no podrá volver a presentar una solicitud durante seis meses, a menos que haya realizado pagos hacia la cuenta rechazada como muestra de buena fe y su situación financiera haya cambiado.
11. Si un paciente sin seguro previamente había calificado para asistencia financiera y no ha realizado ninguno de los copagos requeridos, no podrá volver a solicitar asistencia financiera.

#### **E. Apelaciones y resolución de controversias**

Todos los pacientes tienen derecho a apelar cualquier decisión tomada respecto de la asistencia financiera. Las apelaciones deben enviarse por escrito a la siguiente dirección dentro de los 30 días de recibido el rechazo y deben incluir los motivos de la apelación. Las apelaciones se revisarán y se responderán dentro de los 30 días de recepción de la solicitud.

Patient Accounts  
Attn: Patient Accounts Manager  
7 Holland Way, 2<sup>nd</sup> Floor  
Exeter, NH 03833

#### **F. Base para calcular la Asistencia financiera**

Un paciente puede ser elegible para recibir asistencia financiera si los ingresos y bienes combinados de su familia no superan los lineamientos sobre asistencia financiera establecidos en el Adjunto A y tiene su residencia principal dentro de nuestra área de servicio.

El descuento por no tener seguro no se puede combinar con la asistencia financiera. Si un paciente sin seguro califica para recibir asistencia financiera, el descuento por no tener seguro se revertirá y se calculará la asistencia financiera sobre la base del cargo bruto.

Para pacientes con seguro insuficiente, la Asistencia financiera se aplicará a cualquier responsabilidad del paciente, como por ejemplo un copago, coseguro o deducible.

Ningún individuo elegible para el FAP recibirá una factura superior por atención médica de emergencia o para otra atención médicamente necesaria que AGB. Ver Adjunto B.

#### **REFERENCIAS:**

1. Ley de atención asequible y de protección al paciente, Código de Rentas Internas Sección 9007(a) Pub. I N.º 111-148
2. Código de Rentas Internas Sección 501: (D)
3. Lineamientos federales de pobreza

TÍTULO: Política de asistencia financiera

## ADJUNTO A (también conocido como Formulario N.º 1641)

**Resumen en lenguaje sencillo de la Política de asistencia financiera (FAP)****Descripción general**

Si no tiene seguro, o si su seguro de salud no cubrió toda su factura, tal vez califique para la asistencia financiera si vive en nuestra área de servicio. Se requiere una solicitud en papel junto con toda la documentación de apoyo. Si tiene seguro, la asistencia financiera no se aplica a los servicios no cubiertos o los gastos de desembolso por cuenta propia. Si no tiene seguro, primero debe solicitar un seguro a través del estado u otros programas.

La asistencia financiera es para la factura del hospital. No cubre los servicios de ningún médico. La asistencia financiera debe ser para atención de emergencia o atención médicamente necesaria. Si califica, no pagará más que los montos que habitualmente se facturan a individuos que tienen seguro.

**Asistencia financiera de Exeter Hospital**

Tal vez pueda obtener asistencia financiera si:

- No tiene seguro;
- No tiene suficiente seguro; ; o
- Le resultaría difícil pagar el monto completo de la factura por nuestros servicios

Algunos servicios no están cubiertos por la FAP, como por ejemplo, entre otros:

- Procedimientos cosméticos;
- Servicios por infertilidad y maternidad sustituta ;
- Servicios denegados por su compañía de seguros (porque, por ejemplo, no recibió la autorización previa requerida); y,
- Servicios que su compañía de seguros considera experimentales.

**Para obtener asistencia de acuerdo con nuestro Programa de asistencia financiera**

- Si no tiene seguro, vive en una de las ciudades de la siguiente lista y sus ingresos y bienes combinados son inferiores al monto indicado a continuación, tal vez pueda recibir atención gratuita con un copago.
- Si tiene seguro, vive en una de las ciudades de la lista que figura a continuación y sus ingresos y bienes combinados son inferiores al monto que indicado a continuación, tal vez pueda recibir atención gratuita, después de que el seguro haya pagado su parte.

**Lineamientos sobre asistencia financiera de Exeter Hospital**

TAMAÑO DE LA FAMILIA	Ingresos y bienes combinados inferiores a
1	\$46,656
2	\$63,104
3	\$79,552
4	\$96,000
5	\$112,448
6	\$128,896
7	\$145,344
8	\$161,792

TÍTULO: Política de asistencia financiera

## ADJUNTO A (Cont.) (también conocido como Formulario N.º 1641)

Área de Servicio de Exeter Hospital – Para obtener asistencia, debe vivir en una de estas ciudades:

Atkinson	Barrington	Brentwood	Candia	Chester
Danville	Deerfield	Durham	East Hampstead	East Kingston
Epping	Exeter	Fremont	Greenland	Hampstead
Hampton	Hampton Falls	Kensington	Kingston	Lee
Madbury	New Castle	Newfields	Newmarket	Newton
Newton Junction	Northwood	North Hampton	Nottingham	Plaistow
Portsmouth	Raymond	Rye	Rye Beach	Sandown
Seabrook	Somersworth	South Hampton	Stratham	West Nottingham

**Dónde obtener una solicitud**

- En cualquier oficina de registro en Exeter Hospital
- En la Oficina de Cuentas de pacientes de Exeter Hospital ubicada en 7 Holland Way, 2<sup>nd</sup> Floor, en Exeter, NH
- Solicite que se le envíe una por correo llamando a la Oficina de Cuentas de pacientes al 603-580-6627
- Descargue una solicitud en <http://www.exeterhospital.com/patients-and-visitors/financial-assistance/>

**Cómo presentar una solicitud**

Puede solicitar asistencia antes de recibir los servicios o hasta 240 días después de haber recibido el primer resumen. Debe enviar una solicitud completa de FAP, junto con los documentos requeridos a la Oficina de Cuentas de pacientes ubicada en:

Exeter Hospital - Cuentas de pacientes  
7 Holland Way  
Exeter, NH 03833

**Para obtener una traducción**

Puede obtener copias de este resumen, la política completa y la solicitud misma tanto en inglés como en español. Puede obtenerla en otros idiomas a través de nuestra Línea de idiomas. Llame a Cuentas de pacientes al **603-580-6627** para obtener más información o para recibir copias.

TÍTULO: Política de asistencia financiera

**ADJUNTO B****Descuento por atención sin seguro para pacientes que pagan en forma particular**

Exeter Hospital extiende un descuento del 63% de los cargos brutos a los pacientes que pagan en forma particular dado que no tienen seguro. Este descuento no es válido para pacientes que tienen cobertura de salud, incluso, entre otros: Medicare, Medicaid, o cualquier otro programa estatal o federal. Paciente que paga en forma particular significa un paciente que no tiene ningún tipo de cobertura, incluso, entre otras, un seguro de salud, una cobertura MedPay o cualquier otra cobertura de responsabilidad. Este descuento no se puede combinar con la asistencia financiera. Si un paciente sin seguro califica para recibir asistencia financiera, el descuento se revertirá y se calculará la asistencia financiera de acuerdo con los cargos brutos.

**Monto de copago para pacientes sin seguro con asistencia financiera**

- Departamento de emergencias/Quirúrgico \$30.00
- Hospitalización/Observación \$50.00
- Prueba de laboratorio como paciente ambulatorio \$10.00
- Recurrente (por ejemplo Oncología/Radiación, Rehabilitación, Sueño, Heridas) \$15.00 por período de 30 días

El hecho de no pagar los montos de los copagos lo descalificará las la presentación de futuras solicitudes de asistencia financiera.

**Montos generalmente facturados (AGB):**

Exeter Hospital usa el método retrospectivo para determinar los montos generalmente facturados a los individuos. El AGB se computa anualmente dividiendo la suma de los montos de todos los reclamos permitidos para la atención médica de emergencia y otra atención médicamente necesaria que se permitieron por la tarifa de Medicare para aseguradoras de servicios y aseguradoras privadas durante el período de los últimos 12 meses, dividida por la suma de los cargos brutos asociados por esos reclamos. Montos generalmente facturados = 37 % de los cargos brutos.

TÍTULO: Política de asistencia financiera

---

---

### ADJUNTO C

La siguiente es una lista de servicios médicos o profesionales que no están cubiertos por el FAP de Exeter Hospital

- Servicios de ambulancia (para la ciudad puede variar)
- Anestesiistas (North American Partners in Anesthesiology, LLC)
- Médicos del departamento de emergencias (US Acute Care Solutions)
- Hospitalistas/Pediatrico Hospitalistas (Core Physicians, LLC)
- Patólogos (Spectrum Healthcare Partners)
  
- Médicos (la facturación variará de acuerdo con el proveedor)
  - Access Sports Medicine and Orthopaedics, P.A.
  - Allergy Associates of New Hampshire, P.A.
  - Appledore Infectious Disease
  - Brigham and Women's Hospital
  - Coastal Cardiothoracic Associates
  - Coastal New Hampshire Neurosurgeons, P.A.
  - Core Physicians, LLC-Dartmouth-Hitchcock Medical Center and Clinic – Manchester
  - Dover Pediatric Dentistry and Orthodontics
  - Eyesight Ophthalmic Services
  - Lamprey Health Care, Inc.
  - MGH Tele Neurology Program
  - New England Heart Institute
  - NH NeuroSpine Institute
  - NH Oral & Maxillofacial Surgery (NHOMS)
  - Northeast Dermatology Associates, P.A.
  - Nu Vasive Clinical Services
  - Portsmouth Radiological, P.A.
  - Rochester Infectious Disease
  - Seacoast Children's Dentistry
  - Seacoast Kidney and Hypertension Specialists, PLLC
  - Seacoast Mental Health Center, Inc.
  - Sentient Medical
  - Sleep Institute of New England
  - Specialty Care
  - Summit Infectious Disease at Wentworth Douglas Hospital
  - Virtual Radiologic Professionals, LLC
- Médicos proveedores de nivel medio dentro del Centro de Atención del Cáncer (Massachusetts General Physicians Organization)
- Radiólogos (Advanced Diagnostic Imaging, PLLC)

No hay proveedores cubiertos de acuerdo con la FAP de Exeter Hospital.