

MARSHALL MEDICAL HOSPITAL
ASISTENCIA FINANCIERA (ATENCIÓN DE BENEFICENCIA) Y POLÍTICA DE
DESCUENTOS PARA AQUELLOS NO ASEGURADOS

Fecha de vigencia: 1 de febrero de 2016

PROPÓSITO

La misión de Marshall Medical Center (MMC) es brindar atención de excelencia clínica y humanitaria a nuestra región. Nos esforzamos por ofrecer un trato comprensivo, empático y compasivo para mejorar la salud y bienestar de la población en nuestra área de servicio.

Para servir bajo esta misión, MMC se compromete a proporcionar aquellos servicios médicamente necesarios para los pacientes, independientemente de su capacidad de pago. Esta política de asistencia financiera tiene por fin el cumplir con las leyes estatales y federales aplicables en nuestra área de servicio. Se concederá un descuento a los pacientes calificados según esta política en el pago de la atención que se les proporcione en Marshall Medical Center.

POLÍTICA

Marshall Medical Center asume el compromiso de ofrecer servicios de atención de alta calidad. Según esta política, los pacientes sin seguro y/o con seguro insuficiente pueden recibir tratamiento de emergencia y otros servicios no electivos de atención médicamente necesaria, independientemente de su capacidad de pago. La política de MMC establece pautas para asistir a pacientes que no tengan la capacidad de pagar sus facturas médicas incurridas en MMC.

La asistencia financiera no se considera sustitución de la responsabilidad personal. Se espera que los solicitantes cooperen con los procedimientos de MMC para obtener asistencia financiera u otras formas de pago o asistencia, tales como programas de cobertura o beneficios públicos que fueran posibles para pagar por el costo de la atención. Se espera también que los solicitantes contribuyan al costo de su atención en base a sus capacidades de pago. Marshall Medical Center concederá asistencia financiera de acuerdo con una determinación individualizada de la necesidad financiera, y no discriminará en base a edad, género, raza, condición social, orientación sexual o afiliación religiosa.

El paciente tendrá que ceder o pagar al hospital todas las sumas de dinero que obtenga de seguros o liquidaciones de responsabilidades designadas como remuneración por gastos médicos. Los pagos recibidos en una cuenta con reajuste de asistencia financiera se aplicarán a esa cuenta, usando un reajuste recíproco que revierta hasta la cantidad del reajuste de la asistencia financiera.

DEFINICIONES

Las definiciones a continuación se aplican a esta política.

Importe generalmente facturado: Es el pago que se espera que haga el paciente que no tiene seguro, o su fiador, que reunió los requisitos para recibir asistencia financiera. En el caso de los pacientes sin seguro, el importe no será mayor que la tarifa pagada por el pagador de seguro comercial más favorecido. A ningún paciente hallado como elegible para asistencia financiera se le facturarán los cargos brutos por servicios elegibles.

Bienes: Se tomarán en cuenta ciertos bienes para determinar la elegibilidad para asistencia financiera de MMC.

Atención bajo eventos catastróficos: Asistencia financiera proporcionada a pacientes con gastos médicos sin reembolso incurridos en MMC durante un período de 12 meses, los cuales exceden un porcentaje definido del ingreso familiar anual del paciente o de la parte responsable.

Atención con descuento: Asistencia financiera que proporciona un porcentaje de descuento, de acuerdo con una escala móvil, a pacientes elegibles sin seguro o con seguro insuficiente, o a sus fiadores, con ingresos familiares anualizados del 100% al 250% del Nivel Federal de Pobreza.

Problema médico de emergencia: Según se define en la Sección 1867 de la Ley de Seguridad Social (42 U.S.C. 1395dd).

Familia: Grupo de dos o más personas que viven juntas y con parentesco por nacimiento, matrimonio o adopción. El Servicio de Impuestos Internos (*Internal Revenue Service*) establece que si el paciente afirma en su declaración de impuestos que una persona es dependiente suyo, esa persona podrá ser considerada dependiente para los fines de proveer asistencia financiera.

Ingreso familiar: El ingreso familiar de un solicitante es el ingreso bruto combinado de todos los miembros adultos de la familia que viven en la misma unidad familiar y que fueron incluidos en la declaración de impuestos federales más reciente. En el caso de pacientes menores de 18 años, el ingreso familiar incluye el de los padres y/o padrastros, o parientes responsables de sus cuidados.

Nivel federal de pobreza: El Nivel Federal de Pobreza (*Federal Poverty Level*, FPL) utiliza límites de ingresos que varían según el tamaño y la composición de la familia para determinar quién se encuentra en situación de pobreza en los Estados Unidos. El Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos lo actualiza periódicamente en el Registro Federal (*Federal Register*) según lo establecido en la subsección (2) de la Sección 9902 del Título 42 del Código de los Estados Unidos (42 U.S.C.). Las pautas actuales para el FPL pueden ser consultadas en <http://aspe.hhs.gov/POVERTY/>

Asistencia financiera: Asistencia que se brinda a los solicitantes que cumplen con los criterios establecidos por MMC, quienes de otro modo experimentarían dificultades financieras, para así liberarlos total o parcialmente de la obligación financiera que contraen al recibir atención médicamente necesaria o de emergencia por parte de MMC.

Atención gratuita: Exención total de la obligación financiera del paciente que resulte de los servicios médicos prestados por MMC. Se otorga a pacientes elegibles sin seguro o con seguro insuficiente, o a sus fiadores, con ingreso familiar anualizado equivalente o inferior al 100% del Nivel Federal de Pobreza.

Fiador: Individuo que no es el paciente y que responde por él para el pago de la factura médica del paciente.

Cobros brutos: Cobros totales según la tarifa completa establecida para la prestación de servicios de atención al paciente antes de aplicar deducciones por ingresos.

Medicamento necesario: Según lo define Medicare, son los servicios o suministros razonables y necesarios para el diagnóstico o tratamiento de una enfermedad o lesión.

Plan de pago: Es un plan de pago sin intereses acordado entre MMC y el paciente, o su fiador, para el pago de las tarifas de desembolso personal. El plan de pago tomará en cuenta las circunstancias financieras del paciente, la cantidad adeudada y cualquier pago previo.

Período de cualificación: A los solicitantes elegibles para asistencia financiera se les concederá asistencia por un período de seis meses. La asistencia también se aplicará retroactivamente a las facturas impagas incurridas por servicios elegibles durante los 12 meses anteriores.

Descuento para aquéllos sin seguro: Se concederá un descuento del 26% a los pacientes que no tengan cobertura por terceros. Esto es de conformidad con las leyes de Tennessee, las cuales establecen un descuento, para aquéllos sin seguro, igual al 175% del costo por servicios de emergencia o por servicios médicamente necesarios que sean proporcionados por MMC.

Paciente con seguro insuficiente: Individuo con cobertura de seguro privado o público incurriendo gastos previstos de desembolso personal por los servicios prestados por MMC, cuyos gastos exceden su capacidad financiera, y para quien el pago completo de estos gastos causaría dificultades financieras.

Paciente sin seguro: Paciente sin cobertura por terceros que sea proporcionada por un asegurador comercial, un plan ERISA (*Employee Retirement Income Security Act*, Ley de Seguridad del Ingreso de Jubilación de Empleados), un Programa Federal de Cuidados de la Salud (incluyendo entre otros, Medicare, Medicaid, SCHIP y CHAMPUS), Compensación al Trabajador, u otra asistencia de terceros que coadyuve al cumplimiento de las obligaciones de pago del paciente.

SERVICIOS ELEGIBLES:

Los servicios elegibles bajo esta política de asistencia financiera tienen que ser adherirse a los estándares de práctica médica generalmente aceptados. Entre ellos:

1. Servicios médicos de emergencia proporcionados en el ambiente de una sala de emergencia
2. Servicios para un problema médico que, si no se tratase oportunamente, llevaría a un cambio desfavorable en el estado de salud del individuo
3. Servicios no electivos proporcionados en respuesta a circunstancias potencialmente mortales, en un ambiente que no es una sala de emergencia
4. Servicios médicamente necesarios

Servicios no elegibles para asistencia financiera incluyen los siguientes:

1. Procedimientos electivos que no son médicamente necesarios; entre otros, servicios cosméticos/estéticos.

2. Otros proveedores de atención que no son empleados por MMC (por ejemplo, servicios de médicos independientes). Los pacientes tienen que contactar directamente a estos proveedores para informarse acerca de la asistencia y negociar arreglos para pago.

ELEGIBILIDAD

Para proporcionar asistencia financiera, se tomará en cuenta la elegibilidad de cualquier ciudadano estadounidense o inmigrante legal que tenga cuentas activas en MMC y que no tenga seguro, o tenga un seguro insuficiente, que no tenga derecho a participar en ningún programa de beneficios de atención médica del gobierno, y que no esté en condiciones de pagar la atención que reciba, según una determinación de su necesidad financiera realizada de acuerdo con esta Política. (En caso de que, basándose en la solicitud, no se pueda determinar ciudadanía o estado de inmigración, se pedirá al solicitante que proporcione información para comprobar ciudadanía y/o condición de inmigración). Las cuentas activas se definen como las cuentas para las cuales se recibe una solicitud de asistencia en el plazo de un año a partir de la determinación inicial del saldo del paciente.

Marshall Medical Center tomará en cuenta los ingresos, los bienes y los gastos médicos al evaluar la elegibilidad del solicitante para asistencia financiera. Como condición para que MMC apruebe la asistencia financiera, se exige que el solicitante agote todas las demás opciones de pago. Es posible que se deniegue asistencia financiera a solicitantes que no cooperen con presentar solicitud de asistencia a través de programas privados o públicos identificados por MMC como posibles fuentes de pago por atención recibida. El paciente, o su fiador, tiene que cooperar con el proceso de solicitud descrito en esta política de MMC para obtener asistencia financiera.

La asistencia financiera se extenderá al paciente, o a su fiador, según la necesidad financiera y conforme a las leyes estatales y federales.

La asistencia financiera se ofrecerá a pacientes elegibles con seguro insuficiente para cubrir el pago de saldos pendientes después de que el seguro haya pagado las reclamaciones, siempre que dicha ayuda sea de conformidad con el contrato del asegurador. No se ofrece asistencia financiera para el copago del paciente ni para los saldos pendientes después del seguro cuando el paciente no cumpla razonablemente con los requisitos del seguro; por ejemplo, obtener las remisiones o las autorizaciones que correspondan. Por lo general, los saldos fuera de red se revisarán caso por caso.

Marshall Medical Center se reserva el derecho a revertir los descuentos que se describen en la presente si es que se determina razonablemente que tales términos infringen alguna obligación legal o contractual de MMC.

SERVICIOS MÉDICOS DE EMERGENCIA

De conformidad con la LEY FEDERAL DE TRATAMIENTO MÉDICO DE EMERGENCIA Y TRABAJO DE PARTO (EMTALA, *EMERGENCY MEDICAL TREATMENT AND ACTIVE LABOR ACT*), no se evaluará a ningún paciente para conceder asistencia financiera ni se obtendrá su información de pago antes de la prestación de servicios en situaciones de emergencia.

PRESENTACIÓN DE SOLICITUD DE ASISTENCIA FINANCIERA

La determinación de elegibilidad para asistencia se basará en la necesidad financiera al momento en que se presenta la solicitud. En general, se exigen documentos que justifiquen la solicitud de asistencia financiera. Si no se proporciona la documentación adecuada, MMC podrá pedir información adicional.

Se lista a continuación la documentación sobre ingresos que se requiere para determinar la elegibilidad del paciente o sus fiadores.

1. Copia de la declaración de impuestos del año fiscal más reciente con todos los anexos adjuntos.
2. Prueba de ingresos actuales (copia de los últimos talones de pago, pagos de seguridad social, compensación por desempleo, compensación del trabajador, pagos de jubilación, pensión alimenticia y manutención infantil, u otra documentación).
3. Ingresos de arrendamientos.

A continuación, se enumeran los documentos sobre bienes requeridos para determinar la elegibilidad del paciente o sus fiadores.

1. Cuentas corrientes
2. Cuentas de ahorros
3. Cuentas en mercado monetario
4. Certificados de depósitos
5. Cuentas de inversión, tales como bonos y acciones
6. Cuentas de jubilación
7. Bienes inmuebles que no sean el lugar de residencia principal
8. Automóviles/camiones
9. Otros bienes (vehículos todo-terreno, embarcaciones, motocicletas, etc.)

La información sobre bienes que proporcione el solicitante puede ser considerada como una fuente de pago posible.

Es posible usar los informes de crédito cuando sea necesario probar datos en archivo y pueden ser considerados en el proceso de aprobación.

La solicitud de asistencia financiera de MMC también pide información sobre gastos. Se tomarán en cuenta los gastos mensuales recurrentes, incluyendo los gastos médicos, para tomar la decisión sobre asistencia financiera.

La solicitud de asistencia financiera puede ser presentada en cualquier momento del ciclo de cobranza. Marshall Medical Center procesará las solicitudes prontamente y notificará su determinación por escrito al solicitante.

Las solicitudes tienen que incluir la documentación completa para poder determinar la elegibilidad. Si la solicitud está incompleta, MMC puede usar a un proveedor, como servicio de terceros, para la documentación electrónica de la situación financiera del solicitante. Si con esto se obtiene información suficiente para tomar una decisión sobre asistencia, la información suplementaria satisficará los requisitos de documentación según esta política. Si la documentación electrónica es insuficiente para tomar una decisión, MMC enviará al solicitante

una carta para comunicarle que se necesita información adicional. Los solicitantes tendrán que presentar la información a MMC en un plazo de 20 días; de lo contrario, se denegará su solicitud.

El paciente o su fiador podrán también ser elegibles para un proceso expedito de solicitud si se reúnen en persona o hablan directamente con el personal de MMC sobre la asistencia financiera para cuentas con saldos inferiores a \$5,000. En el proceso expedito, se pedirá al solicitante que firme un formulario en el que declare su deseo de solicitar asistencia financiera e indicando su necesidad financiera y el tamaño y los ingresos de su unidad familiar. Sin embargo, si no están disponibles y no en condiciones de firmar este formulario, Marshall Medical Center podrá pedir a un proveedor, como servicio de terceros, el análisis y la documentación electrónicos para evaluar la situación financiera del solicitante. Si la información obtenida del proceso de análisis electrónico indica que existe necesidad financiera, se incluirá un registro de documentación electrónica en el expediente del paciente para cumplir con el requisito de documentación suficiente según esta política. Si la información proporcionada por el paciente u obtenida por el análisis electrónico para el proceso expedito de solicitud no indica una aprobación expedita, el paciente recibirá información sobre la política de asistencia financiera y se le recomendará que presente la solicitud siguiendo el proceso tradicional.

Las solicitudes de asistencia financiera han de ser presentadas a la siguiente oficina:

Marshall Medical Center
Attn: Financial Counselor
P O Box 1609
Lewisburg, TN 37091
931-359-6241

De acuerdo con las leyes estatales y federales, en el caso de una solicitud por escrito de Asistencia Financiera que sea posteriormente presentada después que los pagos del paciente hayan sido recibidos y el individuo es elegible, cualquier cantidad excedente recaudada será reembolsada a menos que la cantidad sea menos de \$5.00. Ajustes electrónicos de caridad serán revertidos si los pagos son recibidos después del ajuste, por la cantidad del pago, hasta la cantidad original de la responsabilidad del paciente.

PERÍODO DE CUALIFICACIÓN

Si se aprueba la elegibilidad para asistencia de MMC, esta se concederá por un período de seis meses. También se aplicará la asistencia financiera a las facturas impagas incurridas en los últimos 12 meses por servicios elegibles que estén activos en las cuentas por cobrar de MMC. No se le denegará ayuda a ningún paciente por no proporcionar información o documentación no requerida en la solicitud.

Marshall Medical Center también se reserva el derecho a volver a evaluar aprobaciones de asistencia financiera dentro de un período de 6 meses si pareciera o se sospechase que hubiese cambios en la situación financiera de un paciente. La re-evaluación se basará en información actualizada y se realizará caso por caso separadamente.

Si se deniega asistencia financiera, el paciente o su fiador podrán volver a solicitarla en cualquier momento en que haya un cambio en sus ingresos o sus condiciones.

ASISTENCIA FINANCIERA

El tipo de ayuda que se ofrecerá dependerá del ingreso familiar, los bienes y los gastos médicos. Se utilizará el nivel federal de pobreza para determinar la elegibilidad del solicitante para asistencia financiera. La asistencia se proporcionará después de que el solicitante haya agotado, o se le hayan negado, todas las opciones de pago a través de terceros a su disposición, y de que se hayan analizado los recursos financieros personales para saber si la familia cuenta con bienes suficientes para cumplir con la obligación.

Descuento para aquéllos sin seguro: Los pacientes sin seguro recibirán un descuento de conformidad con la Ley de Tennessee (TCA-68-11-262), al momento en que se presenten los cobros. Esto se aplica a quienes no tengan cobertura de un seguro de atención médica ni cobertura para pago por terceros. A los pacientes calificados no se les harán cobros superiores al ciento setenta y cinco por ciento (175%) del costo por servicios prestados. Por ello, los pacientes que pagan por cuenta propia recibirán automáticamente un descuento del 26%. Dentro del Departamento de Finanzas de Marshall Medical Center, se realizarán auditorías internas periódicas para asegurar que MMC se mantiene en cumplimiento de TCA-68-11-262.

El paciente, o el fiador del paciente, a quien se conceda este descuento no queda excluido de la posibilidad de solicitar y cualificar para recibir otra asistencia financiera según lo aquí dispuesto.

Los solicitantes elegibles recibirán la asistencia listada a continuación.

Atención completa gratuita: Se determinará que los cobros de MMC están totalmente cubiertos por esta política de asistencia financiera para los pacientes calificados sin seguro o con seguro insuficiente, o sus fiadores, cuyo ingreso familiar bruto sea equivalente o inferior al 100% del nivel federal de pobreza vigente.

Atención con descuento: Se proporcionará asistencia financiera, basada en un descuento según una escala móvil, al paciente calificado sin seguro o con seguro insuficiente, o a su fiador, cuyo ingreso familiar bruto sea superior al 100% pero igual o inferior al 250% del nivel federal de pobreza vigente.

Los descuentos se otorgarán según la siguiente programación, basándose en el ingreso familiar del paciente o del fiador del paciente.

Ingresos familiares superiores al 100% del FPL pero iguales o inferiores al 150% del FPL son elegibles para recibir un descuento del 90% del saldo adeudado del paciente.

Ingresos familiares superiores al 150% del FPL pero iguales o inferiores al 200% del FPL son elegibles para recibir un descuento del 80% del saldo adeudado del paciente.

Ingresos familiares superiores al 200% del FPL pero iguales o inferiores al 250% del FPL son elegibles para recibir un descuento del 70% del saldo adeudado del paciente.

Atención bajo eventos catastróficos: Los pacientes de Marshall Medical Center que incurran gastos por servicios elegibles, podrán tener derecho a recibir asistencia para atención bajo eventos

catastróficos si las obligaciones de desembolso personal que contrajeron superan un cierto nivel de ingresos familiares durante un período de 12 meses.

El nivel de asistencia también se basará en el ingreso familiar, los bienes y los gastos médicos.

Pacientes, o sus fiadores, con ingreso familiar igual o inferior al 250% del FPL y con obligaciones de desembolso personal resultantes de servicios médicos proporcionados por MMC que excedan el 20% de los ingresos de la unidad familiar, recibirán un descuento en cobros por un importe que no excederá el 20% del ingreso familiar. Los pacientes que reciben atención con descuento conforme a la política de asistencia financiera de MMC, pero con saldos por pagar superiores a este nivel, serán elegibles para asistencia por atención bajo eventos catastróficos y pagarán el menor de los cobros luego del descuento.

Pacientes, o sus fiadores, con ingreso familiar superior al 250% del FPL pero igual o inferior al 400% del FPL y obligaciones de desembolso personal resultantes de servicios médicos proporcionados por MMC que excedan el 30% de la unidad familiar, recibirán un descuento en cobros por un importe que no excederá el 30% del ingreso familiar.

Asistencia según esta política no está disponible para servicios electivos que no sean médicamente necesarios.

Nota: Estas limitaciones se aplican a cada fecha de servicio por cada admisión o procedimiento.

Planes de pago: Se espera el pago del saldo total adeudado dentro de los 30 días de la factura inicial. Si al paciente, o su fiador, no le es factible pagar el total en este plazo, se puede ampliar el plan de pago hasta por 12 meses. Los trámites para los planes de pago tienen que hacerse en la oficina comercial de MMC.

Los pacientes tienen la responsabilidad de comunicarse con MMC cada vez que no puedan cumplir con un el plan de pagos. Falta de comunicación por parte del paciente podrá resultar en la remisión de la cuenta a una agencia de cobranzas.

PROCEDIMIENTO PARA APELACIONES

Si se deniega al solicitante la elegibilidad para asistencia financiera, se puede presentar apelación a la denegación, por escrito, dentro de los 30 días de la fecha de la denegación. Una vez que se reciba la apelación por escrito, la solicitud volverá a ser evaluada por un Asesor Financiero y por su supervisor inmediato. Se dará al paciente una respuesta por escrito sobre la denegación, la cual indicará ya sea la aprobación o la confirmación de la denegación.

ELEGIBILIDAD PRESUNTA

Marshall Medical Center entiende que no todos los pacientes están en condiciones de completar una solicitud de asistencia financiera o de proporcionar la documentación que se pide para ese fin. Puede haber casos en los que se establezca que el paciente reúne los requisitos para recibir asistencia financiera sin completar el proceso formal. En esos casos, MMC podrá utilizar otra información para determinar si la cuenta de un paciente reúne las condiciones de asistencia, y esa información se usará para determinar la presunta elegibilidad.

La elegibilidad presunta puede ser concedida a un paciente si reúne condiciones para otros programas o si existen determinadas circunstancias de vida, tales como:

1. No tener hogar o recibir atención en una clínica para personas sin hogar;
2. Recibir beneficios del Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria (SNAP, *Supplemental Nutritional Assistance Program*; anteriormente conocido como Cupones para Alimentos) como comprobante de su necesidad;
3. El paciente, o su fiador, falleció y no tiene bienes testamentarios en un tribunal de legalización. Si MMC determina que un paciente ha fallecido, cumplirá con todas las leyes aplicables al manejo de la cuenta del paciente fallecido. Si la investigación de MMC determina que el paciente no tiene bienes testamentarios o que venció el plazo para reclamarlos, reajustará la cuenta como bienes testamentarios de persona indigente y conservará la documentación para verificar los reajustes realizados. (Se conservarán copias impresas, si las hay, o notas en el sistema, a falta de documentos impresos.)
4. Recibir beneficios de TennCare para costos que son desembolsos personales o costos asociados con servicios que cumplen las condiciones según esta política y que el programa no cubre, o bien para costos asociados con servicios que cumplen las condiciones y que fueron recibidos antes de ser inscrito en el programa pero incurridos durante el período de cualificación.

Marshall Medical Center entiende que ciertos pacientes tal vez no puedan cooperar con el proceso de solicitud de MMC. Bajo tales circunstancias, MMC podrá valerse de otras fuentes de información para evaluar la necesidad económica de la persona. Esta información permitirá que MMC tome una decisión informada sobre las necesidades económicas de los pacientes que no cooperen, utilizando las estimaciones más acertadas, en ausencia de datos que el paciente pudiera aportar directamente.

Marshall Medical Center podrá referirse a terceros para que realicen un análisis electrónico de la información del paciente para evaluar su necesidad financiera. Este análisis hace uso de un modelo reconocido en el sector de cuidados de la salud de acuerdo con información en bases de datos de registros públicos. Es un modelo predictivo que incorpora datos de registros públicos para calcular la capacidad financiera y la situación socioeconómica con una puntuación que incluye cálculos de ingresos, bienes y liquidez. La tecnología electrónica está diseñada para evaluar a cada paciente según los mismos estándares y se calibra con aprobaciones históricas de asistencia financiera de MMC según el proceso de solicitud tradicional.

La tecnología electrónica se implementará antes hacer una asignación de deuda incobrable luego de haber agotado todas las demás fuentes de pago y elegibilidad. Esto permite que MMC analice a todos los pacientes para determinar la asistencia financiera antes de realizar acciones extraordinarias para cobranzas. Los datos obtenidos de este análisis electrónico constituirán documentación suficiente de la necesidad financiera según esta política.

Cuando se emplee la inscripción electrónica como base para la elegibilidad presunta, se otorgarán los máximos niveles de descuentos para los servicios que cumplen las condiciones y únicamente para fechas de servicio retrospectivas. Si el paciente no reúne las condiciones según el proceso de inscripción electrónica, puede aún ser considerado para el proceso tradicional de solicitud de asistencia financiera.

Las cuentas de los pacientes a quienes se otorgue la elegibilidad presunta serán reclasificadas según la política de asistencia financiera. No serán enviadas para cobranzas, ni estarán sujetas a otras acciones de cobranzas, ni se enviará un aviso por escrito acerca de que tienen la elegibilidad presunta, ni se incluirán en el gasto de deudas incobrables del hospital.

IMPORTE GENERALMENTE FACTURADO A PACIENTES ELEGIBLES PARA FAP

El importe generalmente facturado es el pago que se espera sea hecho por el paciente elegible para asistencia financiera, o por su fiador. En el caso de pacientes calificados sin seguro, el importe no será superior a la tarifa pagada por el pagador de seguro comercial más favorecido.

Pacientes hallados elegibles para asistencia financiera no tendrán expectativa de pago de los cobros brutos por servicios elegibles mientras estén cubiertos según la política de asistencia financiera de MMC.

NOTIFICACIÓN DE ASISTENCIA FINANCIERA:

Se proporcionará información sobre asistencia financiera a los pacientes y la comunidad en la que MMC presta servicios. La política de asistencia financiera, la solicitud y el resumen de la política explicada en un lenguaje claro, estarán disponibles en el sitio web del hospital.

La información sobre asistencia financiera también se proporcionará en el paquete de información para la admisión del paciente. La información sobre la política de asistencia financiera de MMC, así como las instrucciones para comunicarse con MMC y pedir asistencia y mayor información, se colocarán en diversos lugares, incluyendo entre otros, salas de emergencia, centros de cuidados urgentes, departamentos de admisión e inscripción, oficinas comerciales del hospital, y oficinas de servicios financieros al paciente ubicados en el campus de la institución y en otros lugares públicos que MMC podrá elegir. Los estados de cuenta de los pacientes incluirán información sobre la política de asistencia financiera de MMC y sobre cómo se puede obtener una solicitud.

MMC responderá a todas las solicitudes orales o escritas requiriendo mayor información sobre la política de asistencia financiera que hagan los pacientes u otras partes interesadas. La solicitud de asistencia financiera puede ser presentada por el paciente, un pariente, fiador, amigo cercano o socio del paciente, sujeto a las leyes de privacidad aplicables. Las remisiones de pacientes para asistencia financiera pueden hacerlas los miembros del personal o del grupo médico de MMC, incluyendo médicos, doctores, enfermeras, asesores financieros, trabajadores sociales, administradores de casos, capellanes, etc.

REQUISITOS REGLAMENTARIOS

Marshall Medical Center cumplirá con todas las leyes, normas, reglamentos locales, estatales y federales y con los requisitos de elaboración de informes que se apliquen a las actividades realizadas de conformidad con esta política. La información sobre asistencia financiera que se proporciona según esta política se reportará anualmente en el Formulario 990, Cédula H, del IRS.

MANTENIMIENTO DE REGISTROS:

Marshall Medical Center documentará toda la asistencia financiera con el fin de mantener los controles debidos y cumplir con todos los requisitos internos y externos.

APROBACIÓN DE LA POLÍTICA

El Director de Finanzas (CFO, *Chief Financial Officer*) de Marshall Medical Center tiene la autoridad para aprobar la asistencia financiera. Esta política ha sido aprobada por el CFO de MMC. Esta política está sujeta a revisiones periódicas, y MMC se reserva el derecho de enmendar y/o actualizar esta política.