

POLÍTICA ADMINISTRATIVA DEL CENTRO MÉDICO KING'S DAUGHTERS

FECHA DE ENTRADA EN VIGOR DE LA POLÍTICA Y EL PROCEDIMIENTO: 10/12/18

**SUSTITUYE A LA POLÍTICA FECHADA: 12/95; 3/98;
2/01; 4/04; 12/04; 7/05; 1/07; 11/11; 2/1/13;
7/10/14; 1/1/2016; 2/15/16; 9/7/16; 6/1/17**

**SECCION: A (1) TEMA: ASISTENCIA FINANCIERA
POLÍTICA; ACTIVIDADES DE COLECCIONES**

Propósito:

Proporcionar servicios de salud gratuitos o con descuento a los residentes de la comunidad que son determinados por Ashland Hospital Corporation d/b/a King's Daughters Medical Center ("Centro Médico") para tener recursos financieros inadecuados para pagar los servicios de salud necesarios proporcionados por Medical Center y para asegurar que no se tomen medidas extraordinarias de cobro contra ninguna persona hasta que Medical Center haga esfuerzos razonables para determinar si la persona es elegible para servicios gratuitos o con descuento.

Política:

1. Atención de emergencia y médicamente necesaria.

La política del Centro Médico es proporcionar atención de emergencia y otra atención médicamente necesaria, excluyendo ciertos servicios que se consideran electivos, a los pacientes sin tener en cuenta la raza, el credo, el género, el color, la edad, la religión, la discapacidad, el origen nacional o la capacidad de pago. Sujeto a las disposiciones de esta política de Asistencia Financiera, los pacientes sin los medios para pagar por los servicios prestados en el Centro Médico pueden solicitar ser considerados para premios de Asistencia Financiera bajo esta política.

Medical Center proporcionará, sin discriminación, atención a personas con condiciones médicas de emergencia (en el sentido de la Ley de Tratamiento Médico de Emergencia y Trabajo Activo) (42 U.S.C. n.o 1395dd) ("EMTALA") independientemente de su elegibilidad bajo esta política y de acuerdo con la Política de Transferencia de Pacientes EMALA/Inter-facility del Centro Médico. Para condiciones médicas de emergencia, los miembros del equipo no demorarán el tratamiento adecuado o la provisión de un examen médico apropiado para preguntar sobre el método de pago o la cobertura de seguro de la persona.

El Centro Médico prohíbe cualquier acción que disuadiría a las personas de buscar atención médica de emergencia, como exigir que los pacientes del Departamento de Emergencias paguen antes de recibir tratamiento para condiciones médicas de emergencia o permitir actividades de cobro de deudas que interfieran con la provisión, sin discriminación, de atención médica de emergencia.

Todos los pacientes serán tratados con respeto y equidad independientemente de su capacidad de pago.

2. Dar a conocer la política de asistencia financiera.

Esta política será ampliamente publicitada dentro de la comunidad atendida por Medical Center, incluyendo proporcionar una copia de la política a cualquier paciente o representante del paciente que solicite una copia de la póliza y publicar la señalización visible en todas las áreas de ingesta de pacientes, incluyendo, sin limitación, el

departamento de emergencias y las áreas de registro de pacientes en todas las ubicaciones del Centro Médico. Se proporcionará una copia de esta política a cualquier miembro de la entidad pública o gubernamental a petición. Esta política estará disponible en el sitio web del Centro Médico. Además, el siguiente idioma se incluirá en todas las facturas de los pacientes: "Todo o una parte de su factura puede ser elegible para la condonación bajo nuestra Política de Asistencia Financiera. Para obtener más información sobre nuestro programa de asistencia financiera, llame al (606) 408-4118 o visite el sitio web del Centro Médico www.kingsdaughtershealth.com."

3. *Definiciones

A los efectos de esta política, los términos siguientes se definen de la siguiente manera:

- A. Importes generalmente facturados (AGB):** La cantidad máxima facturable a un paciente que es elegible para asistencia financiera bajo esta política. Esta cantidad se determina utilizando el método de "mirar hacia atrás" descrito en 26 C.F.R. n.o 1.501(r)-5(b)(3) del reglamento aplicable. Medical Center calcula esta cantidad como se describe en la política de FRC, *Limitación de Cargos*, disponible en línea en www.kingsdaughterhealth.com.
- B. Período de solicitud:** El período durante el cual un paciente puede solicitar asistencia financiera con su saldo pendiente. Este período puede comenzar antes de que el paciente reciba los servicios y terminará el día 240 después de la fecha de la primera declaración de facturación posterior a la alta.
- C. *Aviso de Iniciación de la CEPA:** Antes de participar o reanudar cualquier acción de cobro extraordinaria mencionada en esta Política, Medical Center emitirá un aviso por escrito de que:
1. Describe las actividades específicas de recogida que pretende iniciar (o reanudar);
 2. Establece un plazo después del cual se iniciará (o reanudará) dicha(s) acción(s), cuyo plazo no será inferior a 30 días después de la fecha en que se emita la notificación por escrito; Y
 3. Incluye una copia del resumen en lenguaje sencillo de esta Política.
- D. Familia:** Usando la definición de la Oficina del Censo, un grupo de dos o más personas que residen juntas y que están relacionadas por nacimiento, matrimonio o adopción. De acuerdo con las reglas del Servicio de Impuestos Internos, si el paciente reclama a alguien como dependiente de su declaración de impuestos, puede ser considerado un dependiente para fines de asistencia financiera.
- E. Ingresos Familiares:** Los Ingresos Familiares se basarán en los ingresos promedio de los seis meses anteriores a la fecha de solicitud y los ingresos proyectados para el período de seis meses siguientes a la solicitud. Se determina utilizando la definición de la Oficina del Censo, que utiliza los siguientes ingresos al calcular las pautas federales de pobreza:
1. *Earnings, compensación por desempleo, Compensación al Trabajador, Seguro Social, Ingreso Suplementario de Seguridad (SSI), asistencia pública, pagos de veteranos, beneficios de supervivencia, ingresos de pensión o jubilación, intereses, dividendos, rentas, regalías, ingresos de patrimonios, fideicomisos, asistencia educativa, pensión alimenticia, manutención infantil, asistencia de fuera del hogar y otras fuentes diversas;
 2. Los beneficios noncash (como los cupones de alimentos y los subsidios a la vivienda) no cuentan;
 3. Determinado sobre una base antes de impuestos;
 4. Excluye las ganancias o pérdidas de capital; Y
 5. Si una persona vive con una familia, incluye los ingresos de todos los miembros de la familia
 6. Los no parientes, como los compañeros de casa, no cuentan.
 7. La declaración de impuestos federales más reciente a partir de febrero de cada año será necesaria para los salarios imposables.
- F. Asistencia financiera:** Servicios de salud que serán o ya se han proporcionado y que nunca se espera que resulten en el pago. La Asistencia Financiera es el resultado de la política de un proveedor de proporcionar servicios de salud gratis o con un descuento a las personas que cumplen con los criterios establecidos.
- G. Cargos brutos:** El monto total facturado por Medical Center por los servicios prestados antes de que se apliquen pagos o descuentos.

H. Cuidados médicamente necesarios: Esos servicios razonables y necesarios para diagnosticar y proporcionar tratamiento preventivo, paliativo, curativo o restaurador para condiciones físicas o mentales de acuerdo con los estándares de atención médica generalmente aceptados profesionalmente en el momento en que se prestan los servicios.

I. Período de notificación: Los 120 días inmediatamente después del primer estado de cuenta posterior al aviso de alta del paciente. Durante este período, Medical Center hará todos los esfuerzos razonables para informar al paciente que él o ella puede ser elegible para recibir asistencia bajo las pautas de esta política y no participará en ninguna actividad de recolección extraordinaria.

J. Paciente: La persona que recibió servicios de atención médica, o la persona que es financieramente responsable de la persona que recibe esos servicios, como en el caso de menores y discapacitados mentales.

K. Sin seguro: Cuando un paciente que no tiene un nivel de seguro o asistencia de terceros para ayudar a cumplir con sus obligaciones de pago y no está cubierto por Medicare, Medicaid o Tricare o cualquier otro programa de seguro de salud de cualquier nación, estado, territorio o mancomunidad, o bajo cualquier otro programa de seguro o beneficio de salud o accidente patrocinado por el gobierno o privado, incluyendo, sin exclusión, compensación de trabajadores y premios, acuerdos o juicios que surjan de reclamos, demandas o procedimientos que involucren accidentes automovilísticos o supuesta negligencia.

4. *Lista de proveedores cubiertos y no cubiertos

Para obtener una lista de proveedores que cumplen o no esta Política, consulte **el Anexo A**. El Centro Médico actualizará la lista de proveedores del **Anexo A** agregando información nueva o faltante, corrigiendo información errónea y eliminando información obsoleta al menos dos veces al año.

5. ¿Cuándo está disponible la Asistencia Financiera?

A. Elegibilidad general

Los pacientes serán considerados para recibir asistencia en las siguientes circunstancias:

1. El paciente no tiene seguro o ha agotado la cobertura y cumple con las otras pautas establecidas en esta póliza;
2. El paciente califica para la cobertura limitada de Medicaid;
3. El paciente tiene Medicare u otro seguro y cumple con las pautas establecidas en esta póliza, puede ser elegible para recibir asistencia con deducibles, coseguros y copagos;
4. El Centro Médico recibe una solicitud completa y documentos de apoyo dentro del Período de Solicitud;

B. Elegibilidad catastrófica de las circunstancias

El Centro Médico entiende que las circunstancias pueden surgir cuando un paciente necesita ayuda que esté fuera de las pautas generales de esta política. El paciente puede ser elegible para descuentos en servicios de emergencia y médicamente necesarios si:

1. Se han agotado otras opciones de pago, incluyendo cobertura privada, programas de asistencia médica federal, estatal y local, y otras formas de asistencia proporcionada por terceros,
2. El paciente tiene obligaciones de su bolsillo que exceden el 20% de los ingresos familiares del paciente, y
3. El paciente no tiene activos significativos.

Este proceso se describe más a fondo dentro de la política de FRC del Centro Médico, *Determinación de Circunstancias Catastróficas*.

C. Elegibilidad presunta

Hay casos en que un paciente puede parecer elegible para descuentos de asistencia financiera, pero no hay una solicitud de asistencia financiera completa en el archivo debido a la falta de documentación de apoyo. Puede haber información adecuada disponible a través de otras fuentes, lo que podría proporcionar evidencia suficiente para apoyar al paciente que se considera elegible para recibir asistencia financiera. Si un paciente no proporciona o no puede proporcionar la documentación requerida para hacer una determinación de elegibilidad, Medical Center puede usar agencias externas para determinar los ingresos familiares estimados y evaluar la elegibilidad para recibir asistencia financiera. Debido a la naturaleza inherente de las circunstancias presuntivas, el único descuento otorgado en estas circunstancias será una cancelación del 100% del saldo de la cuenta. Los siguientes criterios pueden utilizarse para realizar determinaciones presuntas de elegibilidad y pueden utilizarse en lugar de la documentación descrita en la Sección 8(D) de esta política:

1. El paciente es elegible para programas de prescripción financiados por el estado;
2. El paciente no tiene hogar o recibió atención de una clínica para personas sin hogar;
3. El paciente es elegible para recibir asistencia a través del programa de Mujeres, Infantes y Niños (WIC);
4. El paciente es elegible para recibir asistencia a través del Programa Suplementario de Asistencia Nutricional (SNAP);
5. El paciente es elegible para programas de almuerzo escolar subsidiado;
6. El paciente es elegible para otros programas de asistencia estatales o locales que no están financiados (por ejemplo, Medicaid gasto);
7. El paciente es elegible para recibir asistencia a través de viviendas de bajos ingresos/subvencionadas; O
8. El paciente ha fallecido sin patrimonio conocido.

D. NO se consideran médicamente necesarios y, por lo tanto, no están cubiertos por esta política:

1. Cirugía estética electiva (pero no cirugía plástica diseñada para corregir la desfiguración causada por lesiones, enfermedades o defectos o deformidades congénitas);
2. Procedimientos quirúrgicos de pérdida de peso;
3. Procedimientos experimentales, incluyendo procedimientos y dispositivos o implantes no aprobados por la FDA;
4. Servicios para los cuales la compañía de seguros del paciente deniegue la autorización previa;
5. Costo de lentes de reemplazo especiales;
6. Reparación de audífonos y audífonos;
7. Tratamiento de fertilidad; Y
8. Servicios o procedimientos para los cuales hay un sustituto razonable o si la compañía de seguros del paciente proporcionará un servicio o procedimiento que sea un servicio o procedimiento cubierto.

Si determinamos que un paciente tiene la capacidad de pagar la totalidad o una parte de una factura, esa determinación no impide que el paciente presente una nueva solicitud en el futuro.

6. Descuento por autogo pago

Todos los pacientes no asegurados, tal como se definen en la Sección 2 de esta Política, recibirán un Descuento de Autogo pago como se describe en la política de FRC *Descuento de autogo pago para pacientes no asegurados*.

7. ¿Cómo solicita asistencia financiera un paciente?

R. Los pacientes pueden solicitar asistencia financiera en cualquier momento durante el período de solicitud, que comienza cuando el paciente comienza a buscar tratamiento y termina el ^{día} 120 después de que esos cargos se remiten a una agencia de cobro para la acción, pero no antes de los 240 ^{días} después de la fecha de la primera declaración de alta post.

B. *Se pueden obtener solicitudes de asistencia financiera:

i. Sitio web del Centro Médico en www.kingsdaughtershealth.com,

II . correo electrónico al equipo de la FRC en FinancialAssistanceTeam@kdmc.kdhs.us,

III . llamando al equipo de la FRC al (606) 408 - 4118 o (866) 408 - 6466,

IV . enviar un fax al (606) 408-6917, o

v. enviar una solicitud por correo al equipo de FRC en:

King's Daughters Medical Center

Attn: Financial Resource Center

P.O. Box 151

Ashland, KY 41105

Cualquier persona que se ponga en contacto con el equipo de FRC de Medical Center puede solicitar que las solicitudes se envíen por correo, fax o correo electrónico.

C. Los miembros del equipo de FRC del Centro Médico están disponibles para ayudar a los pacientes a completar la solicitud o revisar una solicitud completa con el paciente. Los miembros del equipo de FRC están disponibles dentro del área de Registro Principal de Pacientes en el centro hospitalario en Ashland, Kentucky entre las 8 am y las 4 pm de lunes a viernes, excepto para los días festivos observados. No se requieren citas, y las personas serán asistidas en el orden en que llegan.

D. *Para ser considerados para asistencia financiera, los pacientes deben:

i. Cooperar con el Centro Médico y responder oportunamente a las solicitudes de información o documentación;

II . Haga un esfuerzo de buena fe para cumplir con los términos de cualquier plan de pago razonable si el paciente califica solo para un descuento parcial;

III . Notificar al Centro Médico de inmediato de cualquier cambio en la situación financiera para que Medical Center pueda evaluar el impacto del cambio en la elegibilidad de la persona para recibir asistencia financiera o plan de pago;

IV . Acuerda solicitar cualquier asistencia estatal, federal o local conocida para la cual el paciente pueda ser elegible para ayudar a pagar su factura del hospital;

v. Complete el formulario de solicitud requerido con veracidad y envíe toda la documentación aplicable que se indica a continuación, según corresponda:

i. Copias de talones de cheques de pago de los últimos tres (3) meses recientes, copia del talón de pago más reciente que muestre los ingresos del año hasta la fecha, o una carta firmada del empleador del paciente o dependiente que verifique sus ingresos brutos;

II . Copias de cartas de premio de beneficios o formulario 1099 que muestran beneficios del Seguro Social, Discapacidad, Compensación del Trabajador o Administración de Veteranos;

III . Copias de cartas de concesión de beneficios o formulario 1099 que muestren beneficios de desempleo, jubilación o pensión;

IV . Verificación de pagos de manutención infantil, pensión alimenticia o parentesco;

v. Verificación de los ingresos por alquiler recibidos

1. contrato de alquiler,

2. impuestos federales de ingresos firmados del año de presentación más reciente que incluyen el Anexo E que muestra los ingresos de alquiler,

3. recibos, o

4. una carta firmada del arrendatario en la que se indiquen las rentas mensuales pagadas al solicitante;

- vi. Verificación del estado de autoempleo y los ingresos recibidos:
 - 1. recibos de clientes,
 - 2. impuestos federales de ingresos firmados del año de presentación más reciente que incluyen el calendario apropiado que muestra los ingresos por trabajo por cuenta propia, S-corp u otra entidad de este tipo;
- Vii. Copias de extractos bancarios (cheques y ahorros) de los últimos tres (3) meses, observando junto a cada depósito la fuente de fondos para ese depósito;
- Viii. NO INCOME FORM, incluido con el paquete de solicitud, firmado por la persona que proporciona los gastos de vida diarios del paciente en el caso de que el paciente y la familia del paciente no tengan otra fuente de ingresos;
- Ix. DECLARACION DE SEPARACION, incluida con el paquete de solicitud, firmada por un miembro no familiar si el paciente está casado pero manteniendo una residencia separada y los gastos de su cónyuge;
- x. Una copia de **TODOS los** formularios presentados con sus Impuestos Federales sobre la Renta firmados y presentados para el año fiscal más reciente, incluyendo W2 y todos los Programas aplicables, o un formulario 4506T completado para solicitar transcripciones de impuestos del IRS si las copias no están disponibles del solicitante;
- Xi. La documentación de otros recursos (certificados de depósito, acciones, 401k/IRA o bienes raíces) se solicita en función de las respuestas proporcionadas por el solicitante durante el contacto en persona o por teléfono o proporcionadas como respuestas a las preguntas de solicitud.
 - 1.

En el caso de los beneficios de Ingresos, Jubilación y Pensión del Seguro Social, dado que estas fuentes de ingresos no suelen fluctuar a lo largo del año, el Consejero Financiero tiene la opción de utilizar los documentos proporcionados en una solicitud anterior dentro de los 12 meses anteriores.

- E. Si los ingresos de un paciente y/o un dependiente son auto-reportados (tales como autoempleo, S-corporaciones, asociaciones, ingresos agrícolas, etc.), entonces Medical Center utilizará una declaración de impuestos federales firmada para el año de presentación más reciente para determinar los ingresos de ese paciente y/o dependiente para fines de elegibilidad financiera.
- F. Generalmente, el monto de los activos de un solicitante no requeridos para su vida diaria puede ser considerado al determinar la elegibilidad para la asistencia financiera y puede alterar o eliminar cualquier descuento. Los siguientes factores, entre otros, pueden ser considerados para determinar los activos disponibles, especialmente cuando el paciente no participa o no puede participar en la finalización de la solicitud de asistencia financiera:
 - 1. El costo de vida local;
 - 2. Ingresos, activos y gastos del paciente;
 - 3. Tamaño de la familia del paciente (incluyendo el paciente, cónyuge y dependientes legales de acuerdo con las reglas del Servicio de Impuestos Internos);
 - 4. Alcance y alcance de las facturas médicas del paciente;
 - 5. Cobertura de seguro médico disponible del paciente;
 - 6. Tamaño de la factura médica en relación con los recursos financieros.
- G. Antes de ser considerados para recibir asistencia bajo esta póliza, los pacientes que no tienen cobertura de seguro también deben cooperar con el proveedor de elegibilidad de Medicaid del Centro Médico. Si el paciente ya solicitó y se le negaron los beneficios de Medicaid en los últimos 90 días, él o ella puede presentar esa documentación en su lugar.

A los pacientes que tienen cobertura de seguro también se les puede pedir que cooperen con el proveedor de elegibilidad de Medicaid del Centro Médico si hay razones para creer que el paciente puede ser elegible para algunos beneficios bajo un programa disponible.

Si no completa las solicitudes o proporciona la documentación solicitada al proveedor de elegibilidad de Medicaid del Centro Médico, se considerará no cooperativo. Los pacientes que no sean cooperantes por el proveedor de elegibilidad de Medicaid de Medical Center no serán considerados para recibir asistencia bajo esta política.

H. Medical Center evaluará la elegibilidad del solicitante para recibir asistencia una vez que se reciba una solicitud completa, con documentación de apoyo. El solicitante recibirá una carta explicando la evaluación del Centro Médico de su elegibilidad y la cantidad de asistencia financiera que se le proporcionará.

Medical Center le informará al solicitante que tiene la opción de establecer un plan de pago mensual sobre cualquier saldo que quede después de que se apliquen los descuentos, siempre y cuando los saldos restantes estén en buen estado.

El Centro Médico dirigirá a los solicitantes que deseen establecer un plan de pago mensual para llamar gratis a las Cuentas de Pacientes del Centro Médico al (855) 253 – 5426.

I. Todos los solicitantes determinados a ser elegibles y que recibirán menos de \$1,000 en los ajustes aplicables en el momento de la revisión pueden ser aprobados por el Consejero Financiero. Los solicitantes que se determine que son elegibles y que recibirán ajustes aplicables entre \$1,000 y \$10,000 también serán revisados y aprobados por un Supervisor dentro del Ciclo de Ingresos. Los solicitantes que se determine que son elegibles y que recibirán ajustes aplicables superiores a \$10,000 serán revisados y aprobados por un Supervisor un Director dentro del Ciclo de Ingresos. Todas las aprobaciones se realizarán de acuerdo con las normas establecidas en esta política.

J. Si el paciente no coopera o no puede, para completar la solicitud de asistencia financiera, se puede conceder asistencia financiera sobre la base de consideraciones contenidas en esta política, y otras consideraciones que evalúen los ingresos y recursos familiares de la persona en comparación con los gastos médicos incurridos.

K. *Los descuentos aprobados permanecerán vigentes por un período de seis (6) meses. Después de lo cual, las aprobaciones adicionales requerirían la presentación de una nueva solicitud y la verificación de ingresos de apoyo, como se describe en otra parte de esta Política.

8. Limitación de la Responsabilidad del Paciente:

Para la atención de emergencia y médicamente necesaria, los cargos a los pacientes que son elegibles bajo esta póliza se limitan a los Montos Generalmente Facturados (AGB) para tales servicios a los pacientes que tienen cobertura de seguro para dicha atención. Dichos montos se determinan de acuerdo con el método de recuperación establecido en las regulaciones del IRS y documentados en la política departamental del Centro de Recursos Financieros sobre *Limitaciones de Cargos*.

Se puede encontrar información adicional sobre cómo Medical Center calcula el AGB y cómo se aplica a la factura de un paciente en www.kingsdaughtershealth.com. Además, las copias de esta Política de Limitación de Cargos están

disponibles a petición del equipo del Centro de Recursos Financieros poniéndose en contacto con ellos utilizando la información que se encuentra en la Sección 8(B) de esta política (pág. 5).

Para los servicios no elegibles para el descuento bajo esta política, como se describe en la Sección (6)(D) de esta política, el paciente no será responsable de más de los Cargos Brutos por el servicio o procedimiento que se está realizando.

9. ¿Cómo se calcula el nivel de Asistencia Financiera?

R. Excepto cuando las excepciones se definan en otra parte de esta política, se utilizará una "Metodología de Escala deslizante", que se muestra a continuación, para calcular los montos cobrados a los pacientes que son elegibles para recibir asistencia bajo esta política. La escala móvil se basa en las Directrices Federales para la Pobreza, que son actualizadas anualmente por el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos. Esta escala no se aplica a ciertos procedimientos electivos y a aquellos que no son médicamente necesarios. El descuento de escala deslizante se basa en el Ingreso Familiar de la siguiente manera:

Ingresos Familiares como porcentaje de las Directrices Federales para la Pobreza (FPG, por sus comunidades)	Descuento aplicable al saldo responsable del paciente
Hasta el 200% de la FPG	100%
201 – 250% de la FPG	80%
251 – 300% de la FPG	65%

1. Un paciente que tenga un ingreso familiar o inferior al 200% de las Directrices Federales de Pobreza vigentes en el momento en que la solicitud esté bajo revisión será elegible para una reducción del 100% del saldo responsable del paciente (es decir, una cancelación completa).
2. Un paciente con un ingreso familiar superior al 200% pero igual o inferior al 250% de las Directrices Federales de Pobreza vigentes en el momento en que la solicitud está bajo revisión será elegible para una reducción del 80% del saldo responsable del paciente (es decir, el saldo después de que se apliquen los descuentos y pagos del seguro, o el saldo después de que se aplique el Descuento de Autogogo).
3. Un paciente con un ingreso familiar superior al 250% pero igual o inferior al 300% de las Directrices Federales de Pobreza vigentes en el momento en que la solicitud está bajo revisión será elegible para una reducción del 65% del saldo responsable del paciente (es decir, el saldo después de que se apliquen los descuentos y pagos del seguro, o el saldo después de que se aplique el Descuento de Autogogo).

B. Los descuentos descritos anteriormente se aplican a los saldos responsables del paciente después de los pagos del seguro y descuentos o ajustes de autogo pago.

10. Solicitud de reconsideración de elegibilidad

Los pacientes pueden experimentar un cambio de circunstancias después de que se haya revisado la solicitud de asistencia y se haya tomado una determinación. En este caso, o si un paciente indica que hubo un error con la solicitud o los documentos de apoyo proporcionados, el paciente puede solicitar una reconsideración. El proceso para la reconsideración está cubierto por la política de la FRC *Solicitud de reconsideración de elegibilidad*.

11. Facturación y Cobros

R. En general: No se llevarán a cabo acciones extraordinarias de cobro contra ningún paciente hasta 120 días después de que se emita la primera factura de alta posterior o el Centro Médico haya hecho esfuerzos

razonables, descritos a continuación, para determinar si la persona es elegible para recibir asistencia financiera bajo esta política.

B. Acciones en caso de impago:

Medical Center tiene el derecho de buscar colecciones directamente o trabajar con una agencia de cobro de terceros. Medical Center llevará a cabo acciones de cobro contra individuos que se determine que no son elegibles para recibir asistencia, individuos determinados a ser elegibles que han recibido atención con descuento pero no gratis, o individuos que no cooperaron con medical Center y no están haciendo pagos de acuerdo con los planes de pago establecidos.

El Centro Médico puede tomar las acciones descritas a continuación si un paciente no paga su factura médica, incluyendo acciones de cobro:

Nota: La siguiente sección conmemora un cambio en el proceso de facturación que comenzó el 03/15/2014.

1. El Centro Médico está contratado con un proveedor de elegibilidad de Medicaid para comunicarse con cada paciente de autoservicio en persona, por correo, por teléfono o una combinación de estos enfoques. El proveedor ayudará al paciente a determinar si Medicaid u otros fondos del gobierno están disponibles para ayudar al paciente a pagar su factura médica.
2. Los pacientes con direcciones postales válidas que reciben servicios por parte del Centro Médico recibirán declaraciones de forma regular durante un período mínimo de 120 días.
3. *Si Medicaid u otro financiamiento gubernamental no está disponible, las disputas han sido revisadas y resueltas, y los arreglos de pago no se hacen con el paciente para pagar la factura durante el ciclo de facturación de 120 días, entonces Medical Center emitirá un Aviso de Iniciación de la ECA puede remitir los archivos del paciente a una agencia de recolección externa para los esfuerzos de procesamiento y recolección.
4. El Centro Médico puede extender el período de tiempo en que los pacientes reciben declaraciones más allá de los 120 días estándar a discreción de la dirección del Centro Médico.
5. Una vez que se remite la cuenta del paciente, la agencia está autorizada a ponerse en contacto con el paciente para establecer un plan para resolver la deuda del paciente. La agencia también está autorizada a reportar el estado negativo de la deuda a las agencias de crédito.
6. *El Centro Médico puede aplazar o negar (o requerir un pago antes de proporcionar) atención médicamente necesaria, pero no atención de emergencia, debido al impago de atención previa por parte de un paciente. Medical Center no necesita proporcionar el Aviso de Iniciación de la CEPA antes de aplazar o negar (o requerir un pago antes de proporcionar) atención basada en impago pasado. **Centro Médico, sin embargo, proporcionará aviso escrito y oral por separado, descrito a continuación, después de lo cual puede aplazar o denegar (o solicitar el pago antes de proporcionar) la atención de inmediato.** El requisito de notificación específico de esta acción de cobro se cumplirá si Medical Center proporciona una copia de su formulario de solicitud FAP al paciente, le notifica que la asistencia financiera está disponible y proporciona el plazo después del cual no aceptará una solicitud FAP para la atención previamente proporcionada.
7. *El Centro Médico hará esfuerzos razonables para notificar oralmente al paciente sobre esta política y cómo el paciente puede obtener ayuda para completar la solicitud.
8. *El plazo para presentar una solicitud FAP no debe ser anterior a los 30 días siguientes a la fecha del Aviso de Iniciación del TCE o a 240 días a partir de la fecha de la primera declaración de facturación posterior a la descarga para la atención previamente proporcionada. Si una solicitud FAP se presenta oportunamente,

entonces Medical Center la procesará de manera expedita para minimizar cualquier riesgo para la salud del paciente.

C. Esfuerzos razonables para determinar la elegibilidad

Los pacientes pueden presentar una solicitud durante todo el Período de Solicitud, tal como se define en la Sección 3(B) anterior, que será un mínimo de 240 días a partir de la fecha en que Medical Center, o su subcontratista, emitió su primer estado de cuenta posterior a la descarga. Si una persona no ha presentado una solicitud dentro de los primeros 120 días a partir de la fecha en que medical Center emite su primer estado de cuenta posterior a la descarga, entonces Medical Center puede comenzar a participar en las acciones de cobro descritas anteriormente.

Si medical Center recibe un formulario de solicitud incompleto, Medical Center suspenderá cualquier actividad de recolección que se realice contra el paciente y proporcionará al paciente o a su representante legal una lista de la información o documentación que falta y le dará al paciente 30 días para proporcionar la información faltante. El aviso sobre la falta de información incluirá información de contacto para el Centro Médico y el equipo de FRC que puede ayudar al paciente a completar su solicitud. Si el paciente no proporciona la información que falta dentro de este período, Medical Center puede iniciar (o reanudar) las acciones de recolección asumiendo que ha proporcionado el Aviso de Iniciación de la CEPA descrito anteriormente.

Si Medical Center recibe un formulario de solicitud completo, Medical Center hará y documentará las determinaciones de elegibilidad de manera oportuna. Si el paciente es elegible para recibir asistencia financiera, Medical Center le proporcionará al paciente un estado de cuenta que muestra el monto adeudado, cómo se determinó el monto y describirá cómo la persona puede aprender más acerca de cómo el Centro Médico calcula AGB. El Centro Médico debe emitir reembolsos al paciente si el paciente previamente pagó una cantidad superior a lo que él o ella es personalmente responsable de pagar, a menos que dicha cantidad sea menor que \$5 (indexada para la inflación), o dicha cantidad determinada por el IRS. Si el solicitante es elegible para recibir asistencia financiera, Medical Center tomará todas las medidas razonables para revertir cualquier acción de cobro tomada contra su cuenta (con la excepción de aplazar o negar la atención por falta de pago de montos por atención previa).

Autumn McFann
Vicepresidente/CFO