

HONORHEALTH™

Asunto: Política de Asistencia Financiera	
Manual:	Política #: AD 1057
Sección: Servicios Financieros para el Paciente	Página: 1 de 10
Distribución: Hospitales de HonorHealth y Medical Group	Aprobada por el encargado de Servicios Financieros para el Paciente
Fechas de revisión: 07/01/2020, 12/30/2020, 10/01/2021, 1/12/2022 (Añadido Sonoran Crossing)	Fecha efectiva: 1/12/2022

PROPÓSITO

Asegurar un método uniforme para que se aplique la Política de Asistencia Financiera ("FAP" por sus siglas en inglés) a nuestros pacientes que no cuenten con cobertura de seguro médico para la atención recibida en las instalaciones de los hospitales HonorHealth. La política facilita:

- Que se aplique de manera uniforme a lo largo de los hospitales de HonorHealth.
- Que se cumpla con la sección §501(r) del Código de Impuestos Internos referente al estatus de exención de impuestos.

POLÍTICA

HonorHealth está comprometido a proporcionar la mejor atención posible a todos nuestros pacientes y a ayudar a que cada persona que nos ha confiado su atención pueda disfrutar al máximo del regalo de contar con la mejor salud posible. Para lograr este objetivo, el Hospital proporcionará asistencia financiera para los Servicios Cubiertos a los pacientes sin seguro médico que cumplan con los criterios de elegibilidad definidos en esta política.

Esta política no es aplicable en los casos en que el Hospital tenga derechos de retención en conformidad con las Secciones 33-931 – 33-934 del A.R.S., lo que significa que si existe un acuerdo de gravamen, HonorHealth recolectará los fondos de dicho gravamen.

Bajo esta política, la asistencia financiera se encuentra disponible para los servicios internos y ambulatorios proporcionados por HonorHealth y cualquiera de las instalaciones de los hospitales de HonorHealth. Esto incluye los servicios brindados por los médicos empleados por HonorHealth que se hayan proporcionado en alguno de los hospitales de HonorHealth. Tanto el programa básico como el programa mejorado de asistencia financiera estarán disponibles para los pacientes que no cuenten con cobertura de seguro médico. Existe un descuento por situaciones catastróficas disponible para pacientes asegurados y no asegurados que tengan una responsabilidad anual con HonorHealth que exceda el 15% de su ingreso anual.

Las instalaciones de los Hospitales HonorHealth incluyen:

John C. Lincoln Medical Center
Deer Valley Medical Center

Scottsdale Shea Medical Center
Scottsdale Osborn Medical Center
Scottsdale Thompson Peak Medical Center
Greenbaum Surgical Specialty Hospital
Sonoran Crossing Medical Center

DEFINICIONES:

A. Definiciones:

1. Monto generalmente facturado ("AGB" por sus siglas en inglés): Es la cantidad promedio que paga un paciente del hospital/garante que cuenta con cobertura de seguro médico como se define en la sección 501(r) del IRS. El AGB se determina mediante el uso del método de revisión de los datos anteriores como se define a continuación. El porcentaje AGB se calculará para cada una de las instalaciones de los hospitales HonorHealth y el descuento más favorable se aplicará a todas las instalaciones de los hospitales de HonorHealth. El porcentaje de AGB está anotado en el Anexo B.
2. Deudas incobrables: Pasivos financieros no cobrados al paciente que no se hayan resuelto al final del ciclo de la facturación.
3. Servicios Cubiertos: Atención de emergencia y otros cuidados médicamente necesarios proporcionados por HonorHealth y que se realicen dentro de una de las instalaciones de los hospitales de HonorHealth.
4. Proveedores cubiertos: Proveedores cubiertos significa aquellos proveedores cuyos servicios emergentes u otros servicios médicamente necesarios están cubiertos por el programa de asistencia financiera básica o mejorada.
5. Servicios de emergencia: Los servicios necesarios y apropiados para tratar las condiciones de emergencia y que, como tales, se consideran médicamente necesarios.
6. Condiciones emergentes: La condición médica de algún paciente no asegurado que haya resultado de la aparición repentina de algún problema de salud con síntomas agudos y en ausencia de atención médica inmediata, que razonablemente tenga la probabilidad de poner en grave peligro la salud del paciente y dé lugar a un deterioro grave de las funciones corporales.
7. Atención de emergencia y otros tipos de atención médicamente necesarios: Los servicios de emergencia se consideran como médicamente necesarios. Otros servicios médicamente necesarios son aquellos que se requieran para tratar una enfermedad o lesión, ya sea porque se diagnosticaron como, o razonablemente se sospecha que son médicamente necesarios.
8. Necesidad médica: Aquellos servicios necesarios para identificar o tratar una enfermedad o lesión que se diagnostique, o de manera razonable se sospeche que sea necesaria, tomando en cuenta el nivel de atención más adecuado. El entorno más apropiado para la atención puede ser el hogar, consultorio médico, centro ambulatorio, hospital especializado o un hospital de cuidados agudos. Para ser considerado médicamente necesario, un servicio debe:
Ser necesario para tratar la enfermedad o lesión, ser consistente con el diagnóstico y el tratamiento de la condición del paciente de acuerdo con las normas de buena práctica médica, no ser para la conveniencia del paciente o del médico y ser apropiado para el nivel de atención y la ubicación del servicio.
9. Acciones extraordinarias de cobro ("ECA" por sus siglas en inglés): Acciones que requieran de un proceso legal o judicial, involucren que se haga la venta de un débito (deuda) a una tercera parte o que se presente un reporte de información adversa a las agencias crediticias u oficinas de crédito.
10. Ingreso familiar: La remuneración total recibida por todos los miembros de familia de 18 años o mayores que vivan en la misma casa.
11. Pautas del nivel federal de pobreza (FPG, por sus siglas en inglés): Las pautas del nivel federal de pobreza publicadas anualmente por el Departamento de Salud y Servicios Sociales (Health and Human Services) de los Estados Unidos, en efecto en la fecha(s) en que se prestó el servicio para el cual pudiera estar disponible la asistencia financiera.
12. Cargos usuales y de rutina: Los cargos por los Servicios Cubiertos según lo establecido en el registro de gastos hospitalarios al momento en que se prestaron los Servicios Cubiertos.

13. Método de revisión de los datos anteriores (Look-Back Method): Método para establecer el monto generalmente facturado AGB, el cual requiere determinar la cantidad total recibida por cada uno de los hospitales de HonorHealth por servicios prestados sin costo de Medicare y los reclamos permitidos por los seguros médicos privados, divididos entre los cargos brutos de dichos reclamos en un periodo de 12 meses. El AGB en curso lo establecerá El Departamento de Servicios Financieros para el Paciente el día 1º de enero de cada año calendario y se basará en la revisión del periodo anterior comprendido de octubre a septiembre anualmente. El porcentaje de AGB está anotado en el anexo B de esta política y está disponible en el sitio Web de HonorHealth. Además, esta información podrá proporcionarse sin costo alguno si la solicita al Departamento de Servicios Financieros al 480-882-5207.
14. Paciente sin cobertura de seguro médico: Un paciente sin cobertura de seguro médico es alguien que no cuenta con cobertura de servicios médicos, ya sea a través de un seguro médico o de algún programa de gobierno, y no tiene ningún derecho a ser reembolsado por ninguna otra persona, incluyendo una tercera parte responsable. Si se han agotado todos los recursos de seguro médico del paciente, o el seguro médico del paciente no paga por los Servicios Cubiertos, se considerará al paciente como una persona sin cobertura de seguro médico para los propósitos de esta política y será elegible a solicitar asistencia financiera bajo esta política.

PROCEDIMIENTOS:

- B. Cargos por la atención de emergencia y otros cuidados médicamente necesarios bajo esta política: A ninguna persona elegible a recibir apoyo bajo esta Política de Asistencia Financiera se le cobrará más por la atención de emergencia u otra atención médicamente necesaria que el “monto generalmente facturado” (AGB). El porcentaje de AGB de HonorHealth se encuentra en el anexo B.
- C. Requisitos de elegibilidad para recibir asistencia financiera: Para determinar si un paciente reúne los requisitos de elegibilidad para recibir asistencia financiera, HonorHealth toma en cuenta hasta qué medida la persona cuenta con ingresos que pudieran utilizarse para satisfacer su obligación financiera. En casos extraordinarios, cuando los bienes del paciente parezcan estar desproporcionadamente elevados en comparación con los ingresos o el monto debido al hospital, HonorHealth se reserva el derecho de tratar los bienes como ingresos con fines de elegibilidad para recibir la asistencia y se comunicará con el paciente en esas situaciones. La asistencia financiera no está disponible para aquellas personas que cuenten con seguro médico pero elijan no utilizarlo, o para pacientes que no cooperen con los procedimientos de las aseguradoras. La asistencia financiera estará disponible de la siguiente manera para los pacientes que no cuenten con ingresos que puedan ser utilizados para pagar su factura por Servicios Cubiertos:
 1. Atención gratuita (Plan Mejorado). El paciente recibirá el descuento total (100%) de los cargos brutos por los servicios de atención de emergencia si él/ella demuestra que su ingreso familiar es igual o menor al 200% según las pautas del nivel federal de pobreza. Todos los descuentos están sujetos a los procesos de verificación de HonorHealth y a los demás requisitos de verificación de elegibilidad descritos en esta política.
 2. Atención con descuento (Plan Básico). Existen otros descuentos de asistencia financiera aplicables a los cargos brutos por Servicios Cubiertos que bajo el Plan Mejorado no son elegibles para los pacientes con niveles de ingresos familiares por encima del 200% pero menores del 500% conforme a las pautas del nivel federal de pobreza conforme se enumeran en el Anexo A.
 3. Descuento por situaciones catastróficas: Limita los gastos de pago propio por un periodo de 12 meses por los servicios médicamente necesarios cuando estos excedan el 15% del ingreso familiar bruto. Disponible para pacientes asegurados y no asegurados.
 4. Proceso de verificación para recibir asistencia financiera: Los pacientes podrían calificar para recibir un descuento de asistencia financiera básica por los cargos facturados mediante un proceso de verificación. Dichos pacientes sin cobertura de seguro médico pueden completar un certificado de ingresos y bienes en lugar de la solicitud completa de asistencia financiera. Existen descuentos adicionales disponibles si el paciente recibió servicios de atención de emergencia y logra demostrar un ingreso inferior al 200% conforme al límite de nivel de pobreza según el apéndice A.
 5. Autoridad discrecional: En casos de dificultades extremas, o por circunstancias compasivas, el Director de Servicios Financieros para el Paciente ("el Director") cuenta con el poder para juzgar a su discreción y

conceder ayuda a pacientes que en otras circunstancias no calificarían para recibir asistencia financiera. En los casos en que el paciente no tenga la capacidad, o la disposición para cooperar, o si la documentación que proporcione no es suficiente para evaluar la situación financiera del paciente en su totalidad, el Director hará su mejor esfuerzo por identificar las necesidades potenciales utilizando reportes crediticios, el algoritmo para determinar la capacidad de pago y los registros pasados o actuales de AHCCCS. En tales casos, el Director tendrá la autoridad para juzgar a su discreción y conceder atención gratuita o con descuento a algún paciente cuando el empleado autorizado se sienta convencido de que el cliente no tiene la capacidad para pagar, en vez de no estar dispuesto a pagar su obligación financiera.

6. El uso por parte de HonorHealth de las pautas del nivel federal de pobreza se actualizará anualmente al mismo tiempo que las pautas federales de pobreza publicadas por el Departamento de Salud y Servicios Sociales (Health and Human Services) de los Estados Unidos.

D. Comunicación de la Política de Asistencia Financiera: HonorHealth comunicará la disponibilidad de la asistencia financiera a todos los pacientes en un idioma de cualquier población con conocimientos limitados del idioma inglés que constituya lo que sea menor: 1,000 individuos o 5% de la comunidad atendida por el hospital. Los métodos que HonorHealth utilizará para informar sobre la política incluyen, pero no se limitan a, lo siguiente:

1. La información disponible incluye la política de asistencia financiera, el resumen de la política financiera en un lenguaje sencillo, la(s) solicitud(es) para la asistencia financiera y la lista de proveedores; y está disponible a los pacientes para obtenerse en persona en cualquier hospital en el departamento de ingreso de pacientes y en el departamento de servicios financieros, así como también en www.honorhealth.com. El resumen en un lenguaje sencillo de esta política se proporcionará a los pacientes durante el proceso de registro y nuevamente junto con el estado de cuenta inicial.
2. Todos los estados de cuenta incluirán un aviso para informar a los pacientes de la disponibilidad de la asistencia financiera, incluyendo el número telefónico y dirección del sitio Web donde se proporciona información y/o formularios para su uso.
3. Los letreros han sido colocados en las instalaciones de los hospitales HonorHealth en las áreas de registro, salas de espera, incluyendo el departamento de emergencias del hospital.
4. Las personas del Departamento de Servicios Financieros para el Paciente y de las áreas de Registro de HonorHealth están asignadas para explicar esta política y ayudar a los pacientes en el proceso de solicitud.
5. La información referente a la disponibilidad de la asistencia financiera se ha publicado en la página Web de HonorHealth.
6. Los hospitales informan a los recursos comunitarios sobre la Política de Asistencia Financiera del hospital para asegurar que los miembros de la comunidad estén informados y exista mayor probabilidad de alcanzar a quienes necesitan ayuda.
7. La lista de médicos que proporcionan asistencia se enumera en el apéndice C (incluye a los médicos que ejercen en los hospitales de HonorHealth y si ofrecen, o no, asistencia financiera bajo esta política para los servicios hospitalarios).

E. Método para solicitar asistencia financiera. Se alentará a los pacientes a solicitar la asistencia financiera antes de, durante, o dentro de un tiempo razonable después de que se les haya brindado atención. Bajo esta política, Honorhealth aceptará y procesará solicitudes para asistencia financiera hasta 240 días después de la fecha de la primera factura por los servicios elegibles. A las personas que envíen solicitudes incompletas dentro de los 240 días después de que la red emita el primer estado de cuenta posterior al alta se les dará una oportunidad razonable para completar su solicitud (30 días).

1. Solicitud para recibir asistencia financiera: Los pacientes podrán solicitar asistencia financiera a través del departamento de Servicios Financieros para el Paciente ya sea en persona, o por correo, mediante un sustituto, miembro de la familia u otra parte apropiada. HonorHealth hará todo esfuerzo por determinar si los pacientes son elegibles para recibir la asistencia financiera dentro de los 30 días de haber recibido la solicitud completada y la documentación justificante. El paciente o su representante autorizado deberán cooperar en proporcionar al hospital la información financiera u otra información necesaria y solicitar otros recursos de asistencia financiera que pudieran estar disponibles para pagar por su atención médica (por ejemplo, Medicare, Medicaid, AHCCCS, la responsabilidad de terceras partes, etc.). Las consultas comprendidas dentro de los 6 meses a partir de su tratamiento podrán cubrirse sin la necesidad de completar
- 2.

una nueva solicitud para asistencia financiera, la cual puede obtenerse en el sitio web: www.honorhealth.com; también contamos con solicitudes y asesoría disponibles llamando a Servicio al Cliente de HonorHealth al **480-882-5207** o en cualquiera de las áreas de ingreso del hospital, y en las oficinas de Servicios Financieros para Pacientes en 2500 W. Utopia, Suite 100 Phoenix, Arizona 85027.

Notificación de la decisión: HonorHealth notificará al paciente dentro de un tiempo razonable (por lo general 30 días) después de recibir la petición para recibir asistencia financiera y cualquier información financiera u otra documentación requerida para determinar la elegibilidad a recibir la asistencia financiera. HonorHealth también aconsejará al paciente sobre las responsabilidades que tiene bajo estas pautas para recibir la asistencia financiera. Una vez que se haya aprobado que el paciente reciba algún descuento bajo la política del Hospital, HonorHealth trabajará con él, o la parte responsable, para establecer un plan de pago razonable que tomará en cuenta el ingreso y los bienes disponibles, la cantidad de los descuentos en la(s) factura(s) y cualquier pago anterior.

3. Cambios de circunstancias: En caso de no calificar inicialmente para recibir asistencia financiera después de proporcionar toda la información y documentación solicitada, los pacientes podrán solicitar asistencia nuevamente si ocurre algún cambio en su ingreso o responsabilidad por el tamaño de su familia.

F. Facturación y cobros

1. Investigación razonable: El Departamento de Servicios Financieros para el Paciente de HonorHealth hará un esfuerzo razonable para determinar si una persona es elegible, o no, a recibir asistencia financiera. Los esfuerzos razonables incluyen proporcionar el resumen en lenguaje sencillo de la Política de Asistencia financiera al momento de registro y con la factura inicial que se envía a los pacientes. Los estados de cuenta también contienen el aviso sobre asistencia financiera con el número de teléfono y el sitio web.
2. Métodos de recaudación: Las cuentas por servicios hospitalarios prestados a pacientes que pueden, pero no estén dispuestos a pagar, se consideran deudas incobrables y se referirán a agencias externas para su cobro. Cuando los pacientes no hayan hecho arreglos de pago con el hospital, los hospitales asignarán toda la responsabilidad de pago no recaudado de los pacientes a una agencia de cobros. De manera ordinaria, HonorHealth no participará en Acciones extraordinarias de cobro (ECA). Sin embargo, en ciertas circunstancias, HonorHealth y sus agencias de cobro podrán tomar medidas legales para obtener las cantidades adeudadas durante más de 120 días después de que se haya enviado el primer estado de cuenta posterior al alta hospitalaria. El Director de Servicios Financieros para el Paciente es responsable de determinar que se haya hecho un esfuerzo razonable para establecer la elegibilidad a la política de asistencia financiera y que una ECA ocurra conforme a la política. Antes de tomar cualquier ECA, HonorHealth hará todo esfuerzo razonable para determinar si el paciente es elegible a recibir asistencia financiera, incluyendo notificar a los pacientes mediante una carta a 30 días indicando qué Acciones extraordinarias de cobro podrían ocurrir, enviando un resumen en lenguaje simple de la FAP con ese aviso, y haciendo esfuerzos razonables para notificar de manera verbal a los pacientes sobre la disponibilidad de la asistencia financiera durante el proceso de recolección del cobro. El paciente es responsable de comunicar a HonorHealth los cambios en ingresos que pudieran afectar su capacidad para pagar. HonorHealth se asegurará de que cualquier agencia de cobro externa contratada siga las pautas descritas con anterioridad al ayudar a obtener el pago de las facturas pendientes de los pacientes.

G. Responsabilidades del paciente: Para que se le considere como candidato a recibir asistencia financiera bajo esta política, la persona debe:

1. Solicitar la asistencia financiera ya sea en persona, o por escrito, mediante un representante, miembro de familia, u otra parte apropiada. Sin embargo, no tiene que completarse una solicitud para recibir asistencia financiera en los siguientes casos.
 - Pacientes fallecidos: Documentación que respalde el estatus de finado.
 - Pacientes indigentes (sin hogar): Documentación que compruebe el estatus de indigencia.
 - Pacientes que califiquen para recibir AHCCCS: Las determinaciones las hacen otras agencias (esto incluye a los pacientes que se vuelvan elegibles dentro de los 30 días a partir del día del servicio). La agencia será quien requerirá la documentación.
 - Caridad presunta. Cualquier cuenta evaluada a través de otras solicitudes que se considere como "probable" para calificar bajo caridad basada en algoritmos específicos mediante el servicio de informes crediticios.

- Pacientes con seguimiento médico dentro de los 6 meses siguientes. La atención de seguimiento que se haya aprobado para que alguna cuenta reciba atención de caridad dentro de los seis (6) meses anteriores. En tales casos, todo lo que se requiere es una nota en el sistema donde se indique que la cuenta se considera como atención de seguimiento a una cuenta aprobada anteriormente y hacer referencia a dicho número de cuenta.
2. Proporcionar al HonorHealth la información financiera y de otro tipo para determinar su elegibilidad bajo la Política.
 3. Participar de manera activa con HonorHealth y sus representantes con el fin de solicitar otros recursos financieros que pudieran estar disponibles para pagar por la atención médica (por ejemplo, Medicare, Medicaid, AHCCCS, responsabilidad de terceras partes, etc.), proporcionando a HonorHealth, sus representantes y agencias gubernamentales, la información financiera o de otro tipo que sea necesaria. Se requerirá presentar la negación al pago de los servicios por parte de las agencias gubernamentales o terceras partes responsables de los pagos para que se prosiga/apruebe la asistencia financiera.
 4. Cooperar con HonorHealth para establecer un plan de pago razonable, el cual tomará en consideración los ingresos disponibles y el monto con los precios descontados y cualquier pago anterior.
 5. Hacer el esfuerzo, actuando de buena fe, de cumplir con los planes de pago por el monto con descuento de HonorHealth.
 6. Comunicarle a HonorHealth cualquier cambio en su situación financiera que pudiera impactar su capacidad para pagar los montos con descuento de HonorHealth o de cumplir con las provisiones de los planes de pago.
- H. Derecho de apelar: Los pacientes podrán apelar por escrito la denegación de la ayuda financiera ante el Director de Servicios Financieros para el Paciente de HonorHealth, Patient Financial Services, 2500 N. Utopia Rd, Phoenix, AZ 85027. Se considerará cualquier circunstancia atenuante como parte de la revisión general.
- I. Proveedores cubiertos y no cubiertos: En la mayoría de los casos, esta política para los programas de asistencia financiera básicas y mejorada no es aplicable a los cargos por los servicios de médicos y otros proveedores que presten sus servicios en el hospital: Algunos ejemplos comunes incluyen, pero no se limitan a, médicos del departamento de emergencias, radiólogos, patólogos, cirujanos, anesthesiólogos y hospitalistas. La mayoría de los médicos y otros proveedores no están sustancialmente relacionados con el hospital. La lista de Proveedores Participantes se encuentra en el Anexo C, la cual se actualiza trimestralmente (si se presenta algún cambio): HonorHealth enumera a todos los médicos y otros proveedores cuyos Servicios Cubiertos son elegibles y a aquellos proveedores que no son elegibles a los descuentos de asistencia financiera bajo esta política "501(r) bajo la Lista de Proveedores Participantes". La lista de proveedores participantes está disponible en www.honorhealth.com.
- J. Derecho a obtener reembolsos de terceras partes por los cargos: En caso de que alguna primera o tercera parte sea responsable por cualquier porción del monto de un paciente sin seguro médico, el hospital solicitará el reembolso total por todos los cargos incurridos por el paciente a los costos normales y habituales por parte de dichos primero o tercer garantes, incluyendo los regidos por las disposiciones de la Sección 33-931 – 33.934 del A.R.S., a pesar de cualquier ayuda financiera concedida bajo esta política.
- K. Reembolsos: Si una persona ha pagado por los servicios y posteriormente se determina que es elegible a una reducción completa mediante la asistencia financiera bajo esta política, HonorHealth reembolsará cualquier cantidad mayor de \$5 por la atención de dicha persona.
- L. Monitoreo y supervisión del programa: El Director de Servicios Financieros para el Paciente será responsable de monitorear la adecuación de los programas de asistencia financiera básica y mejorada, los cargos, número de días como pacientes, y subsidios o ajustes. El director tiene la responsabilidad de monitorear y asegurar que se haga el esfuerzo razonable para determinar si una persona es elegible o no a recibir la asistencia financiera. El Director de Servicios Financieros para el Paciente es responsable de asegurar el cumplimiento con todas las directrices de la política en general. Además, el Director de Impuestos y Tesorería en colaboración con el Director de Servicios Financieros para el Paciente evaluarán anualmente la política y su efectividad. Cualquier cambio recomendado a la política se revisará y aprobará por la junta directiva de HonorHealth.
- M. Mantenimiento de los registros financieros
1. HonorHealth registra el valor de los servicios de asistencia financiera para la atención médica a costo.

2. Conforme se determina que las cuentas por cobrar individuales reúnen los requisitos para que se otorgue asistencia financiera, dichas cuentas individuales se deducen de las cuentas por cobrar y se aplican a la cuenta aprobada para los servicios de asistencia financiera (cuentas por cobrar contra la cuenta). La documentación referente a la elegibilidad a recibir servicios de asistencia financiera se mantiene en el expediente financiero del paciente.
3. Ajustes. La otorgación de asistencia financiera se limita a los hospitales de HonorHealth como se define en la política.

N. **Atención médica de emergencia:** HonorHealth proporciona sin discriminación, atención para condiciones médicas de emergencia a las personas sin importar si son elegibles a la Política de Asistencia Financiera (ver también la política EMTALA de HonorHealth). HonorHealth no participa en acciones que desalienta a las personas de buscar atención médica de emergencia.

REFERENCIAS:

ANEXOS/FORMULARIOS:

Anexo A	Pautas de ingresos de asistencia financiera
Anexo B	Porcentaje AGB
Anexo C	Lista de proveedores

Política #: AD 1057

Instalaciones de los hospitales de HonorHealth
Asistencia Financiera
Anexo A
Año calendario 2021/2022

A. Guía de ingresos para los pacientes –

Ingreso conforme al % de las pautas de pobreza	Criterio para el plan		
	Plan de Asistencia Financiera	Descuento deducido de la cantidad total por Asistencia Financiera	Servicios Cubiertos
0-200%	Política de Asistencia Financiera Mejorada	100%	Servicios de emergencia
0-200%	Política de Asistencia Financiera Básica	84%	Todos los servicios médicamente necesarios que no sean de emergencia
201-500%	Política de Asistencia Financiera Básica	84%	Todos los servicios médicamente necesarios

Los límites federales de pobreza (FPL, por sus siglas en inglés) utilizados se basan en las pautas de pobreza publicadas anualmente en el sitio Web del Departamento de Salud y Servicios Sociales. El sitio Web es <https://aspe.hhs.gov/poverty-guidelines>

Asistencia Financiera
Anexo B
Año calendario
2021/2022 Monto
generalmente facturado(AGB):

B. Historial de revisión de datos anteriores:

Periodo de revisión de datos anteriores.	Oct 1, 2020-Sept 30, 2021
Descuento por Asistencia Financiera Básica	84%
Monto generalmente facturado "AGB"	16%

ASUNTO: Política de Asistencia Financiera	Política #: AD 1057	Página 10 de 10
---	---------------------	--------------------

Asistencia financiera
Anexo C

Lista de proveedores