

**Oficina de los Marshall Medical Centers:**  
**Sección de Servicios Financieros para el Paciente:**  
**Para todo el hospital**  
**Título: Política de Asistencia Financiera**

<b>Aprobado por:</b>	<b>Junta Asesora de HH Health System-Marshall, LLC</b>		
<b><u>Fecha de entrada en vigor:</u></b>	<b><u>Fechas de revisión:</u></b>		<b><u>Fechas de revisión:</u></b>
<b>9 de junio, 2000</b>	<b>Sept 2007 Sept 2009 Sept 2011 Sept 2013</b>		<b>Abril, 2004 Julio, 2006 Diciembre, 2015 Noviembre, 2021</b>

**Propósito / Objetivos:**

El objetivo de HH Health System-Marshall, LLC haciendo negocios como Marshall Medical Centers (MMC) es brindar los servicios necesarios de cuidados médicos a los pacientes en el área de servicio del hospital como está definida por los centros médicos. Los lineamientos a continuación tienen la intención de establecer una política y procedimientos apropiados para circunstancias en las cuales la asistencia financiera, en cumplimiento con todas las leyes federales, estatales y locales, sea ofrecida por MMC a sus pacientes no asegurados o con seguros insuficientes.

**Definiciones:**

Para propósitos de este programa, los siguientes términos están definidos como:

- “Cuidados de Emergencia” significa cuidados o tratamiento para una Condición Médica de Emergencia, como se define en la EMTALA.
- “EMTALA: significa la Ley de Tratamiento Médico de Emergencia y Parto (42 U.S.C 1395dd)
- “Cuidado Medicamente Necesario” significa aquellos servicios razonables y necesarios para diagnosticar y proveer tratamiento preventivo paliativo, curativo o reparador para condiciones físicas o mentales de acuerdo con estándares reconocidos profesionalmente de cuidados de salud y que son generalmente aceptados en el momento que los servicios son provistos.
- “Paciente” significa una persona que recibe cuidado en MMC y la persona que es responsable financieramente por el cuidado del paciente.
- “Paciente No Asegurado” se define como una persona quien no tiene un seguro o de otra manera no califica para un programa gubernamental o privado que provea cobertura para cualquiera de los servicios provistos y ya sea:

- Califique para ayuda caritativa como se define más adelante;
  - No califica para ayuda caritativa, pero califica para algún descuento de sus cargos por los servicios hospitalarios basado en una evaluación sustancial de su habilidad para pagar, tal y como ingresos totales, facturas médicas totales, activos, pagos de hipoteca, servicios, número de familiares, consideraciones por discapacidad, etc.; o
  - Tiene algunos recursos para pagar, pero califica para un descuento basado en esta política.
- “Paciente con Seguro Insuficiente” se refiere a una persona que tiene cobertura de seguro, pero que aún así no puede cumplir con sus obligaciones financieras.

### **Política para Cuidados de Emergencia y Medicamento Necesarios**

1. Esta política aplica a todos los Cuidados de Emergencia y Medicamento Necesarios provistos en los ámbitos de consulta interna o ambulatoria, incluyendo salud mental, y aplica a todos dichos cuidados provistos en la instalación del hospital por una entidad sustancialmente relacionada como se define en 1.501( r ) -1(b)(28) del Reglamento de la Tesorería promulgado bajo el Código de Rentas Internas de 1986, con sus enmiendas. Esta política no aplica a acuerdos de pago para procedimientos electivos como lo define MMC.
2. La política de MMC es brindar Cuidados de Emergencia y Medicamento Necesarios a los pacientes sin importar su raza, religión o habilidad para pagar. Sujeto a los términos y condiciones establecidos a continuación, pacientes sin seguro o con seguro insuficiente quienes no tengan los recursos para pagar por los servicios provistos en las instalaciones de MMC podrán solicitar ser considerados para recibir asistencia financiera bajo la Política de Asistencia Financiera. Los criterios de elegibilidad para obtener asistencia financiera y los procedimientos para recibir asistencia financiera establecidos en esta Política de Asistencia Financiera tienen la intención de asegurar que MMC tendrá los recursos financieros necesarios para cumplir con su compromiso de proveer cuidados para pacientes que están en grave necesidad financiera.
3. En concordancia con la EMTALA, MMC proveerá exámenes médicos apropiados a cualquier persona, sin importar su raza, religión o habilidad para pagar, solicitando tratamiento debido a una posible emergencia médica. Si, siguiendo los exámenes médicos apropiados, el personal de MMC determina que la persona tiene una condición de emergencia médica; MMC proveerá los servicios necesarios, dentro de la capacidad de su instalación, para estabilizar la emergencia médica de la persona o efectuará una transferencia apropiada como se define en la EMTALA.

## **Normas**

1. Todas las prácticas de facturación y cobro reflejarán nuestro compromiso de tratar a todos los pacientes equitativamente, con dignidad, respeto y compasión.
2. En concordancia con la misión y los valores de MMC, estas políticas reflejan nuestro compromiso para proveer asistencia financiera a los pacientes que no puedan pagar una parte o todos los cuidados que ellos reciban, mientras que se tomará en cuenta la habilidad financiera de MMC para proveer dichos cuidados.
3. Cuando sea posible, MMC ayudará a los pacientes a obtener cobertura de un seguro médico de fuentes privadas o públicas (incluyendo, sin limitación, Medicaid y AllKids).

## **Lineamientos**

Marshall Medical Centers garantiza que:

1. Sus empleados y agentes se comportarán de una manera que refleje las políticas y los valores de MCC, incluyendo tratar a pacientes y a sus familias con dignidad, respeto y compasión.
2. Los pacientes que no califiquen para ayuda caritativa, pero que necesiten asistencia financiera tendrán acceso a términos de pago extendidos u otras opciones de pago que tomen en cuenta el estado financiero del paciente.
3. Los saldos pendientes en las cuentas del paciente serán cobrados justa y consistentemente, de una manera que refleje los valores y compromisos de nuestro hospital hacia la comunidad a la que servimos.
4. Asesoría financiera está disponible para todos los pacientes.
5. Las políticas de asistencia financiera serán aplicadas consistentemente a todos los pacientes.
6. La asistencia financiera para pacientes individuales estará balanceada con la responsabilidad más amplia del hospital de mantener sus puertas abiertas para todos aquellos que necesiten cuidados en la comunidad.
7. Los pacientes y sus familias serán asesorados sobre su responsabilidad financiera basándose en su habilidad individual para pagar.

## **Medidas para divulgar ampliamente la Política de Asistencia Financiera de los Marshall Medical Centers dentro de la comunidad**

1. Los pacientes y sus familias serán asesorados sobre las políticas aplicables del hospital, incluyendo la ayuda caritativa y la disponibilidad de asistencia financiera basada en necesidad, en términos fáciles de entender y con lenguaje comúnmente utilizado por los pacientes en la comunidad.
2. Información sobre asistencia financiera y las políticas de ayuda caritativa, incluyendo un Resumen en Términos Sencillos de esta política, están publicadas en todas las áreas de admisión y registro, incluyendo la sala de emergencia.
3. Se les ofrecerá una copia del Resumen en Términos Sencillos de esta política a los pacientes como parte del proceso de registro.
4. Los pacientes pueden llamar a la Oficina de Servicios para el Paciente de MMC al (256) 894-6600, de lunes a viernes, de 8:00 a.m.–5:00 p.m., para consultar confidencialmente sobre asistencia financiera después de ser dados de alta y para solicitar que se les envíe una copia de esta política, un Resumen en Términos Sencillos de esta política y el Formulario de Solicitud de Asistencia Financiera (adjunto al presente como el Anexo A) por correo a su domicilio, libre de costo.

Esta política, un Resumen en Términos Sencillos de esta política y el Formulario de Solicitud de Asistencia Financiera pueden verse en línea en: [www.mmcenters.com/index.php/about/finacial](http://www.mmcenters.com/index.php/about/finacial)

5. Los estados de cuenta contienen un aviso destacado por escrito informando a los beneficiarios que tenemos disponible asistencia financiera, brindando el número de teléfono de la Oficina de Servicios Financieros para el Paciente de MMC para que los beneficiarios puedan hacer consultas sobre asistencia financiera y para que puedan dirigirse a la dirección directa en la Web en donde encontrarán esta política, un resumen en términos sencillos de esta política y el formulario de solicitud.

## **Descuento para pacientes no asegurados o con seguro insuficiente**

1. MMC proveerá los Cuidados Médicamente Necesarios mediante las consultas internas y externas (incluyendo servicios de emergencia) para pacientes no asegurados o con seguro insuficiente, independientemente de los ingresos familiares. Los pacientes no asegurados tendrán la opción de recibir un descuento de 50% sobre los cargos al pagar en forma particular, si el pago se efectúa antes de llegar a una cancelación de deuda incobrable a los 120 días. El descuento de pago puntual por emergencias, disponible para pacientes no asegurados, es un cargo fijo de \$100 más \$50 por laboratorios y/o \$50 por cualquier servicio de diagnóstico por imágenes, mientras que el pago sea efectuado dentro de 24 horas de haberlo dado de alta.
2. Por favor, también refiérase a la sección "Límites sobre cantidades facturadas usualmente" a continuación. Las personas que sean consideradas elegibles para recibir asistencia financiera que cubra menos del 100% de los cargos por los servicios provistos, no tendrán que pagar más o cargos diferentes de los que usualmente se facturan a los pacientes asegurados por cuidados de emergencia u otros médicamente necesarios al completar y calificar para obtener asistencia financiera.
3. Esta Política no aplica a médicos, familiares inmediatos de médicos (como se define en 42 CFR 417.351, en

su forma enmendada) o a cualquier paciente que sea una fuente de referencias para MMC.

4. Esta Política no aplica a honorarios profesionales, al menos que tales cargos sean por servicios provistos por médicos en nuestro Departamento de Emergencias y otros proveedores listados bajo el Anexo C.
5. Al solicitarse, los pacientes no asegurados o con un seguro insuficiente elegibles para obtener descuentos como lo describe esta Política deberán completar una solicitud para participar en Medicaid o para obtener cobertura de otros programas de pago gubernamentales.
6. Un paciente que incurra en gastos médicos catastróficos, que no tenga hogar o fallezca será clasificado como médicamente indigente cuando el pago pudiese requerir la liquidación de activos críticos para la subsistencia o que causara dificultades financieras excesivas para el sistema de apoyo familiar. La determinación de descuentos para pacientes médicamente indigentes será considerada caso por caso por el Director de Servicios Financieros al Paciente.
7. Otros descuentos fuera de esta política serán considerados caso por caso por el Director de Servicios Financieros al Paciente.

### **Procedimiento de Asistencia Financiera**

1. El personal del hospital les dará a los pacientes de MMC un Resumen en Términos Sencillos de la política de Asistencia Financiera y un Formulario de Solicitud de Asistencia Financiera, una vez el paciente se identifique como no asegurado o con un seguro insuficiente. El plazo para entregar esta Política y la Solicitud de Asistencia Financiera dependerá en si la identificación se realiza en el momento del servicio, durante el proceso de facturación o durante el cobro. El paciente no asegurado o con un seguro insuficiente deberá completar el Formulario de Solicitud de Asistencia Financiera, incluyendo la declaración de certificación que verifique la información descrita en el Párrafo (2) a continuación. Después de que el paciente complete el formulario de solicitud, el personal del hospital revisará la solicitud a la par de los criterios de elegibilidad. El paciente no asegurado o con seguro insuficiente le deberá proveer a MMC la documentación de apoyo de su nivel de ingresos.
2. Al evaluar la necesidad de un paciente no asegurado o con seguro insuficiente para recibir asistencia financiera, MMC podrá revisar los formularios W2, la declaración fiscal del año anterior, formularios 1099, carta del empleador verificando ingresos, verificación de compensación por desempleo, verificación de circunstancias de la(s) persona(s) que lo está(n) manteniendo, verificación de asistencia por una agencia gubernamental al paciente no asegurado o con seguro insuficiente, así como también las cuentas bancarias y los activos del paciente. El personal de MMC podrá contactar al empleador del paciente, si lo hay, para verificar el estado del paciente o para solicitar documentación adicional sobre sus ingresos.
3. El personal de MMC utilizará los Lineamientos Federales de Pobreza (FPG, por sus siglas en inglés) disponibles y aplicables para el año calendario para determinar la elegibilidad de recibir asistencia financiera de un paciente no asegurado o con seguro insuficiente. Cuando se calculan los ingresos, hasta \$1,000 al mes de gastos que califican listados en la solicitud pueden ser restados de la cantidad mensual de ingresos.

4. MMC seguirá el Plan de Tarifas de Asistencia Financiera para determinar la cantidad del descuento sobre una factura del paciente y/o el pago mínimo requerido. El Plan de Tarifas de Asistencia Financiera está basado en los ingresos familiares y está adjunto al presente bajo el Anexo D. Aquellas personas en o por debajo de 200% de lo indicado en los FPG recibirán un 100% de descuento de los cargos. Las personas ganando entre el 200% y 300% de lo indicado en los FGP recibirán un descuento de los cargos basado en el plan de ingresos en el Anexo D y obtendrán un acuerdo de pago. Todos los pacientes no asegurados, privados pueden calificar para obtener un 50% de descuento de los cargos, si el pago se efectúa antes de llegar a una cancelación de deuda incobrable a los aproximadamente 120 días.
5. La asistencia financiera para un paciente no asegurado o con un seguro insuficiente bajo esta política está sujeta a revisión por el Director de Servicios Financieros al Paciente de MMC para asegurar el cumplimiento de esta política.
6. Las solicitudes incompletas serán mantenidas por 30 días después que el solicitante sea notificado. Si el solicitante no completa la solicitud dentro de este plazo, la solicitud quedará nula y se requerirá que él o ella empiece el proceso de nuevo.
7. Si la documentación de apoyo no es enviada con la solicitud y/o se identifica una falsificación de cualquier parte de la solicitud, la solicitud será negada. Marshall Medical Centers se reserva el derecho de cancelar la asistencia financiera cuando se presente información indicando que un paciente/garante tiene la habilidad de pagar por los servicios y que la asistencia financiera no debería haberse aprobado. La Asistencia Financiera también puede ser cancelada si las cuentas del paciente se convierten en elegibles para recibir una cobertura de seguro.
8. Nuestro período de aprobación es retroactivo desde 7 años atrás y es vigente por 6 meses, al menos que alguien tenga un ingreso fijo indicado por una cobertura de Medicare o ingreso del Seguro Social que permita que el período sea vigente por 12 meses.
9. La Asistencia Financiera otorgada al fallecer un paciente será contingente en una falta de patrimonio legalizado por un tribunal. Si un patrimonio es legalizado, un reclamo será presentado para obtener el pago de las cuentas.
10. Todas las solicitudes aprobadas serán escaneadas a la cuenta del paciente. Las solicitudes que estén sujetas a un informe de auditoría de costos serán mantenidas en los archivos por 10 años.
11. Las cuentas en "estado legal" o con una decisión legal relacionadas a ellas no serán consideradas para obtener Asistencia Financiera.

#### **Límites sobre cantidades facturadas usualmente**

A pesar de lo anterior, cuando se otorgue asistencia financiera que no cubra el 100% de los cargos por el servicio, las cantidades cobradas al paciente elegible por los cuidados descontados no será mayor que lo que MMC facturaría usualmente a pacientes y compañías de seguros.

## **Acciones bajo la política de cobros en el caso de impago**

Las acciones que MMC pueda tomar relacionadas al impago de cuentas de un paciente que tiene recursos para pagar por los servicios, incluyendo acciones de cobro y reportar a agencias de crédito, están establecidas en la Política de cobros de MMC, la cual se encuentra en la página [www.mmcenters.com](http://www.mmcenters.com).

## **Notificación de determinación de elegibilidad**

1. Lineamientos claros sobre el plazo de tiempo requerido para revisar la solicitud y comunicar una decisión al paciente serán provistos en el momento de presentar la solicitud. Una pronta respuesta y una decisión por escrito, que establezca la razón de un rechazo será provista, generalmente, dentro de 2 semanas de la recepción de una solicitud completada. Se dará prioridad a los solicitantes que pidan asistencia para ser programados para servicios quirúrgicos.
2. Las acciones de cobro extraordinarias serán suspendidas durante la consideración de una solicitud completa de ayuda caritativa. Antes de recurrir a una agencia, una nota relacionada a ayuda caritativa será ingresada en la cuenta del paciente para suspender las actividades de cobros. Si la cuenta ha sido referida a una agencia, la agencia será notificada para suspender los esfuerzos de cobro hasta que se realice una determinación. Si una determinación de ayuda caritativa aprueba un porcentaje de reducción, pero deja al paciente con un saldo que deba pagar individualmente, se establecerán los términos de pago.

## **Esfuerzos razonables para determinar la elegibilidad para recibir Asistencia Financiera antes de realizar acciones de cobro extraordinarias**

A pesar de cualquier otra disposición de alguna otra política de MMC sobre asuntos de facturación y cobros, incluyendo la Política de cobros referida anteriormente, MMC no participará en acciones de cobros extraordinarias antes de realizar esfuerzos razonables para determinar si una persona con una factura pendiente de MMC es elegible para obtener asistencia financiera bajo esta política de asistencia financiera.

Como se usa en el presente, "acciones de cobro extraordinarias" tendrán el significado establecido en el Reglamento de la Tesorería promulgado bajo el Código de Rentas Internas § 501(r) e incluye vender la deuda del paciente a otra parte (con excepciones limitadas); reportar información desfavorable a agencias de informes del consumidor o a las agencias crediticias; aplazar, negar o requerir pago antes de que Cuidados Médicamente Necesarios sean provistos basado en impagos previos; y acciones legales, tales como imponer un gravamen sobre propiedad, adjuntar o embargar cuentas bancarias, acciones civiles, arresto, mandato judicial para aparecer ante un tribunal o embargos de salario.

Como se usa en el presente, "esfuerzos razonables" tendrá el significado establecido en el Reglamento de la Tesorería promulgado bajo el Código de Rentas Internas § 501(r). Para cumplir con esta obligación, MMC:

- Se asegurará que esta política haya sido "ampliamente divulgada" (dentro de su significado en el reglamento)
- Se abstendrá de iniciar acciones de cobro extraordinarias por lo menos 120 días desde la fecha del primer estado de cuenta, después de la dada de alta del paciente por los cuidados
- Proveerá una notificación por escrito sobre esta política (incluyendo una copia del Resumen en Términos Sencillos, una declaración sobre cualquier acción de cobro extraordinaria que el hospital o un tercero autorizado tenga intención de iniciar, y esfuerzos razonables para notificar a la persona verbalmente sobre esta política) 30 días antes de iniciar acciones de cobro extraordinarias
- Aceptará solicitudes de asistencia financiera por lo menos durante 240 días desde la fecha del primer estado de

cuenta después de la dada de alta del paciente

- Notificará a las personas que envíen una solicitud incompleta durante el período de solicitud sobre cómo completar la solicitud (y brindar información de contacto para obtener ayuda), y suspender cualquier acción de cobro extraordinaria dirigida a estas personas hasta que la elegibilidad sea determinada
- Determinará si las personas son elegibles cuando envíen solicitudes completas durante el período de solicitud de 240 días

Luego, cuando una solicitud completada sea enviada, MMC, actuando dentro del plazo debido, hará lo siguiente:

- Suspenderá cualquier acción de cobro extraordinaria para obtener el pago por los cuidados
- Tomará una determinación sobre elegibilidad y notificará a la persona por escrito sobre esta determinación (incluyendo la asistencia para la cual es elegible la persona)
- Proporcionará un estado de cuenta indicando el monto debido y cómo fue determinado, en el caso que la persona no sea elegible para un 100% de Asistencia Financiera.
- Reembolsará cualquier monto pagado después de la fecha de presentación que sea por arriba del valor requerido por esta política
- Anulará cualquier acción de cobro extraordinaria (por ej., removerá información desfavorable del informe de crédito)

MMC garantiza que cualquier agencia de cobros que provea servicios de cobro a nombre de MMC estará enterada de esta política de asistencia financiera y respetará los requisitos contenidos el presente y en la Sección 501(r) del Código de Rentas Internas de 1986, con sus enmiendas, por medio de la ejecución de un Apéndice al Acuerdo de los Servicios de la Agencia de Cobros. Una copia de dicho Apéndice al Acuerdo de los Servicios de la Agencia de Cobros está adjunta al presente como el Anexo B.

### **Lista de proveedores**

Una lista de proveedores, que no son MMC, que proveen Cuidados de Emergencia u otros Cuidados Médicamente Necesarios en las instalaciones de MMC, especificando cuales proveedores están cubiertos por esta política de asistencia financiera, está adjunto al presente como el Anexo C.

**Esta política de asistencia financiera también está disponible en español.**



## Programa de Asistencia Financiera

### Estamos aquí cuando usted más nos necesita

Marshall Medical Centers está comprometido a brindar cuidados de salud de categoría mundial aquí mismo en casa para las personas a las que servimos. La asistencia financiera es la clave para cumplir nuestra misión – al brindar ayuda a aquellos en nuestra comunidad que lo necesiten.

### ¿Yo califico?

Por favor, rellene el formulario de solicitud de asistencia financiera y adjunte los documentos que comprueben su residencia en el estado e ingresos para determinar si usted califica. Ayuda para rellenar la solicitud, bajo confidencialidad, está disponible de lunes a viernes entre las 8:00 a.m. y las 4:30 p.m. al llamar a un Representante de Asistencia Financiera al (256) 840-3685.

### ¿Cómo hago la solicitud?

Imprima y rellene el Formulario de Solicitud de Asistencia Financiera y envíelo junto con la documentación de apoyo a:

Marshall Medical Centers  
Attn: Financial Assistance  
227 Brittany Road  
Guntersville, Alabama 35976

Usted puede obtener una copia del formulario de solicitud desde nuestro sitio Web o llamando al teléfono listado anteriormente para solicitar que le enviemos uno por correo.

### Documentación necesaria para su solicitud:

- Prueba de Residencia (como su licencia de conducir o un recibo de luz o agua con su dirección actual)
- Uno de los siguientes: Declaración de impuestos del año anterior  
W-2  
1099  
Carta de su empleador verificando ingresos  
Verificación de compensación por desempleo  
Verificación de circunstancias de la(s) persona(s) que lo está(n) manteniendo

### Proceso de aprobación

Basado en la información provista, por favor espere hasta seis (6) semanas para que se procese su solicitud. La elegibilidad está basada en los Lineamientos del Ingreso Federal de Pobreza y en su habilidad para pagar. Los cobros seguirán efectuándose a su cuenta hasta que la documentación necesaria sea enviada a Marshall Medical Centers.

*\*Este programa no aplica a los honorarios de médicos o de otros profesionales facturados por separado de los honorarios de las instalaciones del hospital, a excepción de médicos de emergencia, servicios de enfermeras/anestesiistas certificados (CRNA) y otros proveedores selectos indicados en el Anexo C de la Política de Asistencia Financiera. Haga clic en este enlace para obtener una lista completa de nuestros servicios y médicos de emergencia.*

<https://www.mmcenters.com/services/emergency-services>

*\*\*Este documento sirve como el Resumen en Términos Sencillos de la Política de Asistencia Financiera.*

*FORMULARIO DE SOLICITUD DE ASISTENCIA FINANCIERA*

Nombre del Paciente \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_

Dirección del Paciente \_\_\_\_\_

Número(s) de Teléfono del Paciente \_\_\_\_\_ N° del Seguro Social \_\_\_\_\_

¿Actualmente está empleado?     SÍ     NO

Si la respuesta es 'sí', el Nombre del Empleador \_\_\_\_\_

Nombre del Cónyuge \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento del Cónyuge \_\_\_\_\_ N° del Seguro Social del Cónyuge \_\_\_\_\_

¿Actualmente está empleado?     SÍ     NO    Si la respuesta es 'sí', el Nombre del Empleador \_\_\_\_\_

Nombre(s) de los familiares dependientes **menores de 19 años** actualmente residiendo con usted:

Nombre(s)	Fecha(s) de Nacimiento	Número(s) del Seguro Social

Describa brevemente por qué está solicitando asistencia financiera. (Incluya toda la información relevante sobre su empleo, salud, discapacidad, fallecimiento relacionado, divorcio, circunstancias especiales, etc.)

---



---



---



---



---



---



---



---

*DECLARACIÓN DE INGRESOS Y RECURSOS*

<b>Ingresos: (Cantidad Bruta)</b>	<b>Paciente</b>	<b>Cónyuge</b>
Salario (Mensual)		
Seguro Social / Discapacidad		
Manutención Infantil		
Jubilación (401(k), IRA, etc.)		
Negocio		
Estampillas para alimentos		
Otros ingresos		

<b>Recursos (Valor actual de cada uno):</b>	<b>Paciente</b>	<b>Cónyuge</b>
Cuentas corrientes bancarias		
Cuentas de ahorros		
Otro(s)		

<b>Gastos Mensuales:</b>			
Vivienda		Servicios	
Seguro		Manutención Infantil	
Pago de Automóvil		Tarjetas de Crédito	
Seguro Médico		Medicamentos	

Para asegurar un examen exhaustivo de su solicitud y para ayudarnos a tomar una decisión informada, DEBE enviar lo siguiente:

- Documentación sobre sus ingresos (ejemplos: comprobante(s) de su cheque salarial, estampillas para alimentos, declaración de impuestos federales, W-9, etc.)
- Prueba de residencia (ejemplos: licencia de conducir, recibo de luz, recibo de agua, etc.)

Yo certifico que la información anterior es verdadera y correcta. Yo entiendo que la información aquí adjunta está sujeta a verificación y revisión por las organismos federales y estatales de ejecución y otros, si fuese necesario.

Firmado por: \_\_\_\_\_ (Firma del Solicitante)

## Apéndice al Acuerdo de los Servicios de la Agencia de Cobros

\_\_\_\_\_ [Hospital] y \_\_\_\_\_ [Agencia de Cobros], de consideración mutua por medio del presente aceptan con vigencia este \_\_\_\_\_ día de \_\_\_\_\_, realizar una enmienda al acuerdo actual de servicios de cobros entre las partes e incluir lo siguiente:

1. El [Hospital] ha adoptado una nueva política (“política”) con la intención de asegurar de mejor manera las prácticas socialmente justas de facturación y cobros para los pacientes no asegurados del [Hospital].

Una copia de la política ha sido entregada a la [agencia de cobros].

2. Sujeto al Párrafo 4 de este Anexo, la [Agencia de Cobros] acepta respetar la política durante el curso de sus actividades de cobros que involucren a pacientes no asegurados del [Hospital]. Tales actividades incluyen, sin limitación, las siguientes:

- a. Todas las comunicaciones con cualquier paciente o persona financieramente responsable del [hospital] referida a la [Agencia de Cobros] para propósitos de cobros de cantidades debidas al [hospital]; y
- b. Todos los procedimientos legales, de cualquier tipo y carácter, en contra de cualquier paciente no asegurado o persona financieramente responsable del [hospital] referida a la agencia de cobros para los propósitos de cobrar cantidades debidas al [hospital].

4. La [Agencia de Cobros] acepta no desviarse de los estándares y requisitos establecidos en esta política sin el consentimiento previo por escrito del [hospital].

5. La [Agencia de Cobros] acepta atenerse a los reglamentos establecidos en 501(r).

Anexo C

## **Proveedores Cubiertos de Marshall Medical Centers**

Emergency Physicians North (MMC North ED)  
American Physician Partners of Alabama (MMC South ED)  
MMC CRNA Services  
Marshall Cancer Care Center Medical y Radiation Oncologists

Esta lista de proveedores fue actualizada el 8 de agosto de 2021.

Anexo D \*\*Ejemplo – Esta tabla es actualizada anualmente según los reglamentos en vigencia

Marshall Medical Centers – Plan de Tarifas de Asistencia Financiera

Ajuste de la Tasa de Descuento  
No. de Personas en la Vivienda

Lineamiento Actual de la Pobreza a Nivel Nacional

Año:

Rango bajo

Rango alto

Notas:

\*\*\*Ejemplo: Vivienda de 5 con ingresos familiares anuales de \$73,543. Ajuste del Descuento = 60% de los cargos

\*\*\*Todos los pacientes no asegurados califican para un 50% de descuento sobre los cargos, si son pagados dentro de 120 días desde la fecha del estado de cuenta / antes de que ocurra una cancelación de deuda incobrable.