



MOUNT CARMEL

Administración (Finanzas)

**TÍTULO DEL PROCEDIMIENTO:
Asistencia financiera de Mount
Carmel Health System para los
pacientes**

**DEPARTAMENTO PATROCINADOR:
Ciclo de Ingresos**

**Contacto del departamento:
Nikki Harper
Vicepresidente, Servicios financieros
comerciales para pacientes**

**Procedimiento n.º:
FECHA DE ENTRADA EN VIGOR:
1.º de agosto de 2019**

**Será revisado anualmente por:
Ciclo de Ingresos de MCHS**

**FECHA EN QUE SE REVISARÁ:
1.º de julio de 2024**

PROPÓSITO:

Mount Carmel Health System es una comunidad de personas que brinda servicios en conjunto según el espíritu del Evangelio como una presencia curativa y transformadora dentro de nuestras comunidades. En línea con nuestros valores principales, en particular con el de “compromiso con las personas que son pobres”, brindamos atención a los individuos que tienen necesidades y le damos consideración especial a aquellos que son más vulnerables, incluidos los que no pueden pagar y los que, debido a sus medios limitados, tienen muchas dificultades para cubrir los gastos médicos que contraen. Mount Carmel Health System se ha comprometido con lo siguiente:

- Brindar acceso a los servicios de salud de calidad con compasión, dignidad y respeto para aquellos a los que servimos, particularmente a los pobres y los desatendidos en nuestras comunidades.
- Preocuparse por todas las personas, sin tener en cuenta su posibilidad de pagar los servicios.
- Ayudar a los pacientes que no pueden pagar una parte o el total de la atención que reciben.

Este procedimiento equilibra la ayuda financiera con responsabilidades fiscales más amplias y apoya los requisitos de Trinity Health para la ayuda financiera destinada a pagar los servicios provistos por médicos y los servicios médicos de cuidados intensivos y posteriores a los cuidados intensivos.

DEFINICIONES:

Periodo de solicitud: comienza el día en que se proporciona la atención médica y termina cuando se cumplen los 240 días luego de que se entrega al paciente el primer resumen de facturación posterior al alta, o bien:

- i. al final del periodo de 30 días en que los pacientes que reunían los requisitos para recibir menos que la ayuda más generosa disponible, según el estado de apoyo probable o la elegibilidad previa de FAP, son considerados elegibles para solicitar una ayuda más generosa;
- ii. en la fecha límite estipulada en un aviso por escrito luego de que se hayan iniciado las ECA.

Amounts Generally Billed (montos generalmente facturados o AGB, por la sigla en inglés): los montos generalmente facturados por la atención de emergencia u otros servicios de atención médica necesarios para pacientes que tienen seguro que cubra dicho tipo de atención. Los AGB de los médicos y de cuidados intensivos de Mount Carmel Health System se calcularán utilizando una metodología retroactiva en la que se calcula la suma de los reclamos de Medicare pagados dividida por los cargos totales o “brutos” de dichos reclamos impuestos anualmente por la Oficina de Sistemas o por Mount Carmel Health System, usando

doce meses de reclamos pagados con un retraso de 30 días desde la fecha del informe hasta la más fecha más reciente de alta.

Atención médica con descuento: atención con un descuento parcial de la cantidad adeudada para los pacientes que reúnen los requisitos de acuerdo con la FAP.

Servicios de emergencia (nivel de servicio): servicios médicos necesarios para tratar una afección que podría poner en riesgo la vida o ser el resultado de una lesión grave y requerir atención médica inmediata. Esta afección generalmente está regulada por la Emergency Medical Treatment and Active Labor Act (Ley de Tratamiento de Emergencias Médicas y Trabajo de Parto o EMTALA, por las siglas en inglés).

Executive Leadership Team (equipo de liderazgo ejecutivo o ELT, por la sigla en inglés): el grupo que está compuesto por el nivel más alto de gerencia de Trinity Health.

Extraordinary Collection Actions (acciones de cobro extraordinario o ECA, por la sigla en inglés): incluye las siguientes acciones tomadas por Mount Carmel Health System (o por un cobrador en su nombre):

- Postergar o denegar, o exigir un pago antes de brindar cualquier tipo de atención médicamente necesaria debido a que el paciente no puede pagar una o más facturas de atención médica provista previamente y cubierta por la FAP del centro hospitalario. Si Mount Carmel Health System exige el pago antes de brindar la atención a una persona con una o más facturas pendientes de pago, se considerará que ese requisito de pago se debe a la falta de pago de las cuentas pendientes, a menos que Mount Carmel Health System pueda demostrar que exigió el pago por parte de la persona en función de otros factores que no están relacionados con su falta de pago de las facturas anteriores.
- Informar las deudas pendientes a las agencias de créditos.
- Emplear recursos legales para cobrar un fallo (es decir, embargo de salarios, examen del deudor).
- Colocar embargos sobre la propiedad de las personas.

Familia: según lo define la U.S. Census Bureau (Oficina del Censo de Estados Unidos), un grupo de dos o más personas que viven juntas y que están relacionadas por nacimiento, matrimonio o adopción. Si un paciente reconoce a una persona como dependiente en su declaración de impuestos, según las reglas del Internal Revenue Service (Servicio de Impuestos Internos), esa persona puede ser considerada dependiente con el fin de determinar la elegibilidad en virtud de la Política de ayuda financiera de Mount Carmel Health System.

Ingresos familiares: los ingresos familiares de una persona incluyen los ingresos de los miembros adultos de la familia que viven en el hogar. Para los pacientes menores de 18 años de edad, los ingresos familiares incluyen los de los padres, padrastros o parientes encargados de su cuidado. Los ingresos anuales de los 12 meses anteriores o del año fiscal anterior demostrados por talones de pago recientes o declaraciones de impuestos y otra

información. La prueba de ingresos puede determinarse al anualizar los ingresos familiares anuales hasta la fecha, teniendo en cuenta la tasa actual de ganancias.

Financial assistance policy (Política de ayuda financiera, FAP): política y procedimiento elaborados por escrito que cumple con los requisitos descritos en §1.501(r)-4(b).

Solicitud de la política de la ayuda financiera: la información y la documentación de respaldo que presenta un paciente para solicitar la ayuda financiera de acuerdo con la FAP de Mount Carmel Health System. Mount Carmel Health System puede obtener información de una persona por escrito o de forma oral (o una combinación de ambas formas).

Ayuda financiera: la ayuda (beneficencia, descuentos, etc.) que se brinda a los pacientes a los que les resultaría difícil pagar el costo total de los servicios médicamente necesarios proporcionados por Mount Carmel Health System y que cumplen con los criterios de elegibilidad para esta ayuda.

Atención médica gratuita: un descuento completo del monto adeudado para los pacientes que reúnen los requisitos de acuerdo con la FAP.

HCAP (Programa de garantía de atención hospitalaria): un programa federal y estatal administrado por el Ohio Department of Job and Family Services (Departamento de Trabajo y Servicios a la Familia de Ohio) para cumplir con el requisito federal de implementar pagos adicionales a través del Programa de hospitales con participación desproporcionada (DSH, por la sigla en inglés) para los hospitales que proporcionan una cantidad desproporcionada de servicios sin compensación a la personas indigentes y sin seguro de Ohio cuyos ingresos sean iguales o inferiores al 100 % del nivel federal de pobreza actual y que no reúnan los requisitos de Medicaid.

Ingresos: los ingresos incluyen salarios, sueldos, ingresos de salario y de trabajo autónomo, indemnización por desempleo, compensación del trabajador, pagos de Seguridad Social, asistencia pública, beneficios de los veteranos de guerra, manutención infantil, pensión alimenticia, asistencia educativa, beneficios de sobreviviente, pensiones, ingresos de jubilación, pagos regulares de seguros y anualidades, ingresos por sucesiones y fideicomisos, alquileres recibidos, interés/dividendos e ingresos de otras fuentes diversas.

Necesidad médica: se define como se indica en el Manual de proveedores de Medicaid del estado de Ohio.

Política: declaración de dirección de alto nivel sobre asuntos de importancia estratégica para Trinity Health o una declaración que interpreta mejor los documentos rectores de Trinity Health. Las políticas del sistema pueden ser políticas independientes o políticas espejo designadas por el organismo encargado de la aprobación.

Resumen de la FAP en un lenguaje sencillo: declaración elaborada por escrito que informa a un paciente que el centro hospitalario ofrece ayuda financiera en virtud de la FAP y proporciona la siguiente información adicional en un idioma claro, conciso y fácil de entender:

- Una breve descripción de los requisitos de elegibilidad y de la ayuda que ofrece en virtud de la FAP.
- Un breve resumen de cómo solicitar la ayuda brindada en virtud de la FAP.
- La dirección directa del sitio web (o URL) y los lugares físicos en donde el paciente puede obtener copias de la FAP y el formulario de solicitud.
- Instrucciones sobre cómo el paciente puede obtener una copia gratuita y una solicitud de la FAP por correo.
- La información de contacto, que incluye el número de teléfono y la ubicación física de la oficina del centro hospitalario o el departamento que puede proporcionar información sobre la FAP y ayuda en el proceso de solicitud de la FAP.
- Una declaración de la disponibilidad de las traducciones de la FAP, el formulario de solicitud de la FAP y el resumen de la FAP en un lenguaje sencillo en otros idiomas si corresponde.
- Una declaración de que a un paciente elegible en virtud de la FAP no se le cobrará más que el AGB por la atención de emergencia u otros tipos de atención médicamente necesaria.

Procedimiento: documento diseñado para implementar una política o descripción de los procesos o las acciones específicos y necesarios.

QHP (plan de seguro calificado): plan de seguro que está certificado por el Mercado de seguros de salud y que proporciona beneficios de salud esenciales, sigue los límites establecidos sobre la participación en los gastos (como los deducibles, copagos y montos máximos de gastos de bolsillo) y cumple con otros requisitos en virtud de la Affordable Care Act (Ley de Cuidado Asequible) a partir de 2014. Un plan de salud calificado tendrá una certificación de cada mercado en el que se venda.

Regional Health Ministry (Ministerio de Salud Regional o RHM, por sus siglas en inglés): filial, entidad afiliada o división de operaciones de primer nivel (directo) de Trinity Health, que mantiene un organismo rector que supervisa diariamente la administración de una porción designada de las operaciones de Trinity Health System. Los RHM pueden basarse en un mercado geográfico o en la dedicación a una línea de servicio o negocio.

Área de servicio: la lista de códigos postales que comprende el área del mercado de Mount Carmel Health System, la cual constituye una “comunidad de necesidad” de servicios de atención primaria. (Consultar el anexo “A”)

Normas o pautas: instrucciones y orientaciones adicionales que ayudan en la implementación de procedimientos, incluidas las desarrolladas por las organizaciones de acreditación o profesionales.

Filial: entidad legal en la cual Mount Carmel Health System es el único miembro corporativo o el único accionista.

Paciente sin seguro: persona que no tiene seguro, cobertura de terceros provista por una aseguradora comercial externa, un plan de ERISA, un Programa federal de atención médica (que incluye sin limitación a Medicare, Medicaid, SCHIP y CHAMPUS), compensación del

trabajador ni otra asistencia de terceros para cubrir una parte o la totalidad del costo de la atención, incluidos los reclamos contra terceros cubiertos por el seguro por el que se subrogó a Mount Carmel Health System, pero solo si al pago realmente lo hace dicha compañía de seguros.

Servicios de urgencia (nivel de servicio): servicios médicos para una afección que no pone en riesgo para la vida, pero que requiere servicios médicos oportunos.

PROCEDIMIENTO:

I. Criterios para admisión para la ayuda financiera

La Política de ayuda financiera (FAP) de Mount Carmel Health System está diseñada para abordar la necesidad de ayuda y apoyo financieros de los pacientes para todos los servicios elegibles independientemente de la raza, el credo, el sexo o la edad. La elegibilidad para la ayuda y el apoyo financieros se determina de forma individual usando criterios específicos y se evalúa en una valoración de las necesidades de atención médica, los recursos financieros y las obligaciones del paciente o de la familia. a. Servicios elegibles para la ayuda financiera:

- i. Todos los servicios médicamente necesarios, incluidos los servicios médicos y de apoyo prestados por Mount Carmel Health System, son elegibles para la ayuda financiera.
- ii. Los servicios de atención médica de emergencia se prestarán a todos los pacientes que acudan al departamento de emergencias, independientemente de la capacidad de pago del paciente. Esta asistencia médica continuará hasta que la afección del paciente haya sido estabilizada, antes de tomar cualquier determinación respecto de los arreglos de pago.

b. Servicios no elegibles para la ayuda financiera:

- i. Servicios de estética y otros procedimientos optativos y servicios que no son médicamente necesarios.
- ii. Servicios que Mount Carmel Health System no prestó ni facturó (p. ej., servicios prestados por médicos independientes, servicio privado de enfermería, transporte en ambulancia, etc.).
- iii. Mount Carmel Health System hará esfuerzos positivos para ayudar a los pacientes a solicitar programas públicos y privados. Mount Carmel Health System puede denegar la ayuda financiera a aquellas personas que no cooperen en la presentación de solicitudes de los programas que pueden pagar sus servicios médicos.
- iv. Los servicios que están cubiertos por un programa de seguros en otro lugar del proveedor, pero que no están cubiertos en Mount Carmel Health System

después de que se haya hecho todo lo posible para instruir a los pacientes sobre las limitaciones de cobertura del programa de seguros y siempre que se cumplan las obligaciones de la Ley de Tratamiento de Emergencias Médicas y Trabajo de Parto (EMTALA).

c. Requisitos de residencia

- i. Mount Carmel Health System proporcionará ayuda financiera a los pacientes que residan dentro de las áreas de servicio (consultar anexo "A") y que reúnan los requisitos de acuerdo con las pautas de la FAP.
- ii. La elegibilidad para la ayuda financiera se determinará utilizando el código postal de la vivienda principal del paciente.
- iii. Se prestará ayuda financiera a los pacientes que no sean de las áreas de servicio definidas, que reúnan los requisitos de acuerdo con la FAP y que se presenten con una afección que podría poner en riesgo la vida o que requiera servicios de urgencia o emergencia.
- iv. Mount Carmel Health System proporcionará ayuda financiera a los pacientes identificados como personas que necesitan un servicio prestado por programas de misión extranjera de médicos dirigidos por el personal médico activo, para el cual se ha obtenido la aprobación previa del presidente o designado de Mount Carmel Health System.

d. Documentación para establecer los ingresos

- i. La información proporcionada por el paciente o la familia para solicitar la ayuda financiera de Mount Carmel Health System debe incluir los ingresos devengados (los salarios brutos mensuales, los ingresos de salario y de trabajo autónomo); los ingresos no devengados (la pensión alimenticia, los beneficios de jubilación, los dividendos, los intereses e ingresos de cualquier otra fuente); la cantidad de dependientes del grupo familiar; y otra información solicitada en la solicitud de la FAP para determinar los recursos económicos del paciente.
- ii. Los documentos de respaldo, como los recibos de sueldo, las declaraciones de ingresos y el historial crediticio, pueden solicitarse para respaldar la información que se declaró y se mantendrán junto con la solicitud y la valoración. Mount Carmel Health System no puede denegar la ayuda financiera en función de la omisión de información o documentación que no sea específicamente requerida por la FAP o el formulario de solicitud de la FAP.
- iii. Mount Carmel Health System les proporcionará a los pacientes que presentaron una solicitud incompleta de la FAP una notificación escrita que describirá la información o documentación adicionales que deben presentar dentro de los 30 días a partir de la fecha de la notificación escrita para completar la solicitud de la FAP. La notificación proporcionará información de contacto para las preguntas sobre la información faltante. Mount Carmel Health System puede iniciar ECA si

el paciente no envía la información o documentación faltante dentro del periodo de nueva presentación de 30 días y si pasaron al menos 120 días desde la fecha en que Mount Carmel Health System proporcionó el primer resumen de facturación de atención médica posterior al alta. Mount Carmel Health System debe procesar la solicitud de la FAP si el paciente proporciona la información o documentación faltante durante el periodo de solicitud de 240 días (o, si lo hace más tarde, debe ser dentro del periodo de nueva presentación de 30 días).

- iv. La información proporcionada por el paciente o la familia para la asistencia de HCAP seguirá los requisitos de HCAP del estado de Ohio.

e. Consideración de los activos de los pacientes

- i. La protección de ciertos tipos de activos y de ciertos niveles de activos incluyen lo siguiente:

Activos protegidos:

- Valor de la vivienda principal: hasta el 50 % del capital hasta \$50,000
- Vehículos de uso comercial
- Herramientas o equipos de uso comercial; equipos razonables que se necesitan para permanecer en el negocio
- Propiedad de uso personal (ropa, artículos del hogar, muebles)
- IRA (cuentas de jubilación individuales), 401K, retiros de planes de jubilación de valor en efectivo
- Indemnizaciones financieras recibidas por emergencias catastróficas no médicas
- Fideicomisos irrevocables para fines funerarios, planes de funeral prepagos
- Planes de ahorro para la universidad federales y estatales

Todos los demás activos se considerarán disponibles para el pago de los gastos médicos. Los activos disponibles por encima de cierto umbral pueden utilizarse para pagar los gastos médicos (o alternativamente contar los activos excedentes disponibles como ingresos del año actual para establecer el nivel de descuento que se ofrecerá al paciente). Una cantidad mínima de activos disponibles debe estar protegida. Actualmente la cantidad mínima está fijada en \$5,000.

f. Ayuda probable

- i. Mount Carmel Health System reconoce que no todos los pacientes pueden proporcionar la información financiera completa. Por lo tanto, la aprobación de la ayuda financiera puede determinarse en función de la información limitada que esté disponible. Cuando se otorga esta aprobación, la ayuda se clasifica como “ayuda probable”.

- ii. El modelo predictivo es uno de los esfuerzos razonables que se utilizarán a fin de identificar a los pacientes que reúnen los requisitos para recibir la ayuda financiera antes de iniciar las acciones de cobro, es decir, cancelación de la deuda por considerarla incobrable y la remisión a la empresa de cobros, para la cuenta del paciente. Este modelo predictivo permite a Mount Carmel Health System identificar sistemáticamente a los pacientes con necesidades financieras.
- iii. Los ejemplos de casos probables incluyen:
 - pacientes fallecidos o sin bienes conocidos,
 - personas sin hogar,
 - pacientes sin empleo,
 - servicios médicamente necesarios no cubiertos proporcionados a los pacientes que reúnen los requisitos de los programas de asistencia pública,
 - pacientes en bancarrota, y
 - miembros de organizaciones religiosas que han tomado un voto de pobreza y que no tiene recursos por su propia cuenta o a través de la orden religiosa.
- iv. En el caso de los pacientes que no respondan al proceso de solicitud, pueden usarse otras fuentes de información, si están disponibles, para hacer una valoración individual de la necesidad financiera.
- v. Con el fin de ayudar a los pacientes con necesidades financieras, Mount Carmel Health System puede utilizar a un tercero para llevar a cabo una revisión de la información del paciente a fin de determinar la necesidad financiera. Esta revisión utiliza un modelo predictivo reconocido en la industria de salud, que se basa en las bases de datos de los registros públicos. Este proceso permite a Mount Carmel Health System determinar si el paciente comparte características con otros pacientes que históricamente han reunido los requisitos para recibir la ayuda financiera de acuerdo con el proceso tradicional de solicitud. En los casos donde no hay información proporcionada directamente por el paciente y después de que se haya hecho todo lo posible para confirmar la disponibilidad de la cobertura, el modelo predictivo proporciona un método sistemático para otorgar una elegibilidad probable a los pacientes con necesidades financieras.
- vi. En el caso de que un paciente no reúna los requisitos de acuerdo con el modelo predictivo, el paciente todavía puede proporcionar la información de respaldo dentro de los plazos establecidos y ser considerado en el proceso tradicional de solicitud de ayuda financiera.
- vii. Las cuentas de los pacientes a las que se les haya otorgado el estado de apoyo probable se ajustarán con los códigos de transacciones de *apoyo financiero probable* al momento en que la cuenta se considere incobrable y antes de remitirla a la agencia de cobro o cancelar la deuda por considerarla incobrable. El descuento otorgado se clasificará como ayuda financiera; la cuenta del

paciente no se enviará a una la agencia de cobro y no se incluirá en los gastos de las deudas incobrables.

viii. Mount Carmel Health System notificará a los pacientes que fueron determinados como elegibles para recibir menos que la ayuda más generosa disponible en virtud de la FAP que él o ella pueden solicitar una ayuda más generosa disponible en virtud de la FAP dentro de los 30 días posteriores a la notificación. La determinación de un paciente que sea elegible para recibir menos de la ayuda más generosa se basa en el estado de apoyo probable o una determinación anterior de elegibilidad de la FAP. Además, Mount Carmel Health System puede iniciar o reanudar las ECA si el paciente no solicita una ayuda más generosa dentro de los 30 días posteriores a la notificación si pasaron al menos 120 días desde la fecha en que Mount Carmel Health System proporcionó el primer resumen de facturación de atención médica posterior al alta. Mount Carmel Health System procesará cualquier solicitud nueva de la FAP que presente el paciente al final del periodo de solicitud de 240 días o, si es más adelante, al final del periodo de 30 días que se da para solicitar una ayuda más generosa.

g. Cronograma para establecer la elegibilidad financiera

- i. Se debe hacer todo lo posible para determinar la elegibilidad del paciente para la ayuda financiera antes o al momento de la admisión o de la prestación del servicio. Las solicitudes de la FAP pueden aceptarse en cualquier momento durante el periodo de aplicación solicitud. El periodo de solicitud comienza el día en que se proporciona la atención médica y termina cuando se cumplen los 240 días luego de que se entrega al paciente el primer resumen de facturación posterior al alta, o bien:
 - i. al final del periodo en que un paciente elegible para recibir menos que la ayuda más generosa disponible, según el estado de apoyo probable o una determinación de elegibilidad previa de FAP, haya solicitado una ayuda más generosa; o
 - ii. en la fecha límite estipulada en un aviso por escrito luego de que se hayan iniciado las ECA.

Mount Carmel Health System puede aceptar y procesar de manera separada una solicitud de la FAP presentada fuera del periodo de solicitud, según lo autorizado por los niveles de aprobación establecidos por Mount Carmel Health System.

- ii. Mount Carmel Health System (u otro tercero autorizado) reembolsará cualquier monto que el paciente haya pagado por la atención y que exceda el monto determinado que él o ella debe pagar como paciente elegible de acuerdo con la FAP, a menos que el exceso de dicho monto sea menos de \$5 (u otro monto establecido mediante una notificación u otra guía publicada en el boletín del Servicio de Impuestos Internos). Los reembolsos de los pagos son obligatorios únicamente en los casos de atención para los cuales se aplica la solicitud de la FAP.

- iii. La determinación de la ayuda financiera se tomará después de que se haya hecho todo lo posible a fin de que el paciente reúna los requisitos para recibir la ayuda financiera gubernamental o los beneficios de otros programas.
 - iv. Mount Carmel Health System hará todo lo posible para tomar una determinación de ayuda financiera de forma oportuna. Si se persiguen otras vías de ayuda financiera, Mount Carmel Health System se comunicará con el paciente en relación con el proceso y el cronograma previsto para la determinación y no intentará iniciar ninguna acción de cobro mientras se esté tomando tal determinación.
 - v. Una vez que se haya determinado que se reúnen los requisitos para la ayuda financiera, las revisiones posteriores para la elegibilidad continua para los servicios posteriores continuarán por un periodo razonable. Las solicitudes de la ayuda financiera de Mount Carmel Health System son válidas por un periodo que no exceda los seis (6) meses y se aplican a los servicios para pacientes hospitalizados y ambulatorios. Las solicitudes de servicios para pacientes hospitalizados de HCAP son válidas durante 45 días desde la fecha del alta y las solicitudes de servicios para pacientes ambulatorios de HCAP son válidas durante 90 días desde la fecha de admisión. Se deben completar solicitudes por separado para los servicios para pacientes hospitalizados y ambulatorios. h. Nivel de la ayuda financiera
- i. Un porcentaje de las pautas del nivel federal de pobreza (FAP), (anexo B), que se actualiza anualmente, se utiliza para determinar la elegibilidad del paciente para la ayuda financiera. Sin embargo, también pueden considerarse otros factores mencionados anteriormente, como la situación financiera o la capacidad de pago según lo determinado en el proceso de valoración del paciente.
 - ii. **Ingresos familiares iguales o inferiores al 200 % del nivel federal de pobreza:**
 - Se proporcionará un descuento completo del total de los cargos a los pacientes que no tengan seguro médico y cuyos ingresos familiares sean iguales o inferiores al 200 % respecto de las pautas más recientes del nivel federal de pobreza.
 - iii. **Ingreso familiar entre el 201 % y el 400 % del nivel federal de pobreza:**
 - Se proporcionará un descuento del 85 % del total de los cargos, que equivale al ajuste contractual promedio de cuidados intensivos de Mount Carmel Health System para Medicare a los pacientes de cuidados intensivos cuyos ingresos familiares estén entre el 201 y 400 % del nivel federal de pobreza. La tasa de descuento más grande en una instalación individual se utilizará en todo el sistema. Las tasas de descuento de Medicare por establecimiento se encuentran en la parte inferior de esta FAP.

Reclamos de saldo cero al 31/5/23**Rango de fecha del alta 01/06/22 - 31/05/23**

Nombres de los centros	Cargos totales de Medicare (A)	Contractual total de Medicare (B)	Tasa de descuento de Medicare (B/A)
Mount Carmel East	\$232,894,354	\$180,179,754	77.4%
Mount Carmel Grove City/West	\$120,784,243	\$92,400,637	76.5%
Mount Carmel St. Ann's	\$190,052,486	\$148,521,809	78.1%
Mount Carmel New Albany	\$89,368,333	\$70,167,944	78.5%
Diley Ridge Medical Center	\$8,389,000	\$6,706,161	79.9%

- Se proporcionará un descuento del 51 % del total de los cargos, que equivale al ajuste contractual de los médicos de Mount Carmel Health System para Medicare para los pacientes ambulatorios cuyos ingresos familiares estén entre el 201 y 400 % del nivel federal de pobreza.
 - Los montos ajustados contractuales de los médicos y de cuidados intensivos de Mount Carmel Health System para Medicare se calcularán utilizando una metodología retroactiva en la que se calcula la suma de los reclamos de pagados dividida por los cargos totales o “brutos” de dichos reclamos impuestos anualmente por la Oficina de Sistemas o por Mount Carmel Health System, usando doce meses de reclamos pagados con un retraso de 30 días desde la fecha del informe hasta la más fecha más reciente de alta.
- iv. Los pacientes asegurados con ingresos familiares hasta e incluyendo el 200 % del nivel federal de pobreza serán elegibles para recibir la ayuda financiera a fin de abonar los montos del copago, del deducible y del coseguro, siempre que no haya ningún conflicto con los acuerdos contractuales con la compañía de seguros del paciente y que el paciente solicite la ayuda financiera.
- v. **Ayuda para personas en estado de indigencia médica o de catástrofe:** También se brinda ayuda financiera a los pacientes en estado de indigencia médica. La indigencia médica se produce cuando una persona es incapaz de pagar una parte o la totalidad de sus facturas médicas debido a que los gastos médicos superan un cierto porcentaje de sus ingresos familiares o domésticos (por ejemplo, debido a costos o condiciones catastróficas), independientemente de si tiene ingresos o activos que de otra forma excedan los requisitos de elegibilidad financiera gratuita o una atención médica con descuento en virtud de la FAP de Mount Carmel Health System. Los costos o las condiciones catastróficas tienen lugar cuando se pierde el empleo, cuando muere el asalariado principal, cuando hay gastos médicos excesivos o cuando ocurren otros eventos desafortunados. La indigencia médica o las circunstancias catastróficas serán evaluadas por separado y se incluirá una revisión de los ingresos, gastos y activos del paciente. Si un paciente asegurado declara circunstancias catastróficas y solicita ayuda financiera, los gastos médicos de un caso de atención médica que superen el 20 % de los ingresos permitirán que los copagos y los deducibles sean considerados gastos catastróficos de atención de beneficencia. Los descuentos en la atención médica para personas sin seguro y en estado de indigencia médica no serán inferiores al 85 %, lo que

equivale al monto del ajuste contractual promedio de Mount Carmel Health System para Medicare respecto de los servicios prestados o un monto para que la relación entre los gastos médicos catastróficos y los ingresos del paciente vuelvan a ser del 20 %. La ayuda financiera catastrófica personas en estado de indigencia médica será aprobada por el director financiero de Mount Carmel Health System o su designado y se informará al director financiero de la Oficina de Sistemas.

- vi. Se reconoce que, en ocasiones, será necesario otorgar ayuda financiera adicional a los pacientes en función de consideraciones individuales. Tales consideraciones individuales serán aprobadas por el director financiero de Mount Carmel Health System o su designado.

i. Contabilidad e informes de ayuda financiera

- i. De acuerdo con los principios de contabilidad generalmente aceptados, la ayuda financiera proporcionada por Mount Carmel Health System se registra de manera sistemática y precisa en los estados financieros como una deducción de los ingresos en la categoría “atención de beneficencia”. A los efectos de los informes de beneficios comunitarios, la atención de beneficencia se informa a un costo estimado relacionado con la prestación de servicios “de atención de beneficencia” según la Catholic Health Association.
- ii. Se proporcionan las siguientes pautas para registrar el estado financiero de la ayuda financiera:
 - La ayuda financiera que se brinde a los pacientes de acuerdo con las disposiciones del “Programa de ayuda financiera”, incluido el ajuste de los montos generalmente aceptados como pago para los pacientes con seguro, se registrará como “subsido para atención de beneficencia”.
 - La amortización de los cargos para los pacientes que no han reunido los requisitos para la ayuda financiera de acuerdo con este procedimiento y que no pagan se registrará como “deuda incobrable”.
 - Los descuentos por pago previo se registrarán como “subsido contractual”.
 - Las cuentas que inicialmente se cancelaron por ser deudas incobrables y posteriormente fueron devueltas por las agencias de cobro, en las que se determinó que el paciente cumplía con los criterios de ayuda financiera según la información obtenida por la agencia de cobro, se clasificarán nuevamente y pasarán de “deuda incobrable” a “subsido para atención de beneficencia”.

II. Asistencia a los pacientes que pueden reunir los requisitos para la cobertura

- a. Mount Carmel Health System toma medidas para ayudar a los pacientes a solicitar los programas públicos y privados para los cuales pueden reunir los requisitos y que pueden servir para obtener y pagar los servicios de atención médica. También se puede otorgar

discrecionalmente ayuda para el pago de las primas según el “Procedimiento de pago de las primas de QHP y de las cuentas pendientes de los pacientes” de Trinity Health.

- b. Mount Carmel Health System cuenta con procedimientos escritos comprensibles para ayudar a los pacientes a determinar si reúnen los requisitos para los programas de asistencia pública o ayuda financiera. El personal de Registro de Pacientes, de Atención al Cliente y de Cobranzas recibió capacitación sobre cómo ayudar a los pacientes y responder a sus preguntas.

III. Comunicaciones efectivas

- a. Mount Carmel Health System ofrece a los pacientes asesoramiento financiero sobre sus facturas de atención médica relacionadas con los servicios que reciben y da a conocer la disponibilidad de dicho asesoramiento.
- b. Mount Carmel Health System responde de forma rápida y amable las preguntas de los pacientes sobre sus facturas y solicitudes de ayuda financiera.
- c. Mount Carmel Health System cuenta con un proceso de facturación que es claro, conciso, correcto y fácil para el paciente.
- d. Mount Carmel Health System pone a disposición del público información específica, en un formato comprensible, sobre lo que se cobra por los servicios, según lo exige la ley de Ohio.
- e. Mount Carmel Health System tiene carteles y exhibe folletos que brindan información básica sobre HCAP y la asistencia financiera de Mount Carmel en lugares públicos, según lo exige la ley de Ohio (consultar anexo C). Una copia de la política de ayuda financiera se proporciona al momento del servicio (si se pide) y se incluye en todos los resúmenes que se envían a los pacientes a través de Mount Carmel Health System.
- f. Mount Carmel Health System pone a disposición de los pacientes una copia en papel del resumen de la FAP en un lenguaje sencillo, como parte del proceso de admisión o de alta. Mount Carmel Health System no habrá fracasado en divulgar ampliamente la FAP si una persona rechaza el resumen en un lenguaje sencillo que le ofrecieron al momento de la admisión o antes de darle el alta o si indica que prefiere recibir un resumen en un lenguaje simple de forma electrónica.
- g. Mount Carmel Health System pone a disposición de los pacientes que los soliciten la FAP, el resumen de la FAP en un lenguaje sencillo y el formulario de solicitud de la FAP, en los lugares públicos (como mínimo, en la sala de emergencias [si existiese] y en las áreas de admisión) de Mount Carmel Health System, por correo y en el sitio web de Mount Carmel Health System. Cualquier persona con acceso a Internet puede ver, descargar e imprimir una copia de estos documentos. Mount Carmel Health System le proporcionará a cualquier persona que pregunte sobre la forma de acceder en línea a una copia de la FAP, del formulario de solicitud de la FAP o del resumen de la FAP la dirección directa (o URL) del sitio web donde se encuentran estos documentos.

h. Mount Carmel Health System enumera los nombres de los médicos individuales, de los grupos de prácticas o de otras entidades que proporcionan atención médicamente necesaria o de emergencia en el centro de Mount Carmel Health System por el nombre usado para trabajar con el hospital o para facturar a los pacientes por la atención médica que se les brindó. Alternativamente, Mount Carmel Health System puede especificar proveedores haciendo referencia a un departamento o de un tipo de servicio si esta referencia deja en claro qué servicios y proveedores están cubiertos por la FAP de Mount Carmel Health System. Mount Carmel Health System también pone a disposición una lista de proveedores que no están cubiertos por la FAP.

h.1. Enlace de proveedores cubiertos:

[mchs-fap-participating-providers-6-24-21.pdf \(mountcarmelhealth.com\)](#)

h.2. Enlace de proveedores no cubiertos:

[mchs-fap-non-participating-providers-6-24-21.pdf \(mountcarmelhealth.com\)](#)

i. Estos documentos estarán disponibles en inglés y en el idioma principal de cualquier población que tenga un dominio limitado del inglés y que constituya la menor cantidad de las 1000 personas o el 5 % de la comunidad a la que Mount Carmel Health System brinda servicios. La Política de ayuda financiera, la solicitud y los resúmenes en un lenguaje sencillo están traducidos a los siguientes idiomas: español, somalí, nepalí, chino, árabe, francés, mandarín, japonés, ruso, coreano y vietnamita.

j. Mount Carmel Health System toma medidas para informar a los miembros de la comunidad de Mount Carmel Health System sobre la FAP. Dichas medidas pueden incluir, por ejemplo, la distribución de hojas informativas que resumen la FAP en las agencias públicas locales y en las organizaciones sin fines de lucro que atienden las necesidades de salud de las poblaciones de bajos ingresos de la comunidad.

k. Mount Carmel Health System incluye un aviso escrito evidente sobre el resumen de facturación que informa a los destinatarios sobre la disponibilidad de la ayuda financiera en virtud de la FAP de Mount Carmel Health System y proporciona el número de teléfono del departamento de Mount Carmel Health System que puede brindar información sobre la FAP, el proceso de solicitud de la FAP y la dirección directa (o URL) del sitio web de donde se pueden obtener copias de la FAP, del formulario de solicitud de la FAP y del resumen de la FAP en un lenguaje sencillo.

l. Mount Carmel Health System se abstendrá de iniciar ECA hasta 120 días después de proporcionar a los pacientes el primer resumen de facturación de atención médica posterior al alta, incluidos los episodios de atención médica más recientes cuyas facturas no han sido pagadas y se suman para facturarle al paciente. Mount Carmel Health System también garantizará que todos los contratos de los proveedores de los socios comerciales que llevan a cabo las actividades de cobro contengan una o más cláusulas que prohíban iniciar ECA hasta 120 días después de proporcionar a los pacientes el primer resumen de facturación de atención médica posterior al alta, incluidos los episodios de atención médica más recientes cuyas facturas no han sido pagadas y se suman para facturarle al paciente.

- m. Mount Carmel Health System proporcionará a los pacientes una notificación por escrito que indica que la ayuda financiera está disponible para los pacientes elegibles, identifica las ECA que Mount Carmel Health System (o un tercero autorizado) intenta iniciar para obtener el pago de la atención y establece una fecha límite después de que se inicien las ECA, la cual no será anterior a los 30 días posteriores a la fecha en que se proporciona la notificación por escrito. Mount Carmel Health System incluirá junto con la notificación por escrito un resumen de la FAP en un lenguaje sencillo y hará un esfuerzo razonable para informar verbalmente al paciente sobre la FAP de Mount Carmel Health System Monte Carmel y sobre cómo el paciente puede obtener ayuda en el proceso de solicitud de la FAP.
- n. En el caso de posponer o negar, o exigir un pago para proporcionar la atención médicamente necesaria debido a que el paciente no puede pagar una o más facturas de atención médica provista previamente y cubierta por la FAP de Mount Carmel Health System, Mount Carmel Health System podrá informar a la persona sobre la FAP menos de 30 días antes de iniciar la ECA. Sin embargo, para recurrir a esta excepción, Mount Carmel Health System debe satisfacer varias condiciones. Mount Carmel Health System debe hacer lo siguiente:
- i. Proporcionar al paciente un formulario de solicitud de la FAP (para asegurarse de que el paciente presente la solicitud inmediatamente, si es necesario) e informar al paciente por escrito sobre la disponibilidad de la ayuda financiera para las personas elegibles y la fecha límite, si existiese, después de la cual el centro hospitalario deja de aceptar y procesar una solicitud de FAP enviada por el paciente para la atención previamente proporcionada en cuestión. Esta fecha límite deberá ser anterior a los 30 días posteriores a la fecha en que se proporciona la notificación por escrito o 240 días posteriores a la fecha en que se otorgó el primer resumen de facturación posterior al alta para la atención proporcionada previamente. Por consiguiente, aunque la ECA que implica el aplazamiento o la negación de la atención puede ocurrir inmediatamente después de que se proporciona la notificación obligatoria (oral y escrita), debe otorgarse al paciente por lo menos 30 días después de la notificación para presentar la solicitud de la FAP para la atención proporcionada previamente.
 - ii. Informar al paciente sobre la FAP mediante un resumen de la FAP en un lenguaje sencillo y mediante una notificación verbal sobre la FAP del centro hospitalario de Mount Carmel Health System y sobre cómo el paciente puede obtener ayuda en el proceso de solicitud de la FAP.
 - iii. Procesar la solicitud con rapidez para garantizar que la atención médica necesaria no se retrase de manera innecesaria en caso de que se haya enviado una solicitud.

Los esfuerzos razonables modificados mencionados anteriormente no son necesarios en los siguientes casos:

- i. Si han transcurrido 120 días desde la primera facturación posterior al alta por la atención proporcionada previamente y Mount Carmel Health System ya ha informado al paciente sobre las ECA previstas.
 - ii. Si Mount Carmel Health System ya había determinado que el paciente era elegible de acuerdo con la FAP para recibir la atención previamente proporcionada en cuestión, en función de la solicitud completa de la FAP, o bien ya había determinado presuntamente que el paciente era elegible de acuerdo con la FAP para recibir la atención previamente proporcionada.
- o. Mount Carmel Health System proporcionará una notificación por escrito que indique que no se adeuda nada si se determina que el paciente es elegible para recibir atención gratuita.
- p. Mount Carmel Health System proporcionará a los pacientes considerados elegibles para recibir ayuda que no sea la atención gratuita un resumen de facturación que indica el monto que el paciente debe por la atención como paciente elegible de acuerdo con la FAP. El resumen también describe cómo se determinó dicho monto y cómo el paciente puede obtener información sobre esto.

IV. Prácticas justas de cobro y facturación

- a. Mount Carmel Health System tiene prácticas de cobro y facturación para las obligaciones de pago de los pacientes, que son justas, coherentes y compatibles con las normas federales y estatales.
- b. Mount Carmel Health System tiene un plan de pago a corto plazo sin intereses y con plazos de pago definidos en función del saldo de la cuenta pendiente; dicho plan está disponible para todos los pacientes que reúnan los requisitos. Mount Carmel Health System también ofrece un programa de préstamos a los pacientes que reúnan los requisitos.
- c. Mount Carmel Health System tiene procedimientos escritos que resumen cuándo y bajo qué autoridad la deuda de un paciente se considera objeto de las actividades de cobro externo que son compatibles con este procedimiento.
- d. Mount Carmel Health System o por un agente de cobro o un abogado en su nombre pueden llevar a cabo las siguientes actividades de cobro:
 - i. Comunicarse con los pacientes (por escrito, teléfono, fax, texto, correo electrónico, etc.) y sus representantes en cumplimiento con la Fair Debt Collection Practices Act (Ley de Prácticas Justas para el Cobro de Deudas), identificando claramente a Mount Carmel Health System. Las comunicaciones del paciente también cumplirán con las normas de privacidad de la HIPAA (Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros de Salud).

- ii. Solicitar el pago de la porción estimada de la obligación de pago de los pacientes al momento de la prestación del servicio en cumplimiento con las normas de la EMTALA y las leyes del estado.
 - iii. Proporcionar a los pacientes que pueden pagar, pero que no reúnen los requisitos de pago a corto plazo, un programa de préstamos con intereses bajos para el pago de las deudas pendientes.
 - iv. Informar las deudas pendientes a las agencias de crédito solo después de que se hayan aplicado todos los aspectos de este procedimiento y se haya hecho lo razonablemente posible para cobrar las deudas, de acuerdo con la FAP de Mount Carmel Health System.
 - v. Llevar a cabo acciones legales contra las personas que tienen los medios para pagar, pero que no pagan o no están dispuestas a pagar. También pueden llevarse a cabo acciones legales respecto de la porción del monto impago después de la solicitud de la Política de ayuda financiera de Mount Carmel Health System. La aprobación del director financiero de Mount Carmel Health System o de su designado deberá obtenerse antes de iniciar un procedimiento legal o de proceder con una acción legal para cobrar un fallo (es decir, embargo de salarios, examen del deudor).
 - vi. Colocar embargos sobre la propiedad de las personas que tienen los medios para pagar, pero que no pagan o no están dispuestas a pagar. Los embargos pueden colocarse sobre la porción del monto impago después de la solicitud de la Política de ayuda financiera de Mount Carmel Health System. La colocación de embargos debe estar aprobada por el director financiero de Mount Carmel Health System o su designado. Los embargos sobre la vivienda principal solo pueden ejercerse sobre la venta de la propiedad y protegerán ciertos valores de activos en la propiedad según se documenta en la FAP de Mount Carmel Health System.
- e. Mount Carmel Health System (o un agente de cobro en su nombre) no llevará a cabo ninguna acción contra la persona del deudor, tales como órdenes de arresto o detención. En los casos extremos de evasión deliberada y falta de pago de un monto justamente adeudado cuando hay recursos suficientes para pagarlo, podrá expedirse una orden judicial; en general, Mount Carmel Health System primero hará lo posible para convencer a las autoridades públicas de que no tomen dicha medida y, si esto no es posible, considerará la conveniencia de abandonar los esfuerzos de cobro para evitar una acción legal contra la persona del deudor.
- f. Mount Carmel Health System (o un agente de cobro en su nombre) adoptará todas las medidas razonablemente disponibles para revertir las ECA relacionadas con los montos que ya pagaron los pacientes elegibles de acuerdo con la FAP.
- g. Mount Carmel Health System ha aprobado acuerdos con agencias de cobro o abogados que cumplen los siguientes criterios:

- i. El acuerdo con la agencia de cobros se hace por escrito.
- ii. En ningún momento Mount Carmel Health System ni la agencia de cobro pueden llevar a cabo ninguna acción contra la persona del deudor, tales como órdenes de arresto o detención.
- iii. El acuerdo establece las normas y el alcance de las prácticas que deben utilizar los agentes externos de cobro en nombre de Mount Carmel Health System, todo lo cual debe cumplir con este procedimiento;
- iv. La agencia de cobro no podrá iniciar ninguna acción legal sin el permiso previo por escrito de Mount Carmel Health System.
- v. La oficina de Servicios Legales de Trinity Health ha aprobado todos los términos y condiciones de la contratación de abogados para representar a Mount Carmel Health System en el cobro de las cuentas de los pacientes.
- vi. Mount Carmel Health System, en consulta con la oficina de Servicios Legales de Mount Carmel Health System y de CHE Trinity Health, tomará todas las decisiones relacionadas con la manera en que el abogado manejará los montos reclamados, si se debe iniciar una demanda, si se llegará a un acuerdo o a una solución respecto de los montos reclamados, si los montos reclamados se devolverán a Mount Carmel Health System y otros asuntos relacionados con la resolución del reclamo por parte del abogado.
- vii. Cualquier solicitud de acción legal para cobrar un fallo (es decir, gravamen, retención, examen del deudor) debe ser aprobada por escrito y por adelantado con respecto a cada cuenta por el representante autorizado de Mount Carmel Health System, como se detalla en la sección V.
- viii. Mount Carmel Health System se reserva el derecho a suspender las acciones de cobro en cualquier momento en relación con cualquier cuenta específica.
- ix. La agencia de cobro acepta indemnizar a Mount Carmel Health System por cualquier violación de los términos de este acuerdo escrito con Mount Carmel Health System.

V. *Implementación de políticas precisas y coherentes*

- a. Mount Carmel Health System capacita a los miembros del personal que trabajan de cerca con los pacientes (incluidos aquellos que trabajan en las oficinas de registro y admisión de pacientes, de facturación y cobro, de ayuda financiera y de atención al cliente, y en los consultorios de los médicos) sobre la facturación, la ayuda financiera, las políticas y prácticas de cobro y el trato digno y respetuoso hacia los pacientes, independientemente de su condición de seguro o su capacidad para pagar los servicios.
- b. Mount Carmel Health System cumplirá con los compromisos de ayuda financiera que fueron aprobados en normas anteriores de ayuda financiera. Al final de ese periodo de

elegibilidad, se puede volver a evaluar la elegibilidad del paciente para la ayuda financiera mediante las normas establecidas en este procedimiento.

VI. Otros descuentos

- a. **Descuentos por pago previo:** Mount Carmel Health System tiene un programa de descuento por pago previo, que está limitado a los saldos iguales o mayores que \$200.00 y que no superarán el 20 % del saldo que se adeuda. El descuento por pago previo debe ofrecerse al momento de la prestación del servicio, debe registrarse como un ajuste contractual y no puede registrarse como atención médica de beneficencia en los estados financieros.
- b. **Descuentos por pagos por cuenta propia:** Mount Carmel Health System tiene un descuento estándar del 25 % en los cargos para todos los pacientes registrados de cuidados intensivos que pagan los cargos por cuenta propia y que no reúnen los requisitos para la ayuda financiera (p. ej., > 400 % de FPL) en función del índice comercial más alto que se pagó. Se proporcionará un descuento estándar del 16 % por pago por cuenta propia a los pacientes de los médicos.
- c. **Descuentos adicionales:** Pueden hacerse ajustes que superen el porcentaje de los descuentos que se describen en este procedimiento por separado, en función de una evaluación sobre la capacidad de cobro de la cuenta; además, estos ajustes pueden ser autorizados por los niveles de aprobación establecidos de Mount Carmel Health System.

Si cualquier disposición de la FAP entra en conflicto con el requisito de la ley del estado de Ohio, la ley del estado de Ohio reemplazará la disposición contradictoria y Mount Carmel Health System procederá de conformidad con la ley estatal aplicable.

ALCANCE Y RELEVANCIA

Este procedimiento se aplica a todos los RHM de Trinity Health que operan con hospitales autorizados y exentos de impuestos. Las organizaciones de Trinity Health que no operen con hospitales autorizados y exentos de impuestos pueden establecer sus propios procedimientos de ayuda financiera para otros servicios de salud que proporcionan; además, se las alienta a usar como guía los criterios establecidos en el procedimiento de la FAP.

Este procedimiento está basado en la “política espejo” de Trinity Health. Por lo tanto, todos los RHM y filiales de Trinity Health que operen con hospitales autorizados y exentos de impuestos están obligados a adoptar un procedimiento local que “refleje” (es decir, sea idéntico al) el procedimiento de la Oficina de Sistemas. Las preguntas relacionadas con este asunto deben dirigirse a la Oficina del Asesor Jurídico de Trinity Health.

DEPARTAMENTO RESPONSABLE

Se puede solicitar más orientación sobre este procedimiento a la vicepresidenta, al Revenue Cycle (Ciclo de Ingresos) y al Revenue Excellence Department (Departamento de Excelencia de Ingresos).

PROCEDIMIENTOS RELACIONADOS Y OTROS MATERIALES

- Política n.º 1 de Excelencia de ingresos de Trinity Health: “Financial Assistance to Patients” (Ayuda financiera para los pacientes) (“FAP”)
<http://intranet.trinityhealth.org/web/policias-procedures/table-of-contents#finance>
- Política n.º 2 de Excelencia de ingresos de Trinity Health: “Payment of QHP Premiums and Patient Payables” (Pago de las primas de QHP y de las cuentas pendientes de los pacientes) *<http://intranet.trinity-health.org/web/policias-procedures/tableofcontents#finance>*
- Protección al paciente y Ley de Cuidado Asequible: Sección reglamentaria 501(r)
- Programa H del Servicio de Impuestos Internos (Formulario 990)
- Departamento del Tesoro, Servicio de Impuestos Internos, requisitos adicionales para los hospitales de beneficencia; regla final: Volumen 79, n.º 250, Parte II, 26 CFR, Parte 1 • Políticas individuales de RHM de la EMTALA

Anexo A: Códigos postales de las áreas de servicio de MCHS

<W:\AC\Customer Service & Collections\HCAP MCFAMCH Service Area 2014.xlsx>

Anexo B: Pautas Federales de Pobreza

[Pautas de Pobreza | ASPE \(hhs.gov\)](#)

Anexo C: Lugares públicos de ayuda financiera

Mount Carmel Health System tiene carteles y exhibe folletos que brindan información básica sobre HCAP y la asistencia financiera de Mount Carmel en lugares públicos, según lo exige la ley de Ohio. Este apéndice proporciona los lugares en los cuales se brinda esta información. Una copia de la política de ayuda financiera se proporciona al momento del servicio (si se pide) y se incluye en todos los resúmenes que se envían a los pacientes a través de Mount Carmel Health System.

Lugares de registro de MCE:

Main Outpatient Heart Center Cashier (Cajero) ED

Imaging 2Tower Siegel Center WHC Anti-Coagulation OB/MFM Zangmiester

Lugares de registro de MCW:

Testing Center OP Clinic Cashier (Cajero) Anti-Coagulation

4 North OB/MFM MRI (Imagen de Resonancia Magnética) MCSA Family Practice Clinic

ED WHC Big Run Imaging Center

Lugares de registro de MCSA:

Main Registration (Oficina Principal de Registro)	Wound Care	Diagnostic Center	Anti-Coagulation
Cancer Center	ED	WHC	Wedgewood
OB	Westar Diagnostic	Clinical Cardiovascular Specialists (St. Ann's y Westbourne)	

Lugar de registro de MCNA:

Main Registration (Oficina Principal de Registro)

Lugar de registro de MCGC:

Main Registration (Oficina Principal de Registro)

Diley Ridge Medical Center:

Main Registration (Oficina Principal de Registro)

Mount Carmel Fitness and Health:

Main Registration (Oficina Principal de Registro)

Departamentos de Registro de informes de acceso de personas que no son pacientes:

MCSA OB Clinic Lugares del laboratorio OP
Cardiac Rehab Physical Therapy/Rehab East, Mill Run and Westar
Columbus Cardiology Consultants – East, West, Diley, Grove City, Dublin

APROBACIONES

Revisado por: John O'Connell, Jeff Ellerbrock, Dan Powell

Aprobado:

Implementación el 1 de agosto de 2017, actualizado el 30 de enero de 2020, 24 de junio de 2021, 5 de agosto de 2021, 10 de agosto de 2021.